

Strengthening Nurses' Capacity in Recovery Capital Assessment through BARC-10 Implementation at a Rehabilitation Unit in Jakarta

Bani Larasati¹⁾, *Sirajudin Noor²⁾, Sudiharto James³⁾, Herlina⁴⁾, Mu'minah⁵⁾, Adek Setiyani⁶⁾, Nurwahidah Hasan⁷⁾

¹⁾²⁾³⁾⁴⁾Program Studi Keperawatan Program Magister, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta

⁵⁾⁶⁾⁷⁾Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta

*Correspondence author: Sirajudin Noor, sirajudin@upnvj.ac.id, Jakarta, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jpkmht.v8i2.3967>

Abstract

Recovery capital is an important component in supporting sustained recovery among individuals with substance use disorders. However, recovery capital assessment has not been routinely integrated into nursing assessments in rehabilitation services. This community service activity aimed to introduce the use of the Brief Assessment of Recovery Capital-10 (BARC-10) and improve nurses' knowledge and perceived skills in its use. The activity involved 12 nurses and consisted of instrument preparation, education, demonstration, practice, and implementation of BARC-10 among patients in a rehabilitation unit. BARC-10 was initially piloted with 10 patients and subsequently implemented with 30 different patients. Evaluation was conducted using a one-group pre-test–post-test approach. Knowledge was assessed using 10 true–false items, attitudes using 10 items on a 5-point Likert scale, and perceived skills using 10 self-assessment items on a 4-point scale. Differences in knowledge and attitude scores were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test, while perceived skills were analyzed using the paired-samples t-test. The mean knowledge score increased from 67.50 to 96.67 ($p=0.002$), while the mean perceived skills score increased from 23.42 to 31.67 ($p<0.001$). The mean attitude score changed from 40.42 to 41.42, but the difference did not reach statistical significance ($p=0.105$). The evaluation demonstrated an initial improvement in nurses' knowledge and perceived skills in using BARC-10, while the change in attitude scores was not statistically significant. These findings support the initial use of BARC-10 as a supplementary instrument for assessing recovery capital in rehabilitation services, although further evaluation is required before broader implementation.

Keywords: BARC-10, Nurses, Recovery Capital, Rehabilitation, Substance Use Disorders

Abstrak

*Recovery capital merupakan komponen penting dalam mendukung keberlanjutan pemulihan individu dengan gangguan penggunaan zat. Namun, penilaian *recovery capital* belum secara rutin terintegrasi dalam asesmen keperawatan pada pelayanan rehabilitasi. Kegiatan pengabdian masyarakat ini bertujuan memperkenalkan penggunaan *Brief Assessment of Recovery Capital-10* (BARC-10) serta meningkatkan pengetahuan dan persepsi keterampilan perawat dalam penggunaannya. Kegiatan melibatkan 12 perawat melalui tahapan persiapan instrumen, edukasi, demonstrasi, praktik, dan penerapan BARC-10 pada pasien di unit rehabilitasi. BARC-10 terlebih dahulu diuji coba pada 10 pasien dan selanjutnya diterapkan pada 30 pasien yang berbeda. Evaluasi dilakukan pada satu kelompok perawat melalui pengukuran *pre-test* dan *post-test* menggunakan 10 item pengetahuan benar–salah, 10 item sikap skala Likert 1–5, dan 10 item persepsi keterampilan berbasis *self-assessment* skala 1–4. Perbedaan skor pengetahuan dan sikap dianalisis menggunakan *Wilcoxon signed-rank test*, sedangkan persepsi keterampilan dianalisis menggunakan *paired-samples t-test*. Rerata skor pengetahuan meningkat dari 67,50 menjadi 96,67 ($p=0,002$), sedangkan rerata skor persepsi keterampilan meningkat dari 23,42 menjadi 31,67 ($p<0,001$). Rerata skor sikap berubah dari 40,42 menjadi 41,42, tetapi perbedaannya belum mencapai kemaknaan statistik ($p=0,105$). Hasil evaluasi menunjukkan capaian awal berupa peningkatan skor pengetahuan dan persepsi keterampilan perawat dalam penggunaan BARC-10, sedangkan perubahan skor sikap belum menunjukkan perbedaan yang bermakna secara statistik. Temuan ini mendukung penggunaan awal BARC-10 sebagai instrumen pendukung asesmen *recovery capital* pada pelayanan rehabilitasi, dengan evaluasi lebih lanjut diperlukan sebelum penerapan yang lebih luas.*

Kata Kunci: BARC-10, Gangguan Penggunaan Zat, Perawat, Recovery Capital, Rehabilitasi

PENDAHULUAN

Gangguan penggunaan zat (*substance use disorder*) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang memerlukan penanganan berkelanjutan. Dampak gangguan penggunaan zat tidak hanya berkaitan dengan penggunaan zat itu sendiri, tetapi juga mencakup aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial, keluarga, serta kemampuan individu untuk menjalankan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. *World Health Organization* menempatkan penguatan pencegahan dan tata laksana gangguan penggunaan alkohol dan zat sebagai bagian dari target *Sustainable Development Goals* (SDGs) 3.5. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pelayanan bagi individu dengan gangguan penggunaan zat perlu dikembangkan secara komprehensif, berkesinambungan, dan berorientasi pada kebutuhan pemulihan individu (World Health Organization, 2024).

Menurut Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia (2023), permasalahan penggunaan narkoba di Indonesia masih memerlukan perhatian serius. Hasil pengukuran prevalensi tahun 2023 menunjukkan prevalensi penyalahgunaan narkoba sebesar 1,73% atau setara dengan sekitar 3,33 juta penduduk berusia 15–64 tahun. Kondisi tersebut menegaskan pentingnya pelayanan rehabilitasi yang tidak hanya berfokus pada penghentian penggunaan zat, tetapi juga mendukung proses pemulihan secara menyeluruh. Upaya peningkatan mutu pelayanan rehabilitasi terus dilakukan secara nasional. Pada tahun 2024, Indeks Kapabilitas Rehabilitasi nasional mencapai 3,49 dengan kategori B atau terkelola, yang menunjukkan perkembangan kapasitas pelayanan sekaligus perlunya peningkatan kualitas rehabilitasi secara berkelanjutan (Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia, 2024).

Pelayanan rehabilitasi gangguan penggunaan zat saat ini semakin mengarah pada pendekatan yang berorientasi pada pemulihan (*recovery oriented care*). Pemulihan merupakan proses multidimensional sehingga keberhasilannya tidak hanya ditentukan oleh kondisi klinis atau kemampuan mempertahankan abstinensi, tetapi juga oleh sumber daya yang dimiliki individu untuk memulai dan mempertahankan proses pemulihan (Klevan et al., 2021). Konsep tersebut dikenal sebagai *recovery capital*, yaitu kerangka biopsikososial yang mencakup berbagai sumber daya yang dapat dimobilisasi untuk mendukung proses pemulihan dari gangguan penggunaan zat. Penguatan *recovery capital* menjadi relevan dalam pendekatan pemulihan karena tidak hanya berfokus pada masalah penggunaan zat, tetapi juga pada kekuatan dan sumber daya yang dapat mendukung keberlanjutan

pemulihan (Best & Hennessy, 2022). Penilaian *recovery capital* penting karena dapat membantu tenaga kesehatan mengidentifikasi kekuatan, dukungan, dan sumber daya yang telah dimiliki pasien serta aspek yang masih perlu diperkuat selama proses rehabilitasi (Rahman Shah et al., 2024).

Dalam pelayanan gangguan penggunaan zat, *recovery capital* dapat membantu memahami bagaimana kondisi kesehatan dan berbagai sumber daya personal maupun sosial berinteraksi dalam mendukung proses pemulihan. Studi kualitatif pada pasien dan tenaga pelayanan *alcohol and other drugs* menunjukkan bahwa kesehatan fisik dapat berkontribusi terhadap pembentukan sumber daya pemulihan melalui peningkatan pengetahuan, keterampilan, otonomi, aktivitas bermakna, dan hubungan sosial (Osborne & Kelly, 2023).

Salah satu instrumen untuk mengukur *recovery capital* adalah *Brief Assessment of Recovery Capital-10* (BARC-10), yaitu instrumen ringkas 10 item yang dikembangkan dari *Assessment of Recovery Capital* (ARC) dan menghasilkan satu skor terpadu untuk menggambarkan sumber daya pemulihan individu (Vilsaint et al., 2017). Format yang ringkas memberikan potensi penggunaan yang lebih praktis dalam pelayanan dibandingkan instrumen *recovery capital* yang lebih panjang (Bunaciu et al., 2024). Di Indonesia, adaptasi lintas budaya dan validasi ARC telah dilakukan dalam konteks rehabilitasi, menunjukkan berkembangnya perhatian terhadap pengukuran *recovery capital* dalam pelayanan rehabilitasi (Isnaini et al., 2026).

Namun, berdasarkan penelusuran literatur yang dilakukan penulis, belum ditemukan publikasi yang secara spesifik melaporkan implementasi instrumen BARC-10 oleh perawat sebagai instrumen pendukung asesmen *recovery capital* dalam pelayanan rehabilitasi di Indonesia. Kebaruan kegiatan ini terletak pada penerapan awal instrumen BARC-10 oleh perawat yang disertai edukasi, demonstrasi, praktik, dan pendampingan, serta evaluasi pengetahuan, sikap, dan persepsi keterampilan perawat. Kegiatan ini memberikan gambaran awal mengenai penerapan instrumen BARC-10 sebagai instrumen pendukung asesmen *recovery capital* dalam praktik keperawatan rehabilitasi.

Hasil pengkajian di unit rehabilitasi yang dilakukan pada 24 sampai 29 Agustus 2026 melalui observasi pelayanan keperawatan, telaah terhadap 12 dokumen asesmen keperawatan pasien, serta diskusi dengan kepala ruangan, pembimbing klinik, dan perawat pelaksana menunjukkan bahwa asesmen keperawatan telah dilaksanakan sebagai bagian dari pelayanan pasien. Namun, asesmen yang digunakan belum secara khusus dan terstruktur mengidentifikasi *recovery capital* sebagai sumber daya yang mendukung

keberlanjutan pemulihan. Hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa informasi mengenai kekuatan personal, dukungan sosial, keterlibatan komunitas, aktivitas bermakna, kemampuan coping, serta sumber daya pemulihan lainnya belum tergambarkan secara terstruktur dalam dokumentasi asesmen keperawatan. Temuan tersebut selanjutnya didiskusikan bersama untuk menentukan kebutuhan dan alternatif solusi yang sesuai dengan kondisi pelayanan di unit rehabilitasi. Berdasarkan hasil diskusi, perlunya penguatan kapasitas perawat dalam melakukan asesmen yang berorientasi pada pemulihan dan memilih BARC-10 sebagai instrumen pendukung karena ringkas, terstruktur, serta relevan untuk menggali sumber daya pemulihan pasien. BARC-10 digunakan sebagai instrumen pendukung untuk melengkapi informasi mengenai *recovery capital* pasien tanpa menggantikan asesmen keperawatan yang telah berlaku.

Penguatan kapasitas perawat dalam penggunaan instrumen BARC-10 diarahkan pada peningkatan pemahaman mengenai konsep *recovery capital* serta peningkatan persepsi keterampilan perawat dalam menggunakan instrumen sebagai bagian dari asesmen berorientasi pemulihan. Implementasi dilakukan melalui rangkaian kegiatan yang meliputi edukasi, demonstrasi, praktik penggunaan instrumen, serta penerapan BARC-10 pada pasien di unit rehabilitasi. Kegiatan pengabdian masyarakat ini bertujuan untuk mengevaluasi perubahan pengetahuan, sikap, dan persepsi keterampilan perawat sebelum dan setelah edukasi serta implementasi BARC-10 pada pelayanan rehabilitasi gangguan penggunaan zat.

METODE PELAKSANAAN

Peserta dan Lokasi Kegiatan

Kegiatan penguatan kapasitas perawat dilaksanakan di unit rehabilitasi salah satu rumah sakit di Jakarta pada 24 Agustus sampai dengan 12 September 2026. Peserta kegiatan adalah seluruh perawat yang bertugas di unit rehabilitasi, yaitu sebanyak 12 perawat. Seluruh peserta mengikuti kegiatan edukasi yang dilaksanakan secara daring melalui *Zoom Meeting*. Pelaksanaan kegiatan terdiri atas tahapan identifikasi kebutuhan, persiapan dan uji coba instrumen, edukasi perawat, penerapan instrumen BARC-10 pada pasien, pendampingan, serta evaluasi.

Identifikasi kebutuhan dilakukan pada 24 sampai dengan 29 Agustus 2026 melalui observasi pelayanan keperawatan, telaah terhadap sekitar 12 dokumen asesmen keperawatan pasien, serta diskusi dengan kepala ruangan, pembimbing klinik, dan perawat

pelaksana. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa asesmen keperawatan telah dilaksanakan sebagai bagian dari pelayanan pasien, tetapi belum terdapat instrumen khusus yang secara terstruktur mengidentifikasi *recovery capital*. Hasil pengkajian awal beserta rencana kegiatan dipresentasikan kepada pihak rumah sakit pada 31 Agustus 2026, termasuk rencana edukasi dan penerapan instrumen BARC-10. Berdasarkan hasil pembahasan tersebut, pihak pendidikan dan pelatihan rumah sakit memberikan persetujuan untuk melanjutkan kegiatan.

Instrumen BARC-10 dipilih sebagai instrumen pendukung asesmen *recovery capital*. Instrumen yang digunakan dalam kegiatan ini merupakan versi Bahasa Indonesia yang diterjemahkan dari BARC-10 berbahasa Inggris yang dikembangkan oleh Vilsaint et al. (2017). Versi Bahasa Indonesia tersebut digunakan untuk keperluan kegiatan dan belum melalui proses adaptasi lintas budaya serta pengujian validitas dan reliabilitas psikometrik secara formal. BARC-10 terdiri atas 10 item dengan pilihan respons skala Likert 1–6 dan menghasilkan satu skor total dengan rentang 10–60, skor yang lebih tinggi menunjukkan *recovery capital* yang lebih besar.

Uji Coba Instrumen BARC-10

Uji coba instrumen BARC-10 dilaksanakan pada 3 September 2026 terhadap 10 pasien unit rehabilitasi yang memiliki rencana pulang. Uji coba bertujuan untuk menilai keterpahaman pasien terhadap petunjuk, pernyataan, dan pilihan respons pada instrumen sebelum diterapkan secara lebih luas. Pasien terlebih dahulu diberikan penjelasan mengenai tujuan dan tata cara pengisian, kemudian mengisi instrumen secara mandiri. Selama uji coba tidak terdapat pertanyaan dari pasien mengenai isi maupun tata cara pengisian dan seluruh instrumen terisi secara lengkap. Hasil tersebut digunakan sebagai dasar keterpahaman awal instrumen BARC-10 dalam konteks pelaksanaan kegiatan.

Sepuluh pasien yang mengikuti uji coba berbeda dengan 30 pasien pada tahap penerapan, sehingga tidak terdapat pengulangan pasien pada kedua tahap. Instrumen BARC-10 digunakan sebagai instrumen pendukung untuk memperoleh informasi mengenai *recovery capital* pasien dan tidak menggantikan asesmen keperawatan yang telah berlaku di unit rehabilitasi.

Edukasi Perawat

Edukasi mengenai instrumen BARC-10 dilaksanakan pada 7 September 2026 selama kurang lebih dua jam secara daring melalui *Zoom Meeting* dan diikuti oleh 12 perawat. Sebelum edukasi, peserta mengisi *pre-test* untuk memperoleh data awal mengenai

pengetahuan, sikap, dan persepsi keterampilan terkait penggunaan instrumen BARC-10. Materi edukasi mencakup konsep *recovery capital*, pengenalan dan tujuan instrumen BARC-10, prosedur pengisian, cara memberikan penjelasan kepada pasien, serta pemanfaatan instrumen BARC-10 sebagai instrumen pendukung asesmen berorientasi pemulihan. Kegiatan dilakukan melalui pemaparan materi, diskusi, demonstrasi, dan praktik penggunaan instrumen.

Penerapan dan Pendampingan Instrumen BARC-10

Penerapan instrumen BARC-10 dilaksanakan pada 8 sampai dengan 11 September 2026 terhadap 30 pasien unit rehabilitasi yang berbeda dari 10 pasien pada tahap uji coba. Sebelum pengisian, perawat memberikan penjelasan kepada pasien mengenai tujuan penggunaan instrumen BARC-10 dan tata cara pengisian instrumen. Setelah memperoleh penjelasan dan menyatakan kesediaannya, pasien mengisi instrumen BARC-10 secara mandiri. Perawat memberikan klarifikasi mengenai tata cara pengisian apabila diperlukan tanpa mengarahkan pilihan jawaban pasien. Selama proses tersebut, pelaksana kegiatan melakukan pendampingan kepada perawat dalam penerapan instrumen BARC-10 sesuai dengan materi yang telah diberikan pada tahap edukasi.

Alat Evaluasi

Evaluasi terhadap perawat meliputi pengetahuan, sikap, dan persepsi keterampilan dalam penggunaan instrumen BARC-10. Instrumen evaluasi disusun oleh pelaksana kegiatan berdasarkan materi edukasi dan prosedur penggunaan instrumen BARC-10 dan digunakan sebagai alat evaluasi kegiatan, bukan sebagai instrumen penelitian terstandar. Masing-masing aspek terdiri atas 10 item. Instrumen pengetahuan menggunakan pilihan jawaban benar dan salah, dengan skor 1 untuk jawaban benar dan 0 untuk jawaban salah, sehingga diperoleh skor mentah 0–10 yang kemudian dikonversi menjadi skala 0–100. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat pengetahuan yang lebih baik.

Sikap diukur menggunakan 10 item dengan skala Likert 1–5, mulai dari sangat tidak setuju (1) hingga sangat setuju (5), sehingga rentang skor total adalah 10–50. Skor yang lebih tinggi menunjukkan sikap yang lebih positif terhadap penggunaan instrumen BARC-10. Persepsi keterampilan diukur menggunakan 10 item dengan skala 1–4, mulai dari tidak mampu (1) hingga sangat mampu (4), sehingga rentang skor total adalah 10–40. Skor yang lebih tinggi menunjukkan persepsi kemampuan yang lebih baik dalam menggunakan instrumen BARC-10. Instrumen evaluasi tersebut belum melalui pengujian validitas dan reliabilitas formal sehingga hasilnya diinterpretasikan sebagai evaluasi internal terhadap

perubahan peserta selama kegiatan.

Pengukuran awal (*pre-test*) dilakukan pada 7 September 2026 sebelum pemberian edukasi, sedangkan pengukuran akhir (*post-test*) dilakukan pada 11 September 2026 setelah rangkaian edukasi, praktik, dan pendampingan penerapan BARC-10.

Analisis Data

Data dianalisis secara deskriptif menggunakan frekuensi, persentase, rerata, median, dan standar deviasi. Normalitas distribusi selisih skor *pre-test* dan *post-test* diperiksa menggunakan uji Shapiro–Wilk karena jumlah peserta sebanyak 12 orang. Hasil uji menunjukkan bahwa selisih skor pengetahuan ($p=0,020$) dan sikap ($p=0,021$) tidak berdistribusi normal, sehingga perbedaan skor sebelum dan sesudah kegiatan dianalisis menggunakan *Wilcoxon signed-rank test*. Sementara itu, selisih skor persepsi keterampilan berdistribusi normal ($p=0,177$) dan tidak menunjukkan pencilan ekstrem yang secara substantif memengaruhi analisis, sehingga dianalisis menggunakan *paired-samples t-test*. Tingkat kemaknaan statistik ditetapkan pada $p<0,05$.

Hasil analisis sebelumnya menunjukkan bahwa penggunaan Wilcoxon menghasilkan perbedaan signifikan pada pengetahuan ($p=0,002$), tetapi tidak pada sikap ($p=0,105$), sedangkan *paired-samples t-test* menunjukkan perbedaan signifikan pada persepsi keterampilan ($p<0,001$).

Evaluasi Kegiatan

Evaluasi kegiatan mengacu pada kerangka Kirkpatrick & Kirkpatrick (2016), tetapi dibatasi pada level *learning* sesuai dengan indikator dan data yang tersedia. Level *learning* dievaluasi melalui perubahan skor pengetahuan, sikap, dan persepsi keterampilan perawat sebelum dan setelah kegiatan. Pengetahuan diukur menggunakan 10 item benar–salah dengan skor 0–10 yang dikonversi menjadi skala 0–100, sikap diukur menggunakan 10 item skala Likert 1–5 dengan rentang skor 10–50, sedangkan persepsi keterampilan diukur menggunakan 10 item *self-assessment* skala 1–4 dengan rentang skor 10–40. Pengukuran dilakukan melalui *pre-test* sebelum edukasi dan *post-test* setelah rangkaian kegiatan. Level *reaction* tidak diukur menggunakan instrumen khusus, sedangkan level *behavior* dan *results* belum dievaluasi secara formal. Penerapan BARC-10 pada 30 pasien setelah edukasi hanya digunakan untuk menggambarkan proses awal penggunaan instrumen dalam praktik dan tidak digunakan sebagai ukuran perubahan perilaku perawat maupun luaran pelayanan.

Perizinan, Persetujuan, dan Kerahasiaan

Kegiatan dilaksanakan sebagai bagian dari pengabdian masyarakat dan peningkatan mutu pelayanan. Hasil pengkajian awal dan rencana pelaksanaan kegiatan dipresentasikan kepada pihak rumah sakit pada 31 Agustus 2026, dan kegiatan dilanjutkan setelah memperoleh persetujuan dari pihak pendidikan dan pelatihan rumah sakit. Sebelum pengisian instrumen BARC-10, pasien diberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur pengisian serta diminta persetujuan untuk berpartisipasi. Data kegiatan disajikan secara agregat tanpa mencantumkan identitas pasien maupun perawat untuk menjaga kerahasiaan. Kegiatan ini tidak diajukan untuk penelaahan etik penelitian karena dilaksanakan dalam konteks pengabdian masyarakat dan peningkatan mutu pelayanan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan ini dilaksanakan melalui rangkaian identifikasi kebutuhan, persiapan instrumen, uji coba instrumen BARC-10, edukasi dan pelatihan kepada perawat, penerapan pada pasien, serta evaluasi kegiatan. Uji coba awal instrumen BARC-10 dilakukan pada 10 pasien dan dilanjutkan dengan penerapan instrumen oleh 12 perawat pada 30 pasien yang berbeda dari peserta uji coba. Evaluasi kegiatan difokuskan pada perubahan pengetahuan, sikap, dan persepsi keterampilan perawat dalam menggunakan instrumen BARC-10. Persepsi keterampilan dalam kegiatan ini merupakan penilaian diri (*self-assessment*) perawat terhadap kemampuan mereka dalam menggunakan instrumen BARC-10 dan bukan hasil observasi langsung terhadap keterampilan perawat. Penerapan instrumen BARC-10 pada pasien digunakan untuk menggambarkan proses awal penggunaan instrumen sebagai pendukung asesmen *recovery capital* pada pelayanan rehabilitasi.

Uji Coba dan Implementasi Instrumen BARC-10 pada Pasien

Uji coba instrumen BARC-10 dilakukan pada 10 pasien yang memiliki rencana pulang sebelum instrumen diterapkan secara lebih luas. Pada tahap uji coba, perawat terlebih dahulu memberikan penjelasan mengenai tujuan dan tata cara pengisian instrumen BARC-10, kemudian pasien mengisi instrumen secara mandiri. Kelengkapan pengisian diamati dan dicatat oleh pelaksana kegiatan setelah formulir dikembalikan oleh pasien. Seluruh pasien (100%) menyelesaikan 10 item BARC-10 secara lengkap dan selama proses pengisian tidak terdapat permintaan klarifikasi mengenai pernyataan maupun pilihan jawaban. Perawat tetap tersedia untuk memberikan penjelasan apabila diperlukan, tanpa mengarahkan jawaban pasien. Temuan ini digunakan sebagai indikator keterlaksanaan

pengisian pada tahap uji coba dan tidak diinterpretasikan sebagai bukti bahwa seluruh pasien memahami setiap butir instrumen secara menyeluruh. Skor rata-rata instrumen BARC-10 pada tahap uji coba sebesar 51,90 dengan standar deviasi 6,23, median 52,50, dan rentang skor 43–60. Setelah tahap uji coba dan edukasi kepada perawat, instrumen BARC-10 selanjutnya diterapkan pada 30 pasien yang berbeda dari 10 pasien pada tahap uji coba di unit rehabilitasi.

Tabel 1.
Hasil Uji Coba BARC-10 pada Pasien Ruang Rehabilitasi (n=10)

Indikator	Hasil
Jumlah pasien	10
Pengisian lengkap	10 (100%)
Pasien meminta klarifikasi	0 (0%)
Rerata skor BARC-10	51,90
Standar deviasi	6,23
Median	52,50
Rentang skor	43–60

Hasil uji coba menunjukkan rerata skor instrumen BARC-10 sebesar 51,90 (SD 6,23), dengan median 52,50 dan rentang skor 43–60. Skor yang lebih tinggi pada instrumen BARC-10 menggambarkan sumber daya pemulihan yang lebih besar, tetapi rerata kelompok tersebut tidak digunakan untuk mengklasifikasikan *recovery capital* setiap pasien. Pada pengembangan awal instrumen BARC-10, Vilsaint et al. (2017) melaporkan skor 47 sebagai *cut-off* yang memiliki validitas prediktif terhadap *sustained remission* lebih dari 12 bulan pada populasi yang diteliti. Namun, batas tersebut tidak digunakan sebagai dasar klasifikasi dalam kegiatan ini karena karakteristik pasien dan tujuan pengukuran berbeda serta tidak dilakukan pemantauan jangka panjang terhadap status remisi pasien. Instrumen BARC-10 terdiri atas 10 item yang merepresentasikan 10 subskala dari instrumen *Assessment of Recovery Capital* (ARC) dan dikembangkan sebagai instrumen yang lebih ringkas untuk mendukung penggunaannya dalam penelitian, pelayanan klinis, dan layanan pemulihan (Vilsaint et al., 2017). Pada kegiatan ini, seluruh pasien pada tahap uji coba dapat menyelesaikan instrumen secara lengkap tanpa meminta klarifikasi selama pengisian. Temuan tersebut hanya digunakan untuk menggambarkan keterlaksanaan awal penggunaan BARC-10 pada kelompok pasien yang mengikuti kegiatan dan tidak diinterpretasikan sebagai bukti validitas, reliabilitas, maupun pemahaman menyeluruh pasien terhadap setiap item instrumen.



Gambar 1: Implementasi Instrumen BARC-10 pada Pasien

Perubahan Pengetahuan Perawat

Hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan skor pengetahuan perawat setelah mengikuti edukasi dan pelatihan penggunaan instrumen BARC-10. Rerata skor pengetahuan meningkat dari 67,50 pada *pre-test* menjadi 96,67 pada *post-test*, atau mengalami kenaikan sebesar 29,17 poin pada skala 0–100. Hasil uji *Wilcoxon signed-rank* menunjukkan adanya perbedaan skor pengetahuan yang bermakna secara statistik antara sebelum dan setelah kegiatan ($p=0,002$). Temuan ini menunjukkan bahwa skor pengetahuan perawat setelah kegiatan lebih tinggi dibandingkan sebelum kegiatan. Namun, karena evaluasi menggunakan desain satu kelompok *pre-test–post-test* tanpa kelompok pembandingan, perubahan tersebut tidak dapat diinterpretasikan sebagai bukti hubungan kausal antara kegiatan edukasi dan peningkatan pengetahuan.

Tabel 2.
Perubahan Pengetahuan Perawat Sebelum dan Setelah Implementasi BARC-10

Variabel	Mean (SD)	Median (P25, P75)	Z	pValue
Pengetahuan				
Sebelum intervensi	67,50 (7,538)	70,00 (60,00-70,00)	-3,068	0,002
Sesudah intervensi	96,67 (4,924)	100,00 (90,00-100,00)		

Peningkatan skor pengetahuan setelah kegiatan sejalan dengan pentingnya pendidikan dan pembekalan bagi perawat dalam pelayanan pasien dengan gangguan penggunaan zat. Tinjauan sistematis terhadap 12 penelitian yang melibatkan 3.273 perawat menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap perawat terhadap gangguan penggunaan zat berkaitan dengan berbagai faktor, termasuk pengalaman kerja, partisipasi dalam workshop, paparan pendidikan mengenai penggunaan zat, dan pendidikan berkelanjutan. Temuan ini sejalan dengan tinjauan sistematis Bazzi et al. (2024) yang menunjukkan bahwa intervensi pendidikan, pelatihan, dan pengembangan profesional dapat berkontribusi terhadap peningkatan pengetahuan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan gangguan penggunaan zat. Dengan demikian, penguatan pengetahuan menjadi salah satu

komponen penting dalam mempersiapkan perawat untuk menerapkan pendekatan baru dalam pelayanan rehabilitasi.

Peningkatan skor pengetahuan pada kegiatan ini menunjukkan adanya perubahan pengetahuan perawat setelah mengikuti edukasi mengenai konsep *recovery capital* dan penggunaan instrumen BARC-10. Temuan tersebut relevan dengan tinjauan sistematis Bazzi et al. (2024) yang menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap perawat dalam pelayanan gangguan penggunaan zat berkaitan dengan berbagai faktor, termasuk pengalaman mengikuti workshop, paparan pendidikan mengenai penggunaan zat, dan pendidikan berkelanjutan. Tinjauan tersebut juga menekankan pentingnya penguatan pendidikan dan pedoman pelayanan untuk mendukung pengetahuan perawat dalam memberikan asuhan kepada pasien dengan gangguan penggunaan zat. Dalam konteks kegiatan ini, edukasi instrumen BARC-10 berfungsi sebagai tahap persiapan agar perawat memiliki pemahaman awal yang diperlukan sebelum mendampingi pasien dalam pengisian instrumen. Namun, karena evaluasi menggunakan satu kelompok *pre-test* dan *post-test* tanpa kelompok pembandingan, peningkatan skor yang ditemukan tidak dapat diinterpretasikan sebagai bukti efektivitas kausal edukasi instrumen BARC-10.

Perubahan Sikap Perawat

Hasil evaluasi sikap menunjukkan bahwa rerata skor sikap perawat berubah dari 40,42 (SD 2,466) sebelum kegiatan menjadi 41,42 (SD 1,443) setelah kegiatan, atau terdapat kenaikan rerata sebesar 1,00 poin pada rentang skor 10–50. Hasil uji *Wilcoxon signed-rank* menunjukkan bahwa perbedaan skor sikap sebelum dan setelah kegiatan tidak bermakna secara statistik ($p=0,105$). Dengan demikian, hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan skor secara deskriptif, tetapi belum terdapat bukti statistik mengenai perbedaan sikap perawat antara sebelum dan setelah kegiatan.

Tabel 3.
Perubahan Sikap Perawat Sebelum dan Setelah Implementasi BARC-10

Variabel	Mean (SD)	Median (P25, P75)	Z	pValue
Sikap				
Sebelum intervensi	40,42 (2,466)	41,50 (39,00-42,00)	-1,620	0,105
Sesudah intervensi	41,42 (1,443)	41,50 (41,00-42,00)		

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa perbedaan skor sikap sebelum dan setelah kegiatan belum mencapai kemaknaan statistik ($p=0,105$). Tidak tercapainya kemaknaan statistik pada perubahan skor sikap perlu dipahami dengan mempertimbangkan bahwa sikap

perawat terhadap pasien dengan gangguan penggunaan zat dipengaruhi oleh berbagai faktor individual, profesional, pendidikan, dan lingkungan pelayanan. Literatur menunjukkan bahwa keterbatasan pengetahuan dan proses sosialisasi profesional dapat berkontribusi terhadap sikap stigmatisasi, sedangkan intervensi pendidikan dapat berperan dalam memperbaiki sikap dan kesiapan peran perawat dalam pelayanan pasien dengan gangguan penggunaan zat (Alqaisi et al., 2026) .

Temuan ini menunjukkan bahwa bukti yang tersedia belum cukup untuk menyatakan adanya perubahan skor sikap setelah kegiatan, dan tidak dapat diartikan sebagai bukti bahwa sikap perawat tidak mengalami perubahan. Secara deskriptif, rerata skor sikap berubah dari 40,42 menjadi 41,42 pada rentang skor 10–50. Perubahan yang relatif kecil tersebut perlu diinterpretasikan secara hati-hati mengingat jumlah peserta hanya 12 orang dan evaluasi dilakukan dalam waktu yang singkat setelah kegiatan. Selain itu, sikap merupakan aspek yang dapat dipengaruhi oleh pengalaman kerja, paparan pendidikan sebelumnya, serta pengalaman dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan gangguan penggunaan zat. Oleh karena itu, evaluasi dengan jumlah peserta yang lebih besar dan periode pengamatan yang lebih panjang diperlukan untuk memperoleh gambaran yang lebih memadai mengenai perubahan sikap perawat.

Perubahan Persepsi Keterampilan Perawat

Rerata skor persepsi keterampilan perawat meningkat dari 23,42 (SD 1,730) pada *pre-test* menjadi 31,67 (SD 2,309) pada *post-test*, atau mengalami kenaikan rerata sebesar 8,25 poin pada rentang skor 10–40. Hasil *paired-samples t-test* menunjukkan adanya perbedaan skor persepsi keterampilan yang bermakna secara statistik antara sebelum dan setelah kegiatan ($p < 0,001$). Temuan ini menunjukkan bahwa skor penilaian diri perawat terhadap keterampilan penggunaan instrumen BARC-10 setelah kegiatan lebih tinggi dibandingkan sebelum kegiatan. Hasil tersebut menggambarkan persepsi keterampilan berdasarkan penilaian diri (*self-assessment*) dan bukan hasil observasi langsung terhadap kemampuan perawat dalam menggunakan instrumen BARC-10.

Tabel 4.
Perubahan Persepsi Keterampilan Perawat Sebelum dan Setelah Implementasi Instrumen BARC-10

Variabel	Sebelum Mean (SD)	Sesudah Mean (SD)	Perubahan Mean (SD)	t (df)	95% CI	p-value
Persepsi keterampilan	23,42 (1,730)	31,67 (2,309)	+8,25 (1,603)	17,83 (11)	7,23–9,27	<0,001

Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan skor pengetahuan dan persepsi keterampilan perawat dalam penggunaan instrumen BARC-10 setelah kegiatan. Edukasi melalui penyampaian materi, demonstrasi, dan praktik memberikan kesempatan kepada perawat untuk mempelajari proses penggunaan instrumen, mulai dari pengisian hingga interpretasi hasil. Namun, peningkatan persepsi keterampilan hanya menggambarkan penilaian diri (*self-assessment*) perawat terhadap kemampuannya dan tidak dapat diinterpretasikan sebagai peningkatan kompetensi klinis yang telah terverifikasi (Mosenhauer et al., 2026). Oleh karena itu, evaluasi selanjutnya perlu menggunakan observasi langsung dengan instrumen terstandar untuk menilai keterampilan perawat secara objektif.

Implementasi Instrumen BARC-10 dalam Mendukung Asesmen Recovery Capital

Implementasi instrumen BARC-10 dilakukan pada 30 pasien yang berbeda dari 10 pasien pada tahap uji coba. Sebelum pengisian, perawat menjelaskan tujuan dan tata cara pengisian instrumen, kemudian pasien mengisi instrumen BARC-10 secara mandiri dengan perawat tetap tersedia untuk memberikan klarifikasi tanpa mengarahkan jawaban. Dari 30 pasien yang mengikuti tahap implementasi, sebanyak 30 formulir (100%) dikembalikan dalam keadaan lengkap tanpa item yang tidak terisi. Durasi pengisian dan hambatan selama proses implementasi belum dicatat secara sistematis sehingga tidak dapat dilaporkan dalam kegiatan ini. Hasil tersebut menggambarkan keterlaksanaan awal penggunaan instrumen BARC-10 sebagai instrumen pendukung asesmen *recovery capital* dalam pelayanan rehabilitasi. Instrumen BARC-10 terdiri atas 10 item yang secara keseluruhan menghasilkan satu skor total *recovery capital* dengan rentang 10–60, setiap item tidak diinterpretasikan sebagai subdomain atau dimensi yang berdiri sendiri. Skor yang lebih tinggi menunjukkan sumber daya pemulihan yang lebih besar, tetapi dalam kegiatan ini skor tidak dikategorikan menjadi tingkat rendah atau tinggi dan batas skor 47 tidak digunakan untuk mengklasifikasikan pasien, karena batas tersebut berasal dari validasi prediktif terhadap status remisi pada populasi penelitian sebelumnya dan bukan merupakan *cut-off* kategorisasi universal.

Pengukuran *recovery capital* relevan dalam pelayanan rehabilitasi karena dapat memberikan gambaran mengenai sumber daya personal, sosial, dan lingkungan yang mendukung proses pemulihan. Instrumen BARC-10 dikembangkan sebagai instrumen ringkas untuk mengukur satu dimensi terpadu *recovery capital* dan pada pengembangan awal menunjukkan konsistensi internal serta validitas yang baik (Vilsaint et al., 2017). Tinjauan sistematis selanjutnya menunjukkan bahwa instrumen BARC-10 termasuk instrumen *recovery capital* yang banyak digunakan dalam penelitian, meskipun

karakteristik psikometrik dan kesesuaian penggunaannya tetap perlu dipertimbangkan berdasarkan populasi dan konteks penerapan (Bunaciu et al., 2024). Selain itu, adaptasi lintas budaya instrumen BARC-10 telah dilakukan pada populasi dengan gangguan penggunaan zat melalui proses penerjemahan, *back-translation*, penilaian komite ahli, dan pengujian psikometrik, yang menunjukkan pentingnya proses adaptasi bahasa dan budaya sebelum instrumen digunakan pada populasi yang berbeda (Teig et al., 2023).

Meskipun instrumen BARC-10 dapat diterapkan secara operasional selama kegiatan, hasil ini belum dapat digunakan untuk menyimpulkan validitas dan reliabilitas instrumen pada populasi lokal. Kegiatan ini juga memiliki beberapa keterbatasan, yaitu dilaksanakan hanya pada satu unit rehabilitasi dengan melibatkan 12 perawat, tidak menggunakan kelompok pembanding, waktu evaluasi yang relatif singkat, serta pengukuran persepsi keterampilan yang didasarkan pada *self-assessment*. Oleh karena itu, perubahan skor yang ditemukan perlu diinterpretasikan dalam konteks evaluasi kegiatan dan belum dapat digeneralisasikan pada unit atau populasi perawat yang lebih luas. Penggunaan instrumen BARC-10 secara lebih luas juga memerlukan proses adaptasi budaya dan pengujian psikometrik versi Bahasa Indonesia.

Keberlanjutan kegiatan diarahkan pada penggunaan instrumen BARC-10 sebagai instrumen pendukung asesmen *recovery capital* pada pasien rehabilitasi tanpa menggantikan asesmen keperawatan yang telah berlaku. Pendampingan dan evaluasi berkala diperlukan untuk menilai konsistensi penggunaan instrumen, kendala yang dihadapi perawat, serta kesesuaiannya dengan kebutuhan pelayanan. Keberlanjutan penggunaan instrumen asesmen dalam pelayanan gangguan penggunaan zat tidak hanya bergantung pada kemampuan individual petugas, tetapi juga dipengaruhi oleh dukungan pimpinan, ketersediaan sumber daya, serta pengetahuan dan keyakinan petugas terhadap manfaat instrumen tersebut (Pocuca et al., 2025). Integrasi instrumen BARC-10 secara formal ke dalam sistem asesmen rumah sakit belum dapat dinyatakan pada tahap kegiatan ini dan memerlukan evaluasi lebih lanjut serta persetujuan pihak rumah sakit sesuai mekanisme yang berlaku.

Sebagai tindak lanjut, keberlanjutan penggunaan instrumen BARC-10 dikoordinasikan bersama kepala ruangan dan pembimbing klinik sebagai mitra kegiatan. Pelaksana kegiatan menyerahkan instrumen BARC-10, panduan/SOP pengisian, dan materi edukasi sebagai bahan pendukung penggunaan di unit. Evaluasi ulang direncanakan secara berkala untuk mengidentifikasi kepatuhan penggunaan, kelengkapan pengisian, serta kendala yang ditemukan selama penerapan. Hasil evaluasi tersebut dapat menjadi bahan pertimbangan

bagi unit dan rumah sakit dalam menentukan kelayakan pengembangan atau integrasi BARC-10 ke dalam sistem asesmen pelayanan.

SIMPULAN

Kegiatan penguatan kapasitas perawat melalui edukasi dan penerapan instrumen *Brief Assessment of Recovery Capital-10* (BARC-10) menunjukkan capaian awal berupa peningkatan skor pengetahuan dan persepsi keterampilan perawat dalam penggunaan instrumen BARC-10. Rerata skor pengetahuan meningkat dari 67,50 menjadi 96,67 ($p=0,002$), sedangkan rerata skor persepsi keterampilan meningkat dari 23,42 menjadi 31,67 ($p<0,001$). Rerata skor sikap mengalami perubahan dari 40,42 menjadi 41,42, tetapi perbedaannya belum mencapai kemaknaan statistik ($p=0,105$). Penerapan awal BARC-10 pada pasien menunjukkan bahwa instrumen dapat digunakan sebagai pendukung asesmen untuk memperoleh gambaran sumber daya pemulihan pasien. Namun, hasil kegiatan ini terbatas pada satu unit rehabilitasi dengan jumlah peserta yang kecil, evaluasi dalam waktu singkat, serta pengukuran keterampilan berdasarkan persepsi diri. Oleh karena itu, hasil tersebut belum dapat digunakan untuk menyimpulkan peningkatan kompetensi klinis perawat maupun pengaruh penggunaan instrumen BARC-10 terhadap proses pemulihan pasien. Penguatan berkelanjutan melalui pembekalan ulang, monitoring dan supervisi penggunaan instrumen BARC-10, evaluasi keterampilan melalui observasi langsung, serta adaptasi budaya dan pengujian psikometrik versi Bahasa Indonesia diperlukan sebelum instrumen dipertimbangkan untuk diintegrasikan secara lebih luas dalam pelayanan rehabilitasi.

REFERENSI

1. Alqaisi, O., Darwish, S., Harb, F., Dibas, M., Grabovci, L., Hysenaj, M., & Tai, P. (2026). Nurses' stigmatizing attitudes toward patients with substance use disorders and their impact on care quality. *BMC Nursing*. <https://doi.org/10.1186/s12912-026-05067-z>
2. Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2023). *Indonesia drugs report 2023* (Vol. 5). Pusat Penelitian, Data Dan Informasi Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia.
3. Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. (2024). *Peningkatan Nilai IKR 2024*:

- Cerminan Upaya Kolektif Meningkatkan Kualitas Layanan Rehabilitasi. Badan Narkotika Nasional Republik Indonesia. <https://bnn.go.id/peningkatan-nilai-ikr-2024-cerminan-upaya-kolektif-meningkatkan-kualitas-layanan-rehabilitasi/>
4. Bazzi, A., Ghazanfari, M. J., Aghaei, I., Emami Sigaroudi, A., Moosazadeh, M., Assadi, T., & Karkhah, S. (2024). A Systematic Review of Knowledge and Attitude of Nurses Towards Substance Use or Users. *Addiction & Health*, 16(4), 297–304. <https://doi.org/10.34172/ahj.1326>
 5. Best, D., & Hennessy, E. A. (2022). The science of recovery capital: where do we go from here? *Addiction*, 117(4), 1139–1145. <https://doi.org/10.1111/add.15732>
 6. Bunaciu, A., Bliuc, A.-M., Best, D., Hennessy, E. A., & Belanger, M. J. (2024). Measuring Recovery Capital for People Recovering from Alcohol and Drug Addiction: A Systematic Review. *Addiction Research & Theory*, 32(3), 225–236. <https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2245323>
 7. Isnaini, F., Sudaryo, M. K., Bagus Takwin, & Besral Besral. (2026). Cross Cultural Adaptation and Psychometric Validation of the Assessment of Recovery Capital for Indonesian Rehabilitation. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 9(7), 1470–1482. <https://doi.org/10.56338/mppki.v9i7.10888>
 8. Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). Kirkpatrick's four levels of training evaluation. ATD Press.
 9. Klevan, T., Sommer, M., Borg, M., Karlsson, B., Sundet, R., & Kim, H. S. (2021). Part III: Recovery-Oriented Practices in Community Mental Health and Substance Abuse Services: A Meta-Synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13180. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413180>
 10. Mosenhauer, J., Partsch, S., & Darmann-Finck, I. (2026). Nursing staff competence assessment instruments: a scoping review with implications for long-term care. *BMC Nursing*, 25(1), 455. <https://doi.org/10.1186/s12912-026-04755-0>
 11. Osborne, B., & Kelly, P. J. (2023). Substance use disorders, physical health and recovery capital: Examining the experiences of clients and the alcohol and other drug workforce. *Drug and Alcohol Review*, 42(6), 1410–1421. <https://doi.org/10.1111/dar.13689>
 12. Pocuca, N., Campbell, G., Barnett, A., Beck, A. K., Ellem, R., Quinn, C. A., Kelly, P. J., Larance, B., Baker, A. L., Connor, J. P., Marsden, J., Chan, G. C. K., Connelly, L.,

- Lenzen, S., Farrell, M., Stirling, R., Hudson, S., & Hides, L. (2025). A mixed-methods study of staff perspectives on the barriers and facilitators to the implementation of patient-reported routine outcome measures and feedback in alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Review*, 44(3), 759–771. <https://doi.org/10.1111/dar.14007>
13. Rahman Shah, M. T., Ali Shah, M., Al-Mahmood, M. R., Nahar, K., Miah, M. S., & Chowdhury, T. Y. (2024). Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Validation of the Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) Scale into Bangla. *Medicine*, 103(2), e35882. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000035882>
 14. Teig, C. J. P., Bond, M. J., Grotle, M., Kjøllesdal, M., Saga, S., Cvancarova, M. S., Ellström Engh, M. A., & Martini, A. (2023). A novel method for the translation and cross-cultural adaptation of health-related quality of life patient-reported outcome measurements. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02089-y>
 15. Vilsaint, C. L., Kelly, J. F., Bergman, B. G., Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2017). Development and Validation of a Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) for Alcohol and Drug Use Disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 177, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.03.022>
 16. World Health Organization. (2024). Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>