

PENYAKIT-PENYAKIT DI BIDANG PSIKIATRI YANG HARUS DITUNTASKAN DI PUSKESMAS

PSYCHIATRIC DISEASES HAVE TO BE CONTROLLED AND COMPLETELY TREATED IN PRIMARY HEALTH CENTER

Sri Idaiani

Pusat Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

ABSTRACT

Background: Since January 1st 2014, Indonesia has implemented the national health insurance. Indonesian Doctor Competency Standard 2012 and Ministry of Health Regulation No 5 in 2014 about clinical practice guideline of doctor in primary care were applied as reference. The aim of this analysis was to give recommendation related to psychiatric diseases have to be controlled and completely treated by doctors in primary health care

Methods: This article was a study of health policy, literature review followed by verification from several experts and visiting to two primary health centers (PHCs) in Jakarta and Bogor on July to September 2014.

Results: Four psychiatric diseases have to be controlled and completely treated in PHC are insomnia, dementia, mixed anxiety depression disorder, and psychosis. In general, patients visiting in PHC have physical, mental and social problems. It was undifferentiated cases and not fulfills the diagnostic criteria if examined by psychiatric interview and cause psychiatric cases were very limited reported in PHC.

Conclusion and Recommendation: The gap of psychiatric cases that were not reported is possibly caused by very strict diagnostic criteria therefore doctor in PHC cannot detect psychiatric disease with low severity. This study suggests the need of special psychiatric diagnostic in PHC considering diagnosis, severity, chronicity, and disability.

Keywords: psychiatric diseases, primary health center, clinical practice guideline.

ABSTRAK

Latar belakang: Sejak tanggal 1 Januari 2014 di Indonesia dilaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebagai rujukannya diterapkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia tahun 2012 dan Permenkes Nomor 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinik dokter di pelayanan primer. Tujuan analisis ini adalah untuk memberikan rekomendasi terhadap penyakit-penyakit dibidang psikiatri yang harus dikuasai dan tuntas ditangani oleh dokter di pelayanan kesehatan primer.

Metode: Artikel ini adalah telaah kebijakan kesehatan, kepustakaan dilanjutkan dengan verifikasi dengan beberapa narasumber dan kunjungan di dua Puskesmas di Jakarta dan Kota Bogor. Dilaksanakan pada bulan Juli sampai September 2014.

Hasil: Empat penyakit dibidang psikiatri yang harus dapat dituntaskan di Puskesmas adalah insomnia, demensia, gangguan campuran cemas dan depresi, dan psikosis. Pada umumnya pasien Puskesmas mempunyai banyak gejala fisik, psikologik dan masalah sosial. Bila dilakukan pemeriksaan

psikiatri, merupakan kasus-kasus yang tidak terdiferensiasi (*undifferentiated*) dan tidak memenuhi kriteria diagnostik sehingga kasus gangguan jiwa selalu tidak dilaporkan.

Kesimpulan dan Saran: Kesenjangan kasus gangguan jiwa yang tidak dilaporkan di Puskesmas mungkin disebabkan oleh kriteria diagnostik yang sangat ketat sehingga dokter di pelayanan primer tidak mampu mendeteksi gangguan dengan keparahan yang lebih rendah. Hasil telaah ini mengusulkan perlunya kode diagnosis di Puskesmas yang memperhatikan diagnosis, severitas, kronisitas dan disabilitas.

Kata kunci: penyakit dibidang psikiatri, Puskesmas, panduan praktik klinik

PENGANTAR

Pelayanan kesehatan jiwa tidak hanya dapat diberikan oleh Rumah Sakit Jiwa (RSJ), tetapi di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) harus dapat memberikan pelayanan kesehatan jiwa bagi pasien di wilayah kerjanya. Alasan diperlukan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas adalah adanya kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa yang lebih banyak di tingkat dasar serta untuk mengurangi beban ekonomi yang ditimbulkan perawatan inap yang panjang di rumah sakit¹. Aspek yang dimiliki program integrasi ini adalah keterjangkauan, peningkatan mutu pelayanan, menghormati hak asasi manusia dan *costeffectiveness*. Di Indonesia integrasi kesehatan jiwa pada pelayanan primer diartikan sebagai adanya pelayanan kesehatan jiwa di tingkat primer atau Puskesmas.

Sejak tanggal 1 Januari 2014 di Indonesia dilaksanakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Salah satu rujukan dalam pelaksanaan JKN adalah Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 71/2013 tentang pelayanan kesehatan pada JKN dan Permenkes Nomor 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinik (PPK) dokter di pelayanan primer. Kedua peraturan ini menetapkan penyakit-penyakit yang harus tuntas ditangani di pelayanan kesehatan tingkat primer dan merupakan salah satu standar kompetensi dokter Indonesia^{2,3}.

Dalam menjalankan tugas, dokter Indonesia harus memenuhi beberapa standar yang berlaku antara lain bersikap sesuai Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki), dan menjalankan tugas sesuai Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) yang diperoleh saat dinyatakan lulus sebagai dokter umum⁴. Standar lain yang harus dimiliki adalah standar yang digunakan di tempat kerja sebagai tenaga dokter yaitu Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di tempat kerja masing-masing. PNPK pada dasarnya merupakan implementasi SKDI. Berdasarkan SKDI terdapat 4 tingkatan kemampuan dokter Indonesia dalam hal mengelola penyakit yaitu tingkat kemampuan 1, tingkat kemampuan 2, tingkat kemampuan 3A, tingkat kemampuan 3B dan tingkat kemampuan 4A serta tingkat kemampuan 4B. Tingkat Kemampuan 1 yaitu mengenali dan menjelaskan. Pada tingkat ini lulusan dokter mampu mengenali dan menjelaskan gambaran klinik penyakit, dan mengetahui cara yang paling tepat untuk mendapatkan informasi lebih lanjut mengenai penyakit. Tingkat Kemampuan 2 yaitu mendiagnosis dan merujuk dan diharapkan lulusan dokter mampu membuat diagnosis klinik terhadap penyakit tersebut dan menentukan rujukan yang paling tepat bagi penanganan pasien selanjutnya. Tingkat Kemampuan 3 yaitu dokter mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, dan merujuk. Tingkat Kemampuan 4 dokter mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas. Tingkat Kemampuan 4A adalah kompetensi yang dicapai pada saat lulus dokter. Tingkat Kemampuan 4B diperoleh melalui profesiensi yang dicapai setelah selesai internship dan/atau Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB). Kemampuan A merupakan kasus bukan gawat darurat, sedangkan B merupakan kasus gawat darurat. Tujuan analisis ini adalah untuk memberikan rekomendasi terhadap penyakit di bidang psikiatri yang harus dikuasai dan tuntas ditangani oleh dokter di pelayanan kesehatan tingkat primer.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Tulisan ini merupakan telaah kebijakan kesehatan, kepustakaan dan verifikasi dengan beberapa narasumber. Untuk melengkapi data dilakukan kunjungan ke dua Puskesmas di Jakarta dan Kota Bogor. Dilaksanakan pada bulan Juli sampai September 2014.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN **Penyakit di bidang psikiatri yang harus tuntas di pelayanan primer.**

Terdapat 4 penyakit dibidang psikiatri yang dicantumkan pada PPK dokter dengan kriteria memiliki prevalensi tinggi (*high volume*), mempunyai risiko tinggi (*high risk*), dan mempunyai beban biaya tinggi (*high impact*). Dibidang psikiatri, penyakit tersebut antara lain insomnia, demensia, gangguan cemas dan depresi, serta psikosis. Insomnia adalah penyakit dengan kode P06 berdasarkan *International Classification of Primary Care (ICPC)-2* atau G47.0 berdasarkan *International Classification of Diseases (ICD)-10*. Demensia mempunyai kode P 70 berdasarkan ICPC-2 atau F03 berdasarkan ICD-10. Gangguan campuran cemas dan depresi mempunyai kode P74 berdasarkan ICPC-2 atau F41.2 menurut ICD-10. Psikosis yang dimaksud disini adalah P98 menurut ICPC-2 atau F20 berdasarkan ICD-10. Tingkat kemampuan dokter untuk menangani insomnia adalah 4A, demensia 3A, gangguan campuran cemas dan depresi 3A dan psikosis dengan kemampuan 3A. Dengan demikian, penyakit yang dapat ditangani secara mandiri dan diberikan tatalaksana sampai tuntas di Puskesmas adalah penyakit dengan kemampuan 4 (A dan B) yaitu insomnia. Jenis penyakit terpilih tersebut ditulis dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 11 Tahun 2012 tentang SKDI.

Meskipun ada 4 gangguan (penyakit) di bidang psikiatri yang harus dituntaskan, sangat sulit memperoleh berapa besar jumlah kasus penyakit tersebut di Puskesmas. Profil kesehatan yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan dan laporan bulanan atau tahunan oleh Dinas Kesehatan hampir tidak ada yang memberikan informasi mengenai besaran kasus ini. Hal ini disebabkan gangguan jiwa bukan merupakan kasus yang menempati ranking kasus terbanyak. Dengan demikian dapat diartikan bahwa kasus gangguan jiwa sangat sedikit dilaporkan di Puskesmas sehingga luput dari catatan-catatan profil dan laporan tahunan kesehatan.

Insomnia

Insomnia adalah gejala atau gangguan dalam tidur, dapat berupa kesulitan berulang untuk jatuh tidur, atau mempertahankan tidur yang optimal, atau kualitas tidur yang buruk. Kondisi ini dapat berhubungan dengan gangguan jiwa, penyakit fisik,

efek samping obat, meskipun dapat juga merupakan kondisi primer⁵. Insomnia dengan kode G47 lebih tepat untuk gangguan tidur tanpa spesifikasi yaitu bukan karena kondisi mental, tetapi lebih ditujukan untuk gangguan tidur karena kondisi medis⁶. Sangat jarang ditemui insomnia primer yaitu insomnia tanpa disertai gangguan jiwa. Apabila G47 lebih tepat untuk insomnia karena kondisi medis umum, maka insomnia yang berkaitan dengan diagnosis di bidang psikiatri terdapat pada kode F51 berdasarkan ICD-10. Insomnia lebih banyak terjadi sebagai suatu gejala, dan bukan suatu diagnosis.

Pada penelitian di pelayanan primer di Malaysia, dari 2049 responden yang berasal dari tujuh pusat pelayanan kesehatan primer, 60% responden memiliki gejala insomnia. Gejala insomnia pada penelitian tersebut dinilai dengan kuesioner *self report* yang dikembangkan dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM IV) dan *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD). Pasien yang mengalami insomnia tersebut selanjutnya dinilai dengan *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), hasilnya sebagian besar mempunyai gejala cemas dan depresi⁷. Melalui survei telepon di Kanada yang dinilai melalui 2000 responden didapatkan prevalensi insomnia sebesar 40,2%. Prevalensi ini ditegaskan berdasarkan adanya paling sedikit 1 gejala yang terdapat pada DSM IV *text revision* (TR) dan ICD-10⁸. Dari kedua penelitian tersebut diketahui bahwa insomnia umumnya ditemukan sebagai gejala yang berhubungan dengan kondisi mental, bukan sebagai diagnosis gangguan jiwa yang utuh.

Demensia

Demensia adalah suatu kondisi terdapat hendra (*impairment*) yang berat dalam hal fungsi daya ingat (*memory*), penilaian (*judgment*), orientasi dan kognisi (kemampuan belajar)⁹. Kriteria diagnosis demensia mengharuskan adanya penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir yang sampai mengganggu kegiatan harian seseorang ditambah dengan gejala dan disabilitas yang sudah nyata untuk paling sedikit enam bulan, dan tidak dijumpai gangguan kesadaran^{10,11}. Beberapa jenis demensia antara lain demensia pada penyakit Alzheimer, demensia vaskular (demensia multi infark), demensia karena kondisi medis misalnya pada penyakit Pick (Sapi Gila), penyakit Creufield-Jacob, penyakit Huntington, pada penyakit Parkinson, dan demensia pada penyakit HIV/AIDS. Selain itu terdapat demensia yang diinduksi oleh zat, demensia multiple etiologi, dan demensia yang tidak tergolongkan (*not otherwise specified*)⁹. Demensia tipe Alzheimer prevalensinya pa-

ling besar (60-80%), sedangkan demensia vaskular berkisar 10%¹².

Dengan bertambahnya umur harapan hidup penduduk Indonesia menjadi 70,2 tahun pada tahun 2016-2020 untuk semua jenis kelamin, maka bertambah besar risiko mengalami demensia. Umur harapan hidup tertinggi di Indonesia yaitu 74,7 tahun di Provinsi Daerah Istimewa Jogjakarta, diurutkan ke-2,3,4,dan 5 yaitu Provinsi Kalimantan Timur 74,1 tahun, Provinsi Jawa Tengah 73,8 tahun, Provinsi Jawa Barat 72,8 tahun, dan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta 72,4 tahun.¹³ Pada provinsi-provinsi yang memiliki Umur Harapan Hidup (UHH) lebih tinggi tersebut pasti diperlukan pengendalian terhadap risiko demensia.

Berdasarkan PPK, obat-obatan psikofarmaka untuk demensia sedapat mungkin dihindari kecuali pada kasus yang memiliki agresivitas, dapat diberikan haloperidol dosis ringan. Penatalaksanaan yang dianjurkan adalah modifikasi faktor risiko, misalnya melakukan stimulasi kognitif, senam kebugaran, dan mengendalikan penyakit fisik. Anjuran lainnya berupa stimulasi lingkungan yaitu memberikan suasana yang nyaman bagi orang berusia lanjut, meningkatkan fungsi sehari-hari serta memberikan dukungan keluarga. Pemeriksaan laboratorium penunjang dapat dilakukan di pelayanan primer jika terdapat kecurigaan adanya kondisi medis yang menimbulkan dan memperberat gejala. Sebagai pemeriksaan diagnostik tambahan dapat dilakukan pemeriksaan dengan alat *Mini Mental State Examination* (MMSE).

Pada laporan LB1 Puskesmas di kota Jakarta dan Bogor demensia akan digolongkan dengan diagnosis gangguan mental organik dengan kode ICD-10 nya adalah F03. Dokter Puskesmas menegaskan diagnosis dengan bantuan teknik mendeteksi 2 menit atau buku panduan yang diperoleh saat pelatihan kesehatan jiwa. Berdasarkan Laporan Bulanan Program Kesehatan Jiwa, demensia tidak terdata dan tidak mempunyai tempat di dalam laporan. Jumlah kasus demensia dan jumlah kunjungan rata-rata tidak dapat diketahui oleh karena diagnosis digabung dengan gangguan mental organik lainnya. Jumlah rujukan kasus demensia ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut juga belum ada datanya.

Gangguan Campuran Ansietas dan Depresi

Istilah gangguan campuran ansietas dan depresi terdapat pada ICD-10. Gangguan ini ditandai oleh adanya gejala-gejala ansietas dan depresi yang terjadi bersama-sama, dan masing-masing gejala tidak menunjukkan rangkaian gejala yang cukup berat untuk dapat ditegakkannya suatu diagnosis tersendiri.

Untuk gejala ansietas, beberapa gejala autonomik harus ditemukan, walaupun tidak terus menerus, di samping rasa cemas atau khawatir berlebihan. Untuk mengobati gejala kecemasan maupun depresinya dapat diberikan antidepresan dosis rendah.

Di pusat pelayanan primer pada umumnya ansietas dan depresi tidak terjadi sendiri (*single*), tetapi lebih sering mempunyai komorbiditas dengan penyakit fisik misalnya diabetes melitus, hipertensi, sakit kepala atau migren, nyeri tulang belakang dan lain sebagainya¹⁴. Sudah banyak penelitian yang menyebutkan bahwa kecemasan, depresi dan somatisasi banyak dijumpai pada pasien-pasien yang sering berkunjung ke pelayanan primer dibandingkan yang berkunjung normal atau seperlunya¹⁵. PPK menyebutkan kode untuk gangguan ansietas dan depresi selain F41.2 adalah P74 berdasarkan ICPC-2, yang sebenarnya P74 lebih tepat untuk gangguan ansietas saja¹⁶. Dalam hal ini terdapat kerancuan gangguan yang harus dapat diatasi di Puskesmas apakah campuran antara cemas dan depresi atau depresi saja atau cemas saja.

Psikosis

Gangguan ini ditandai dengan ketidakmampuan atau hendaya berat dalam menilai realita, berupa sindroma, antara lain adanya halusinasi dan waham. Kriteria rujukan pasien psikosis di Puskesmas adalah kasus baru yang dirujuk untuk konfirmasi diagnostik ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder yang memiliki pelayanan kesehatan jiwa setelah dilakukan penatalaksanaan awal. Pasien psikosis yang sedang gaduh gelisah membutuhkan perawatan inap karena berpotensi membahayakan diri atau orang lain dapat segera dirujuk. Penelitian pada pelayanan primer di Amerika Serikat pada populasi dewasa yang tinggal di kawasan perkotaan menilai pasien dengan kuesioner psikotik *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) menyebutkan proporsi pasien yang memiliki gejala psikotik sebesar 20%¹⁷. Psikosis yang dimaksud pada PPK dokter Indonesia adalah psikosis dengan kode diagnostik F20 sehingga yang dimaksudkan adalah psikosis sebagai sebuah diagnosis gangguan jiwa, dan bukan sebagai gejala.

Mental Health Treatment Gap di negara low middle income

WHO menyebutkan bahwa penyakit-penyakit di bidang mental, neurologi dan *substance abuse*

banyak menimbulkan beban kesehatan masyarakat. Faktor-faktor yang memperberat penyakit ini adalah kemiskinan, marginalisasi, pandangan lingkungan sosial yang tidak menguntungkan ditambah dengan stigma, kekerasan, dan pelanggaran hak asasi yang turut memperberat kondisi pasien. Beban penyakit mental, neurologi dan penyalahgunaan zat ini menyumbang 14% dari beban akibat penyakit. Seperempat dari beban tersebut berada di negara *low middle income*, sedangkan di negara-negara tersebut, anggaran kesehatan untuk penyakit-penyakit tersebut maksimal hanya 2% dari total anggaran kesehatan. *Treatment gap* untuk penyakit tersebut di negara *low middle income* adalah 75%. Makna dari pernyataan tersebut adalah hanya 25% orang yang mengalami masalah dan gangguan jiwa yang mendapat pengobatan. Untuk mengatasi masalah itu, pada tahun 2008 diluncurkan program *Mental Health Gap Action* (MhGAP) dan pada tahun 2010 diluncurkan buku panduan berjudul *Mental Health Gap Intervention Guide* (MhGAP IG) versi 1.0¹⁸. Buku pedoman tersebut sangat layak digunakan pada tempat dengan sumberdaya yang sangat terbatas.

Berdasarkan panduan MhGAP IG, terdapat sebelas topik penyakit atau gangguan jiwa prioritas yang harus mampu ditegakkan diagnosis-nya oleh dokter. Pertimbangannya adalah besarnya masalah yang terjadi akibat beban penyakit, kematian, kesakitan, biaya ekonomi tinggi, dan seringkali berhubungan dengan kekerasan dan pelanggaran hak asasi manusia. Ke-11 penyakit tersebut antara lain depresi, psikosis, gangguan bipolar, epilepsi, gangguan perkembangan dan perilaku pada anak dan remaja, demensia, penyalahgunaan alkohol, penyalahgunaan zat, melukai diri/ bunuh diri, dan gejala-gejala emosional atau medik lain yang tidak dapat dijelaskan¹⁸. MhGAP tidak mengelompokkan penyakit-penyakit tersebut berdasarkan kriteria diagnostik dengan kode tertentu baik ICD-10 atau DSM IV.

Pedoman MhGAP diperuntukkan di pelayanan non spesialis terutama pusat pelayanan tingkat primer contohnya Puskesmas. Pengguna pedoman MhGAP tidak harus dokter, tetapi dapat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan lain seperti dokter gigi, bidan, perawat komunitas bahkan tenaga farmasi. Pedoman ini juga dapat digunakan di pusat pelayanan sekunder yang memiliki sumber daya tenaga dokter spesialis yang sangat terbatas¹⁸.

Tabel 1. Berdasarkan pedoman PPK dan MhGAP terdapat beberapa persamaan dan perbedaan

No	Perbedaan dan persamaan	Panduan Praktik Klinis Dokter	Mental Health Gap Action Program
1	Jumlah prioritas penyakit yang diharapkan dapat ditanggulangi	4 penyakit yaitu : insomnia, demensia, gangguan campuran ansietas dan depresi, psikosis	11 penyakit yaitu: ansietas, depresi, psikosis, gangguan bipolar, epilepsi, gangguan perkembangan dan perilaku pada anak dan remaja, demensia, penyalahgunaan alkohol, penyalahgunaan zat, melukai diri/ bunuh diri, gejala-gejala emosional atau medik lain
2	Pengobatan Farmakologi Depresi Psikosis Demensia	fluoxetine haloperidol, chlorpromazine, risperidone, injeksi haloperidol, haloperidol dan flupenazine <i>long acting</i> Haloperidol dosis ringan apabila gaduh gelisah	Fluoxetine dan amitriptilin haloperidol, chlorpromazine, flupenazine <i>long acting</i> . Haloperidol dosis ringan apabila gaduh gelisah.
3	Alat ukur demensia	<i>Mini mental state examination</i> (MMSE).	Menggunakan tes yang lebih sederhana mengenai: - Daya ingat : menyebut 3 benda lalu minta pasien mengulangi segera kemudian 3-5 menit kemudian - Menilai orientasi tempat dan waktu. - Menilai kemampuan bahasa.

Obat-obatan yang dianjurkan tidak banyak berbeda antara PPK dan yang dianjurkan WHO, tetapi yang perlu diperhatikan salah satunya adalah pemakaian MMSE. MMSE memiliki spesifisitas yang lebih baik dibandingkan dengan bertanya secara sederhana, namun yang menjadi pertimbangan apakah alat ukur ini tersedia di Puskesmas dan apakah dokter mendapatkan pelatihan mengenai pemakaiannya sehingga mahir melakukannya di Puskesmas?.

PPK disusun berdasarkan masukan para ahli dan penyelenggara program dengan mempertimbangkan kelayakan serta standar kompetensi dokter Indonesia yang telah ditetapkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Pada keadaan dimana tidak tersedia data (*evidence based*), maka dapat digunakan pendapat ahli. Di Nepal, penentuan prioritas gangguan jiwa juga ditetapkan berdasarkan panel ahli, tetapi dilengkapi perhitungan statistik sederhana¹². Panel dipilih mewakili berbagai profesi antara lain psikiater, psikolog, perawat jiwa, konselor psikososial. Penetapan prioritas ditetapkan berdasarkan penilaian kesesuaian terhadap budaya, frekuensi kasus, dan kelayakan untuk dilakukan pengobatan. Dengan demikian kesimpulan diperoleh tidak sekedar berdasarkan pendapat para ahli, tetapi dilengkapi oleh alat bantu data statistik¹⁹.

Diagnosis di bidang kedokteran jiwa yang lebih tepat untuk Puskesmas

Pasien yang berkunjung ke Puskesmas pada umumnya mempunyai banyak gejala, kecemasan,

kepentingan dan masalah. Sebenarnya apabila dilakukan pemeriksaan psikiatri, pada umumnya gangguan yang dialami pasien merupakan kasus-kasus yang tidak terdiferensiasi (*undifferentiated*) dan tidak memenuhi kriteria diagnostik²⁰. Terdapat istilah *distres* dan *diagnosis*. Seseorang yang mengalami *distres* dapat mempunyai satu atau beberapa gejala psikiatri yang berpotensi mengancam kondisinya, tetapi belum tentu memenuhi kriteria diagnostik gangguan jiwa, sedangkan seorang yang mempunyai *diagnosis* tentunya mempunyai gejala yang lengkap sehingga memenuhi kriteria sebuah gangguan. Dalam hal ini pasien Puskesmas umumnya memperlihatkan kondisi *distres* dan tidak menunjukkan *diagnosis* psikiatri yang khas. Sebaliknya pada beberapa pasien yang mempunyai gangguan jiwa tetapi dengan *threshold* di bawah ambang seringkali tidak memperlihatkan *distres*²⁰. Untuk dapat dikategorikan sebuah gangguan jiwa diperlukan syarat tidak hanya terdapat gejala-gejala saja, tetapi membutuhkan kriteria durasi serta tingkat keparahan tertentu.

Pasien Puskesmas yang mengalami *distres* apabila dinilai dengan alat diagnostik praktis misalnya pengukuran dari *Center for Epidemiologic Studies Depression* (CES-D) atau *Hamilton Rating Scale for Depression* (HDRS) dapat memiliki skor di atas ambang yang ditetapkan, tetapi apabila dibandingkan dengan pasien depresi yang sesungguhnya yaitu mereka yang menjadi pasien pusat pelayanan psikiatri akan mempunyai pola berbeda meskipun keparahan depresinya sama. Perbedaannya yaitu pada pasien

depresi akan menonjol gejala penurunan mood, anhedonia dan keinginan bunuh diri. Sebaliknya pada pasien distress akan menonjol gejala hipokondriasis dan insomnia²¹.

Hal lainnya yang dijumpai pada pelayanan primer adalah pasien datang tidak hanya dengan keluhan fisik, tetapi juga dengan keluhan mental dan permasalahan sosial. Selayaknya semua keadaan baik gejala mental, keluhan fisik dan masalah sosial tetap dicatat pada lembar pemeriksaan pasien dan Puskesmas mampu memberikan pengobatan yang menyangkut ketiga kondisi tersebut²⁰. Perjalanan penyakit gangguan jiwa umumnya fluktuatif, kadangkala memeperlihatkan suatu gangguan yang nyata, tetapi kadangkala menyerupai keadaan *transient*. Pada bulan ke-6 akan menunjukkan perbaikan sebesar 66%, pada bulan ke-3 menunjukkan perbaikan 20% dan pada minggu ke-4 sebesar 30%. Kondisi yang fluktuatif seperti ini memerlukan kode diagnosis khusus untuk menjelaskannya.

Kompleksitas serta masalah-masalah di sekitar diagnosis di Puskesmas disikapi dengan cara beragam. Pada sebagian dokter hanya memberikan pengobatan untuk pasien yang mempunyai gejala yang nyata, dan sebagian dokter memilih memberikan pemecahan masalah terhadap masalah sosial pasien. Sampai saat ini masih ada stigma di bidang psikiatri yang menyebutkan bahwa gangguan jiwa disebabkan masalah sosial atau stres psikologik antara lain kesulitan hidup, hubungan personal dan sebagainya²⁰.

Disamping *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) dan ICD-10, untuk Puskesmas dapat digunakan ICD-10 for Primary Care (ICD-10-PHC).²² Terdapat 25 diagnosis di bidang psikiatri menurut kriteria ini yang merupakan penggabungan atau penyederhanaan kriteria beberapa diagnostik yang sesuai. Meskipun ICD-10-PHC disebutkan memiliki validitas konkurent yang baik, alat ini belum mempertimbangkan masalah keparahan, disabilitas dan kronisitas²⁰. Alat diagnostik lain diperkenalkan tahun 1987 yaitu *International Classification of Primary Care* (ICPC) oleh *World Organisation of Family Doctors*. ICPC terakhir dikeluarkan tahun 1993 yaitu ICPC-2¹⁶. Di dalam kriteria diagnostik ini, tersedia 90 diagnosis yang terdapat pada bab psikologik. ICPC cukup baik digunakan di Puskesmas serta tidak memerlukan kriteria yang ketat seperti pada DSM atau ICD. ICPC memberikan kode untuk diagnosis dan gejala (*health problem*), alasan datang ke fasilitas kesehatan (*reason for encounter*) dan tindakan yang diperoleh (*process of care*). Dengan kode ICPC-2 memungkinkan

untuk tidak langsung memberikan diagnosis yang ketat tetapi dapat merupakan keluhan. Meskipun demikian ICPC memiliki keterbatasan berdasarkan penelitian-penelitian yang dilakukan. Kelemahan alat ini adalah masalah spesifisitas yaitu pada kasus bukan gangguan jiwa akan sulit untuk memastikan kasus tersebut bukan gangguan jiwa¹³.

Para pakar dibidang kesehatan jiwa menyadari bahwa diagnosis gangguan jiwa di Puskesmas berbeda dengan perspektif psikiater di klinik atau rumah sakit karena di Puskesmas diagnostik yang digunakan harus sederhana dan praktis²³. Pada kelompok masyarakat non Barat bahkan kadang-kadang gejala psikiatri perlu disesuaikan dengan konsep masyarakat setempat²⁴. Dokter yang bertugas di pelayanan primer juga harus menyadari bahwa pada kelompok etnis minoritas, pasien usia muda dan yang memiliki penyakit-penyakit fisik kronik sering kali sulit mendeteksi adanya gangguan psikiatri. Pasien sering luput dari diagnosis dokter, yang sebenarnya apabila dinilai oleh spesialis ternyata mereka memiliki diagnosis gangguan jiwa²⁵.

KESIMPULAN DAN SARAN

PPK menyebutkan ada 4 penyakit di bidang psikiatri yang perlu mendapat perhatian oleh karena besarnya masalahnya cukup besar. Dari empat penyakit, hanya 1 penyakit yaitu insomnia yang mensyaratkan kompetensi dokter 4 A yaitu tidak perlu dirujuk, tetapi dapat dikelola di Puskesmas saja. Tiga penyakit lainnya adalah penyakit yang ditangani dokter dengan tingkat kemampuan 3 yaitu berpeluang besar untuk dirujuk ke fasilitas pelayanan sekunder atau tersier. Hal ini sangat jauh dari anjuran WHO yang menyebutkan ada 11 penyakit di bidang psikiatri yang seharusnya perlu ditangani di pelayanan primer.

Empat gangguan jiwa yang harus tuntas diatasi di Puskesmas mempunyai kode diagnostik berdasarkan ICD-10 atau ICPC. Pada kenyataannya pasien yang datang ke Puskesmas lebih banyak tidak memenuhi kriteria diagnostik yang lengkap melainkan hanya kondisi distress. Kondisi kesenjangan kasus gangguan jiwa yang sedikit ditemui di Puskesmas seperti yang disebutkan WHO mungkin disebabkan kriteria diagnostik yang sangat ketat sehingga dokter di pelayanan primer tidak mampu mendeteksi gangguan dengan keparahan yang lebih rendah.

Laporan bulanan penyakit di Puskesmas menggunakan ICD-10 untuk kode diagnosis, sedangkan ICPC belum digunakan. ICPC memungkinkan menegakkan diagnosis lebih longgar dibandingkan ICD,

tetapi sayangnya ICPC tidak diperkenalkan atau diberikan petunjuk penggunaannya. Bila menggunakan kode diagnostik sesuai ICPC, diperkirakan kasus-kasus gangguan jiwa akan lebih banyak dilaporkan di Puskesmas.

SARAN

Dari seluruh kompleksitas tersebut, rekomendasi yang bisa dipertimbangkan adalah perlunya kode diagnosis di Puskesmas/pelayanan primer yang tidak hanya berupa diagnosis, tetapi memperhatikan keparahan, kronisitas dan disabilitas. Disamping kode khusus untuk Puskesmas, diperlukan buku panduan diagnostik sebagai penuntun kerja. ICPC, DSM atau ICD, dapat menjadi pedoman penyusunan diagnostik, tetapi diagnostik sederhana lebih dibutuhkan untuk diterapkan di Puskesmas dengan tambahan suplemen berupa petunjuk penggunaan yang lebih jelas. Dengan adanya kode yang lebih longgar diharapkan data kasus dibidang psikiatri di Puskesmas dapat dilaporkan dengan lebih baik. Dengan cakupan laporan yang memadai, akan lebih mudah menyusun kebijakan dan menurunkan kesenjangan pengobatan bagi pasien yang mengalami gangguan jiwa.

REFERENSI

1. WHO & Wonca. Primary care for mental health within a pyramid of health care. *Integrating mental health into primary care*. Geneve: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.2008
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada JKN.
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 5 tahun 2014 tentang panduan praktik klinis bagi dokter di pelayanan primer.
4. Konsil Kedokteran Indonesia. Standar Kompetensi Dokter Indonesia. 2012.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Symptom and sign. 2008. In: Concise textbook of clinical psychiatry [Internet]. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins. third. [21-32].
6. Coding for insomnia 2012 [updated March 26, 2012; cited 2015 December 18]. Available from: <http://www.fortherecordmag.com/archives/032612p27.shtml>.
7. Zailinawati A, Mazza D, Teng CL. Prevalence of insomnia and its impact on daily function amongst Malaysian primary care patients. *Asia Pacific Family Medicine* 2012;11:9.
8. Morin CM, LeBlanc M, Bélanger L, Ivers H, Mérette C, Savard J. Prevalence of Insomnia and Its Treatment in Canada. *Can J Psychiatry* 2011 09;56(9):540-8.
9. Sadock BJ, Sadock VA. Delirium, dementia, and amnesic and other cognitive disorder and mental disorder due to a general medical condition. 2008. In: Concise textbook of clinical psychiatry [Internet]. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins[46-7].
10. WHO. International classification of diseases and related health problem 10 th revision 2016 [cited 2015 December 20]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F00>.
11. Ditjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III. 1993.
12. Type of dementia Chicago: Alzheimer's association; 2015. Available from: <http://www.alz.org/dementia/types-of-dementia.asp>.
13. Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-20135. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2013.
14. Bener A, Ghuloum S, Abou-saleh M. Prevalence, symptom patterns and comorbidity of anxiety and depressive disorders in primary care in Qatar. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(3):439-46.
15. Ferrari S, Galeazzi GM, Mackinnon A, Rigatelli M. Frequent attenders in primary care: impact of medical. *Psychother Psychosom* 2008;77:306-14.
16. WHO Wonca. International classification of primary care 2. London: Oxford University Press; 1998.
17. Olfson M, Lewis-Fernandez R, Weissman MM, Feder A, Gameraoff MJ, Pilowsky D, et al. Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. *Am J Psychiatry* 2002; 159(8):1412-9.
18. WHO. MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneve: WHO, 2010
19. Jordans MJD, Luitel NP, Tomlinson M, Komproe IH. Setting priorities for mental health care in Nepal: a formative study, *BMC Psychiatry* 2013, 13:332 . Available at <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/332>
20. Gask L, Dowrick C, Fortes S, Katerndahl DA, Gureje O, Klinkman MS, et al. Capturing complexity the case for new classification system for mental disorder in primary care. In: Saxena S, Esparza P, Regier DA, Saraceno B, Sartorius N, editors. Public health aspects of

- diagnosis and classification of mental and behavioral disorder. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2012. p. 71-104.
- 21 Katerndahl DA, Larme AC, Palmer RF, Amodei N. Reflections on DSM Classification and Its Utility in Primary Care: Case Studies in "Mental Disorders". *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;7:91-9.
- 22 Dowrick C, Rosendal M. Medical unexplained symptoms. 2009. In: *Primary care mental health [Internet]*. London: RC Psych; [156-73].
- 23 Jacob KS, Patel V. Classification on mental disorders: a global mental health perspective. *Lancet*. 2014;383:1433-5.
- 24 Karasz A, Patel V, Kabita M, Shimu P. "Tension" in South Asian women: developing a measure of common mental disorder using participatory methods. *PCHP*. 2013;7(4):429-41.
- 25 Borowsky SJ, Rubenstein LV, Meredith LS, Camp P, Triche MJ, Wells KB. Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *J Gen Intern Med* 2000 ;15:381-8.