KAJIAN KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN (KMK) NOMOR 514 TAHUN 2015 DI BIDANG PELAYANAN KESEHATAN JIWA DI PUSKESMAS DAN IMPLEMENTASINYA

The Study of Minister of Health Decree Number 514 of 2015 on Mental Health Service in Puskesmas and Its implementation

Sri Idaiani, Tince Arniati Jovina, Widianto Pancaharjono, Danny Fajar Mogsa
Center for Research and Development of Health Resources and Services

Naskah masuk: 3 Desember 2019 Perbaikan: 16 Maret 2020 Layak terbit: 20 Maret 2020
https://doi.org/10.22435/hsr.v23i1.2513

ABSTRAK

Pelayanan pengobatan penderita gangguan jiwa di puskesmas masih mengalami berbagai masalah meskipun kebijakan yang mendukung telah tersedia. Tujuan dari kajian ini adalah untuk memberikan rekomendasi kebijakan tentang pengobatan penderita gangguan jiwa di puskesmas. Kajian dilaksanakan pada tahun 2018. Pengumpulan data dilakukan melalui telaah dokumen peraturan yang relevan serta wawancara mendalam terhadap sebelas informan. Hasil kajian menunjukkan jenis diagnosis gangguan jiwa yang kurang sesuai kebutuhan. Hal-hal lain yaitu dokter lebih mengutamakan pelayanan dibandingkan isi peraturan, ada masalah ketidaktersediaan obat gangguan jiwa karena kasusnya kecil dan perencanaan kurang baik. Tidak ada sanksi bila kebijakan tidak dijalankan. Kesimpulannya bahwa diperlukan perbaikan tentang jenis gangguan jiwa, tingkat kompetensi dokter umum pada Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) nomor 514 tahun 2015 dan diperlukan sosialisasi bagi dokter tentang kebijakan kesehatan yang berlaku.

Kata kunci: KMK 514; Gangguan Jiwa; Kompetensi Dokter

ABSTRACT

Treatment services for people with mental disorders at the community health care center (CHC) still have problems even though supporting policies are available. The purpose of this study was to provide recommendations on policies related to the treatment for people with mental disorders in CHC. This study was conducted in 2018. Data collection was carried out through the review of relevant regulatory documents and in-depth interviews with eleven informants. The results of the study showed that the type of mental disorders diagnosis was less appropriate to the needs. Moreover, the doctors prioritized services than the content of regulations. Problems also occurred on the unavailability of mental disorders medicine because of the insignificant number of cases and poor medicine needs planning. There was no sanction when the policy was not implemented. In conclusion, revision of the Minister of Health (MOH) decree number 514 is needed on the aspect of mental disorders diagnosis and competency level of the general practitioner. Dissemination of policies on mental health is needed for general practitioners.

Keywords*: MOH decree number 514; Mental Disorder; Doctor Competency*

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan bagi penderita gangguan jiwa di Indonesia menjadi salah satu perhatian pemerintah. Hal ini terlihat dari salah satu butir standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan yang dimuat pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) nomor 43 tahun 2016. Kebijakan ini diperkuat dengan masuknya gangguan jiwa sebagai salah satu indikator Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yang tertulis pada PMK Nomor 39 Tahun 2016. Kedua peraturan tersebut saling menguatkan satu dengan lainnya dan pada intinya mengatakan bahwa penderita gangguan jiwa harus diobati dan tidak boleh ditelantarkan.

Korespondensi:
Sri Idaiani
Center for Research and Development of Health Resources and Services
E-mail: sriidaiani@gmail.com, sriidaiani@litbang.kemkes.go.id

Kondisi yang ada saat ini menunjukkan masih banyak permasalahan di tingkat puskesmas terkait pengobatan penderita gangguan jiwa. Hasil Riset Tenaga Kesehatan (Risnakes) tahun 2017 menunjukkan bahwa di Indonesia persentase puskesmas yang memiliki ketersediaan dan kecukupan obat anti psikotik hanya 69,3 persen, anti depresan 47,2 persen dan anti cemas 70,2 persen (NIHRD, 2018).

Sebuah penelitian di Jogjakarta membandingkan kemampuan dokter puskesmas dengan psikolog klinis dalam hal menetapkan diagnosis gangguan jiwa sesuai rekomendasi *World Health Organization* (WHO). Hal ini menunjukkan adanya perhatian terkait penegakan diagnosis gangguan jiwa di puskesmas (Anjara *et al.*, 2019). Bila kemampuan dokter menegakkan diagnosis kurang, maka jumlah kasus akan tampak sedikit dan berdampak dengan minimnya ketersediaan obat gangguan jiwa.

Kebijakan terkait diagnosis gangguan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama khususnya puskesmas adalah Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) nomor 514 Tahun 2015 berisi tentang panduan praktik klinis (PPK) bagi dokter di fasilitas kesehatan tingkat primer (FKTP). Pada KMK tersebut terdapat lima penyakit di bidang psikiatri yang harus dikuasai dokter Indonesia yaitu insomnia, somatoform, skizofrenia/psikosis, gangguan campuran cemas dan depresi, serta demensia.

Peraturan tentang ragam diagnosis gangguan jiwa yang seharusnya dapat dilayani di puskesmas sudah tersedia ditambah dengan kebijakan terkait lain yang menunjukkan pentingnya pengobatan bagi penderita gangguan jiwa di Indonesia. Namun masih dijumpai masalah dalam hal penanganan gangguan jiwa di puskesmas. Atas dasar hal tersebut diperlukan masukan untuk memperbaiki kondisi yang ada saat ini. Tujuan dari kajian ini adalah untuk memberikan rekomendasi terhadap kebijakan terkait pelayanan kesehatan bagi penderita gangguan jiwa khususnya di puskesmas.

METODE

Kajian ini dilakukan pada tahun 2018. Untuk memperoleh data dilakukan telaah terhadap dokumen peraturan yang relevan, serta wawancara mendalam terhadap sebelas informan. Analisis isi *(content)* digunakan untuk menilai jawaban responden dan pesan komunikasi yang terjadi (Elo and Kyngäs, 2008; Flick and Schreier, 2014).

Telaah dokumen yang dilakukan tentang Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 05 tahun 2014, KMK Nomor 514 Tahun 2015 dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 tahun 2012. Ketiga peraturan ini merupakan satu rangkaian dengan isi yang sama. Perbedaan tahun menunjukkan adanya revisi yang telah dilakukan pada beberapa bagian.

Karakteristik informan sebagai berikut:

No	Nama	Jenis kelamin	Profesi	Tempat Kerja
1.	E	perempuan	psikiater,	Organisasi profesi
2.	H	perempuan	psikiater, staf pengajar psikiatri	Fakultas Kedokteran.
3.	G	perempuan	dokter	Konsil Kedokteran Indonesia Kementerian Kesehatan (Kemenkes)
4.	G	laki-laki	dokter	Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Kemenkes
5.	E	laki-laki	psikiater	Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza Kemenkes
6.	L	perempuan	dokter dan kepala puskesmas	Dinas Kesehatan DKI Jakarta
7.	L	perempuan	sarjana kesehatan masyarakat, kepala puskesmas	Dinas Kesehatan DKI Jakarta
8.	Y	perempuan	dokter puskesmas	Dinas Kesehatan Kab Bekasi
9.	A	laki-laki	sarjana hukum,	Kementerian Hukum dan Hak asasi manusia.
10.	A	perempuan	sarjana hukum, staf perancang hukum,	Biro Hukum Kemenkes
11.	A	laki-laki	doktor di bidang hukum , staf pengajar	Fakultas Hukum.

Hasil telaah dokumen dan wawancara digabung untuk saling melengkapi satu dengan lainnya. Analisis tentang riwayat KMK 514 dipaparkan dengan pembahasan tentang konteks, konten, aktor dan proses.

Persetujuan etik diperoleh dari Komisi Etik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes dan mendapatkan exemption dengan nomor surat LB 02.01/ 2/KE.165/2018 dan amandemen No LB 02.01/ 2/KE.304/2018

HASIL

Implementasi KMK 514 dipaparkan dengan beberapa topik terutama dari perspektif informan (Buse, Mays and Walt, 2005; Jones, Clavier and Potvin, 2017)

Konteks

Latar belakang KMK 514 tahun 2015

KMK 514 tahun 2015 merupakan pengganti Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) nomor 05 tahun 2014. KMK ini disusun berdasarkan standar kompetensi dokter Indonesia (SKDI) (KKI, 2012). Tingkat kompetensi untuk menangani kelima penyakit terebut adalah kompetensi 3A, kecuali insomnia dan somatoform yang memiliki tingkat kompetensi 4. Tingkat Kompetensi 4 dokter mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas. Kompetensi 4A adalah kompetensi yang dicapai pada saat lulus dokter sedangkan kompetensi 4B adalah kemahiran yang dicapai setelah selesai internship dan/atau Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB). Kompetensi 3A adalah dokter mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan yang bukan gawat darurat dan mampu menentukan rujukan yang tepat selanjutnya melanjutkan pengobatan sesudah pasien kembali dari fasilitas kesehatan rujukan (KKI, 2012).

Para informan pada umumnya tidak mengetahui tentang riwayat tersusunnya PMK 05 tahun 2014 dan KMK 514 tahun 2015 oleh karena umumnya telah terjadi pertukaran tugas serta staf yang terlibat. Situasi yang mempengaruhi penyusunan PMK 05 adalah pelaksanaan JKN yaitu kebutuhan akan batasan operasional jenis penyakit yang ditangani di FKTP. Penyusunan kebijakan ini diperlukan sebagai kendali mutu dan kendali biaya dalam rangka pelaksanaan JKN (Agustina *et al*., 2019).

> *…itu BPJS mau fasilitasi sistim rujukan. BPJS tidak mau semua pasien ditangani sampai ke atas. Misalnya di RSCM tidak bisa semua dikirim ke sana. Maunya poli RSCM itu untuk tingkat lanjut. Jadi harus diatur, kalau di RSU ada yang mempunyai diagnosis puskesmas maka tidak dibayar. Kalau RSU melakukan tindakan RS kelas di atasnya maka tidak dibayar meskipun tindakannya sama (informan 5).*

Pada awal penyusunan PMK 05/2014, Direktorat Bina Upaya Kesehatan (BUK) Dasar atau saat ini telah berganti nama menjadi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer (PKP) mengundang organisasi profesi (OP) serta lintas program untuk menyusun panduan praktik klinik bagi dokter Indonesia. Panduan ini telah dihasilkan sebelumnya oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yaitu Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia (Perkonsil) Nomor 11 tahun 2012. Selanjutnya dengan mempertimbangkan adanya beberapa penyakit atau gangguan jiwa yang dianggap cukup besar prevalensinya di masyarakat atau penyakit yang cukup penting, OP diminta menambahkan jenis gangguan jiwa. Pada awalnya, penyakit yang akan dimasukkan ke dalam PMK 05 adalah penyakit dengan kompetensi dokter 4A. Penyakit di bidang psikiatri dengan kompetensi 4A menurut SKDI antara lain somatoform dan insomnia saja. Selanjutnya dalam PMK 05 ditambahkan skizofrenia/psikosis, gangguan campuran cemas dan depresi dan demensia sehingga menjadi lima jenis gangguan jiwa (somatoform dihilangkan, insomnia tetap).

Sebagian besar responden tidak mengetahui bahwa PMK 05 /2014 dicabut pada tahun 2015 dan kemudian diganti dengan KMK Nomor 514 tahun 2015. Salah satu pertimbangan dikeluarkannya KMK 514 /2015 adalah perlunya penyesuaian PMK Nomor 05 Tahun 2014 tentang PPK bagi dokter di FKTP terhadap perkembangan hukum dan ilmu kedokteran.

Pada bidang psikiatri, somatoform kembali dicantumkan sehingga menjadi salah satu gangguan yang harus dapat ditangani di puskesmas. Sebelumnya dalam PMK 05 tidak tercantum somatoform.

Proses penyusunan PMK05, KMK 514

Penyusunan PMK 05 tahun 2014 dilakukan atas kebutuhan untuk menyusun standar operasional untuk pemberian layanan di FKTP. Sebelumnya pelayanan di FKTP hanya mengacu kepada buku

merah tata laksana obat yang dikeluarkan oleh Bina Upaya Farmasi (Binfar). Pada masa itu JKN baru diimplementasikan secara serentak di seluruh Indonesia. Proses penyusunannya tidak banyak diketahui informan dan seperti umumnya penyusunan naskah peraturan biasanya diwarnai dengan dinamika namun tetap sesuai prosedur yang berlaku yaitu melalui penetapan topik, pembahasan bersama sama program terkait, instansi terkait.

Saya tidak tahu ya pak bagaimana prosesnya tapi ini dari dokter ya pasti ada dinamisasi pembahasan pasti ada di tubuh asosiasi IDI sendiri" (informan 10).

Konten

Isi PMK 05 dan KMK 514 bersumber dari standar kompetensi dokter Indonesia (SKDI) yang diatur melalui Perkonsil. Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yaitu suatu institusi di bawah Kementerian Kesehatan bertugas mengkoordinir penyusunan SKDI. SKDI ditetapkan oleh organisasi profesi Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dengan jajarannya bersama sama utusan perwakilan Fakultas Kedokteran se Indonesia.

Pada saat itu ketua OP dan jajarannya tidak banyak mengetahui dasar pemilihan insomnia dan somatoform sebagai penyakit dengan kompetensi dokter tingkat 4, padahal insomnia dan somatoform adalah penyakit yang sulit didiagnosis.

Organisasi profesi pada waktu penyusunan ini yang menetapkan, jelas kalau di Kemenkes memilih yang kompetensi 4 persoalannya kami juga dari OP katanya sih OP tapi mereka juga tidak tahu hasil ini dari mana (informan 1).

OP psikiatri bersama Direktorat Bina Upaya Kesehatan Jiwa pada saat itu kemudian mengusulkan tambahan 3 penyakit yaitu skizofrenia atau psikosis, gangguan campuran cemas depresi dan demensia. Ketiga penyakit tersebut sebenarnya menurut SKDI adalah penyakit dengan tingkat kompetensi dokter 3A. Pemilihan diutamakan untuk penyakit dengan kompetensi 3 agar tidak terlalu banyak perbedaan dengan kompetensi 4.

Aktor

Meskipun tidak banyak informasi yang diperoleh mengenai sejarah terbentuknya PMK 05 ini, tiga orang informan menyebutkan Direktorat Bina Upaya Kesehatan (BUK) Dasar atau saat ini berubah nama menjadi Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer (PKP) sebagai inisiatornya. Biro Hukum Kementerian Kesehatan menindaklanjuti dengan melakukan beberapa kali rapat melibatkan unit kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan serta organisasi profesi.

Pelaksanaan KMK 514 di lapangan

Dokter puskesmas yang diwawancara tidak pernah menyebutkan peraturan baik PMK dan KMK. Dokter lebih mengutamakan tata laksana pengobatan sebaik baiknya sesuai sumber daya yang tersedia di puskesmas. Hal seperti ini juga diungkapkan informan lain.

Secara jujur kalau kami dampingi puskesmas ke lapangan, tidak semua dokter tahu PMK 05, saya tidak tahu akar masalahnya sehingga selalu yang di minta guideline, akhirnya secara jujur mereka pakai guideline dari kami (informan 2).

Pelaksanaan kebijakan ini juga bergantung pada individu dokternya. Pada sebagian dokter, perihal kompetensi tidak menjadi masalah dan mereka tidak terlalu memperhatikan bunyi KMK tetapi pada sebagian dokter atau mahasiswa dijadikan alasan untuk tidak menangani pasien, tetapi langsung melakukan rujukan.

Ada yang berjalan ada yang tidak… banyak tergantung leadership nya walaupun mereka bilang tidak ada obat tapi mereka bisa menyediakan obat, kalau yang lain ada yang berkilah (informan 1).

Monitoring, evaluasi dan sanksi

Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh unit kerja terkait di lingkungan Kemenkes, misalnya untuk gangguan jiwa, maka Direktorat Bina Upaya Kesehatan Jiwa (dahulu) atau Pengendalian dan Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza (P2MKJN).

Baik PMK 05 / 2014 maupun KMK 514 /2015 tidak memiliki aturan terkait sanksi. Dengan demikian tidak bisa dijatuhkan sanksi terhadap pelanggaran peraturan terkait hal ini. Meskipun tidak terdapat sanksi, tetapi institusi tempat dokter bekerja akan mengalami kerugian apabila tidak mematuhi peraturan ini. Sebagai contoh, akibat tidak menjalankan tugas pelayanan dengan baik maka pasien akan banyak dirujuk. Bila rujukan terlalu banyak maka institusi FKTP akan mendapat teguran dari BPJS Kesehatan.

Kerugian bila terlalu banyak merujuk maka kapitasi akan turun. Kita menggunakan kapitasi berbasis komitmen (KBK), akan turun grade kapitasinya (informan 4).

Berdasarkan sudut pandang hukum, apabila PPK mensyaratkan kompetensi tingkat 3 untuk penyakit tertentu, maka dokter sebaiknya menjalankan sesuai apa yang tertera pada PPK. Hal ini untuk antisipasi terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan misalnya adanya keluhan atau tuntutan pasien atau keluarga terhadap dokter. Apabila dokter melakukan tindakan di luar kompetensinya dan terjadi kesalahan, maka hal itu akan diproses secara hukum serta dapat berdampak negatif terhadap dokter.

Investigator akan gampang mengungkap bila terjadi kesalahan. Bagi terdakwa itu negatif karena menjadi gampang diinvestigasi. Tetapi kalau kita berpikir perlindungan masyarakat ini positif karena sudah ada rule yang mengatakan kompetensi minimum to do that adalah 3A (informan 11).

Kemampuan puskesmas menangani skizofrenia, campuran cemas dan depresi, demensia, somatoform dan insomnia

Dari tiga informan asal puskesmas yang ditanya, semua menjawab penyakit di bidang psikiatri yang tercantum pada KMK 514 dapat ditangani di puskesmas. Penyakit atau gangguan yang belum dapat dilayani di puskesmas misalnya psikotik dengan gaduh gelisah, psikotik pada remaja, demensia berat, dan depresi dengan ancaman bunuh diri. Dokter puskesmas sependapat bahwa apabila kasus tenang dan ringan sebaiknya ditatalaksana di puskesmas saja**.**

Untuk yang demensia mungkin ya (dirujuk). Depresi asal yang tidak ada calon bunuh diri, psikotik juga asal bukan gaduh gelisah, bukan remaja anak anak itu yang bisa (informan 6).

Rujukan dan rujuk balik gangguan jiwa di puskesmas.

Berdasarkan wawancara tidak tampak adanya masalah dalam proses mengirim rujukan. RS yang dituju dapat menerima beberapa penderita yang dirujuk, bahkan ada puskesmas yang merujuk langsung ke pelayanan kesehatan tingkat tersier oleh karena sudah memiliki hubungan kerja sama yang baik.

Saya rujuk nya ke Soeharto Hoerjan karena RSUD X saya tanya tidak ada injeksi. Saya biasanya potong kompas karena dari Soeharto Hoerjan memang tahu perjuangan saya menangani pasien. Kadang saya wa dulu besoknya langsung datang dijemput. Saya jelaskan dulu. Dari BPJS alhamdulilah dicover aja. Bahkan pasien saya umumnya tidak ada BPJS, sebetulnya itu tidak boleh langsung ke Soeharto Hoerjan, tapi saya hubungi Dinas social (informan 8).

Setelah mendapatkan pengobatan atau perawatan di RS atau RSJ seharusnya pasien dirujuk balik ke puskesmas. Menurut peraturan BPJS setelah pasien mendapat pengobatan di RS rujukan selanjutnya dirujuk balik ke puskesmas.

Apotik rujuk balik BPJS tidak jauh dari puskesmas. Cuma obat jiwa tidak ada disediakan oleh apotik. Adanya hipertensi, DM, jiwa tidak disediakan. Dengan tidak adanya sediaan jiwa kami inisiasi agar puskesmas sediakan mengadakan obat obatan tadi dengan harapan puskesmas mengobati mereka agar tidak perlu ambil di Apotik BPJS tapi di apotik puskesmas saja. Persoalan timbul surat rujuk balik tidak diberikan sering tidak diberikan kalau saya bicara begini banyak RS yang protes, tapi kenyataan banyak yang tidak tulis (informan 5).

Dari pernyataan di atas tampak bahwa mekanisme rujukan dan rujuk balik sudah ada, hanya dalam pelaksanaannya terdapat beberapa kendala antara lain apotik tidak menyediakan obat jiwa sesuai resep terakhir dari fasilitas kesehatan rujukan dan ketidak patuhan dokter FKRTL memberikan surat rujuk balik. Adapun apotik enggan menyediakan obat jiwa oleh karena permintaan dirasakan kecil secara kuantitas.

Ketersediaan obat psikofarmaka

Informan yang bertugas di ibukota mengatakan tidak mempunyai masalah dengan ketersediaan obat. Hal ini disebabkan umumnya puskesmas di Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta mempunyai status badan layanan umum daerah (BLUD) sehingga dapat membeli obat-obatan sendiri. Hal ini ditambah dengan ketersediaan apotik rujuk balik di sekitarnya.

Obat rujuk balik kan gak masalah ya. Tidak pakai uang BLUD. Resep dari dokter diambil di apotik rujuk balik. Dan apotiknya ada. Uang BPJS yang dipakai untuk obat rujuk balik melalui apotik.

Waktu itu ada yang obatnya tidak ada obatnya di apotik. Pasien itu sudah mengeluh, tapi kami bisa adakan jadi kita resepkan. Risperidone tidak ada kami yang adakan (informan 8).

Situasi yang berbeda dialami puskesmas di provinsi dan kabupaten lain di sekitar ibukota. Dokter puskesmas mengatakan puskesmas tidak memiliki obat psikofarmaka yang memadai baik dari jumlah maupun jenis obat. Pada saat mengajukan permintaan obat ke Dinas Kesehatan, petugas di Dinas Kesehatan mengatakan obat yang tersedia di gudang sangat terbatas sehingga tidak dapat memberikan jumlah obat sesuai permintaan.

Menurut keterangan dari staf Kemenkes, ketersediaan obat sangat tergantung pada rencana kebutuhan obat (RKO) puskesmas. Kepala puskesmas sering mengajukan permintaan obat dengan dasar jumlah pasien yang kecil oleh karena data kunjungan pasien gangguan jiwa jumlahnya sedikit di puskesmas dan mengabaikan upaya manajemen lainnya.

Itu yang saat ini kami juga ingatkan teman program lain yaitu mereka banyak terfokus membuat pedoman tata laksana teknis medis mereka lupa bagaimana manajemennya? bagaimana ketersediaan alat-alatnya? sarana prasarana itu juga harus mereka lakukan sebagai pengelola programnya (Informan 4).

PEMBAHASAN

Pada dasarnya dua penyakit di bidang psikiatri yaitu insomnia dan somatoform kurang tepat untuk digolongkan sebagai penyakit yang harus dikuasai dokter di FKTP. Alasannya adalah insomnia merupakan gejala dan dapat menjadi bagian dari penyakit fisik dan non fisik lain. Hal yang sama dengan somatoform yang merupakan penyakit yang sangat sulit ditegakkan diagnosisnya bagi dokter umum. (Idaiani, 2016) Pasien yang terindikasi gangguan jiwa umumnya datang dengan gejala kurang bertenaga, lelah, nyeri kepala tegang, nyeri dada dan bermacam gejala somatik sehingga memerlukan keterampilan khusus bagi dokter dalam penegakan diagnosis. (Azam *et al*., 2019)

Saat ini SKDI yang baru akan segera diterbitkan oleh KKI. Majelis Kolegium Psikiatri telah, mengusulkan penyakit-penyakit yang diberi tingkat kompetensi 4 antara lain gangguan psikotik akut, skizofrenia tanpa penyulit, skizofrenia dengan penyulit *extra pyramidal syndrome* (EPS), gangguan penyesuaian, gangguan depresi ringan sampai sedang, gaduh gelisah non organik dan keadaan kegawatdaruratan karena efek samping obat (distonia, parkinsonisma). Somatoform dan insomnia diusulkan diturunkan tingkat kompetensinya menjadi 2 oleh karena sulit sulit menegakkan diagnosis somatoform, sedangkan insomnia lebih banyak merupakan keadaan sekunder akibat penyakit lain.

Dokter lebih mengutamakan tata laksana pengobatan sesuai sumber daya yang tersedia di puskesmas dan bukan berdasarkan KMK 514. Kenyataan ini menunjukkan bahwa dokter tidak mendapatkan sosialisasi yang cukup tentang peraturan ini dan bahkan mungkin pada banyak peraturan kebijakan di bidang kesehatan.

Hal terkait tingkat kompetensi, tidak menjadi perhatian bagi dokter puskesmas dan mereka tidak terlalu memperhatikan bunyi KMK, Kurangnya perhatian terhadap hal ini membuktikan bahwa dokter lebih mengutamakan pelayanan dan tidak mempersoalkan tingkat kompetensi.

KMK 514 tidak mencantumkan sanksi sehingga pelanggaran terhadap kebijakan ini belum diatur pelaksanaannya. Sebuah kebijakan selayaknya jelas bunyinya, dapat dijalankan oleh semua unsur terkait, para pelaksana mempunyai keleluasaan untuk menjalankan, sistem yang handal untuk pemantauan pelaksanaan, ada dokumentasi dan ada sanksi apabila terjadi pelanggaran. Pelaksanaan kebijakan harus didukung oleh sistem yang baik (Whiteford, 2005). Di samping itu, keberhasilan pelaksanaan sebuah kebijakan dipengaruhi beberapa faktor antara lain hukum (peraturan) tersebut, penegakan hukum, sarana dan fasilitas penunjang, masyarakat serta budaya (Friedman, 1975). Pembinaan atau teguran dapat dilakukan apabila terjadi hal-hal yang menyebabkan pelaksanaan kebijakan tidak berjalan seperti yang diharapkan.

Pada kondisi di mana dokter dihadapkan untuk memberikan pelayanan dengan tingkat kompetensi yang tidak sesuai dengan peraturan, dapat diatasi dengan pelatihan pelatihan serta surat penugasan khusus sehingga dokter terlindung dari kemungkinan adanya masalah hukum. Pelimpahan wewenang sudah biasa dilakukan di negara lain di mana dokter masih terbatas jumlahnya terutama di pedesaan (Rao *et al*., 2013; Carryer and Adams, 2017).

Dokter puskesmas yang diwawancara mengaku pada prinsipnya mereka mampu mengobati pasien gangguan jiwa terutama derajat ringan sampai sedang, namun kasus rujukan tidak dapat dihindari

karena banyak pasien datang dengan indikasi gawat darurat di samping adanya masalah penyediaan obat-obatan. Dari hasil wawancara diketahui adanya masalah pada ketersediaan obat psikotopika. Obat psikotropika sangat terbatas terutama untuk pasien pasca rujukan dari FKRTL. Hal ini terjadi terutama di daerah non ibukota. Untuk memenuhi obat-obatan bagi pasien pasca rujukan, sistem yang ada sebenarnya sudah diciptakan yaitu melalui adanya apotik yang bekerja sama dengan BPJS, namun kenyataannya apotik yang bekerja sama masih langka atau tidak menyediakan obat gangguan jiwa karena kasusnya kecil sehingga berpotensi merugikan. Pada kondisi demikian diperlukan keseriusan pemerintah dalam menangani penyediaan obat-obatan ini dan seharusnya negara wajib menjamin persediaan obat (Wirtz, Hogerzeil and Gray, 2017).

Stok obat psikotropika di puskesmas minim karena diusulkan oleh puskesmas dan juga oleh Dinas Kesehatan berdasarkan data kasus yang kecil. Sebenarnya hal ini dapat disiasati dengan data-data prevalensi hasil survei yang ada misalnya Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Seperti di negara lain, kemampuan dokter mengobati gangguan jiwa cukup baik, namun pengetahuan dokter tentang obat termasuk manajemennya masih minim (Rahman, *et al.*, 2019).

Masalah ketidaktersedianya obat-obatan diperberat dengan minimnya apoteker di puskesmas yaitu hanya 10 persen puskesmas yang memiliki apoteker. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2011). Pada sebuah penelitian bahkan ditemukan banyak puskesmas tanpa apoteker dan hal ini semakin besar permasalahannya pada puskesmas rawat inap (Supardi *et al*., 2012).

Pelayanan kesehatan untuk penderita gangguan jiwa terutama di puskesmas perlu ditingkatkan. Sampai dengan saat ini FKRTL yang tersedia untuk pelayanan jiwa masih sangat terbatas. Berdasarkan Rifaskes 2011, hanya 32,5 persen Rumah Sakit Umum (RSU) milik pemerintah yang mempunyai poliklinik jiwa, dan hanya 8,1 persen RSU milik pemerintah yang mempunyai rawat inap jiwa. (Idaiani and Riyadi, 2018) Rumah Sakit Jiwa (RSJ) pada umumnya hanya tersedia satu RSJ di setiap provinsi, bahkan masih terdapat tujuh provinsi yang tidak mempunyai RSJ (ASEAN, 2016).

Dengan jumlah FKRTL yang terbatas, selayaknya FKTP terutama puskesmas diperkuat. Hasil penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa sebagian besar rumah tangga yang mempunyai keluarga yang menderita skizofrenia dan psikosis sebenarnya dapat mencapai puskesmas atau puskesmas pembantu dalam waktu < 2 jam (Idaiani and Raflizar, 2017). Penguatan puskesmas sangat ditentukan oleh kompetensi yang diberikan kepada dokter puskesmas atau FKTP untuk menangani pasien skizofrenia dan psikosis.

Pemeritah Indonesia telah menginisiasi menyusun daftar penyakit sesuai tingkat fasilitas pelayanan dan pemberi layanannya. KMK ini salah satu kebijakan yang disusun untuk keperluan itu. Pada era JKN saat ini disyaratkan adanya peraturan yang menetapkan jenis pelayanan di setiap tingkatan fasilitas kesehatan, jumlah dan kompetensi tenaga kesehatan, pedoman di samping persyaratan di bidang input dan proses lainnya (Agustina *et al*., 2019).

Keterbatasan kajian ini antara lain hanya melibatkan informan dari dua wilayah yaitu ibukota serta kabupaten di dekat ibukota. Hasil yang diperoleh hanya menggambarkan kondisi dan situasi pelaksanaan KMK 514 khususnya pada bidang kesehatan jiwa di daerah ibukota dan sekitarnya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

KMK 514/2015 adalah sebuah produk hukum yang dibentuk berdasarkan kewenangan yang berisi tentang jenis penyakit serta kompetensi dokter di puskesmas. Penetapan diagnosis insomnia dan somatoform kurang tepat sebagai diagnosis yang harus dikuasai dokter puskesmas. Dokter puskesmas lebih mengedepankan pelayanan bagi pasien dan merasa mampu mengobati pasien gangguan jiwa terutama kasus non gawat darurat, namun mereka kurang memperhatikan aspek tingkat kompetensi dan bentuk kebijakan. Ditemukan masalah ketersediaan obat-obatan untuk pasien gangguan jiwa terutama karena stok yang terbatas serta jumlah kasus kecil dan perencanaan yang tidak baik. Masalah obat lainnya adalah obat rujuk balik pasien gangguan jiwa yang tidak tersedia bahkan di apotik yang ditunjuk. Tidak adanya sanksi terhadap pelanggaran peraturan menyebabkan pelaksanaan kebijakan tidak berjalan optimal.

Saran

Saran kebijakan agar pelaksanaan KMK yang mengatur hal yang sama menjadi lebih optimal adalah agar Kementerian Kesehatan

segera mengeluarkan perbaikan KMK antara lain menghilangkan insomnia dan somatoform dari daftar penyakit yang harus dikuasai dokter di pelayanan tingkat pertama dan menerima masukan yang telah diberikan organisasi profesi psikiater. Diperlukan sosialisasi untuk para dokter puskesmas tentang KMK 514 atau penggantinya kelak agar dokter turut memperhatikan apek non medis dalam menjalankan tugas. Di samping itu diperlukan penegakan hukum atau sanksi agar kebijakan berjalan optimal .

Masalah yang terkait dengan pengajuan rencana kebutuhan obat dapat diatasi dengan pemanfaatan data-data jumlah kasus gangguan jiwa berdasarkan hasil survey dan tidak hanya berdasarkan data jumlah kasus yang terdapat di puskesmas. Pemerintah harus menjamin obat-obat bagi pasien rujuk balik dengan diagnosis gangguan jiwa di puskesmas atau di apotik yang ditunjuk.

Meskipun dokter tidak mempermasalahkan tingkat kompetensi karena kurangnya sosialisasi, tetapi pemerintah wajib melindungi dokter yang bekerja di puskesmas dengan pemberian surat penugasan khusus pada saat memberikan pengobatan bagi pasien dengan gangguan jiwa yang jenisnya non tingkat kompetensi 4. Pilihan lain yaitu dengan memberikan tingkat kompetensi sesuai ada tidaknya faktor penyulit sesuai saran yang diberikan organisasi profesi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tim penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dan segenap pejabat struktural bidang Pelayanan kesehatan yang telah memfasilitasi kajian ini sehingga dapat dilaksanakan dengan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

Anjara, S.G. *et al.* (2019) 'Can General Practitioners manage mental disorders in primary care? A partially randomised, pragmatic, cluster trial', *PLoS ONE*, 14(11), pp. 1–26. doi: 10.1371/journal.pone.0224724.

Agustina, R. *et al*. (2019) 'Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges', The Lancet, 393(10166), pp. 75–102. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31647-7.

Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) (2016) ASEAN Mental Health Systems, The ASEAN Secretariat. doi: 10.4135/9781412952569.n105.

Azam, N.Masood S, Maroof S *et al*. (2019) 'Mental health in primary health care; a need assessment study', Pak Armed Forces Med J 2019; 69 (6):, pp. 1189–1194.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2011. (2011) Laporan Riset Fasilitas Kesehatan 2011.

Buse, K., Mays, N. and Walt, G. (2005) Making Health Policy. Maidenhead: Open University Press. Open University Press.

Carryer, J. and Adams, S. (2017) 'Nurse practitioners as a solution to transformative and sustainable health services in primary health care: A qualitative exploratory study', Collegian. Australian College of Nursing Ltd, 24(6), pp. 525–531. doi: 10.1016/j.colegn.2016.12.001.

Elo, S. and Kyngäs, H. (2008) 'The qualitative content analysis process', Journal of Advanced Nursing, 62(1), pp. 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

Flick, U. and Schreier, M. (2014) 'Qualitative Content Analysis', The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis, pp. 170–183. doi: 10.4135/9781446282243.n12.

Friedman, L. M. (1975) The legal system a social science perspective. New York: Russell Sage Foundation.

Idaiani, S. (2016) 'Penyakit-penyakit di Bidang Psikiatri yang Harus Dituntaskan di Puskesmas', *Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 05(01), pp. 168–175.

Idaiani, S. and Raflizar, R. (2017) 'Factors Contributing to Shackling Practice of Psychotic People in Indonesia)', Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, 18(1). doi: 10.22435/hsr.v18i1.4264.11-17.

Idaiani, S. and Riyadi, I. (2018) 'Sistem Kesehatan Jiwa di Indonesia : Tantangan untuk Memenuhi Kebutuhan Mental Health System in Indonesia : A Challenge to Meet The Needs', 2(2), pp. 70–80.

Jones, C. M., Clavier, C. and Potvin, L. (2017) 'Adapting public policy theory for public health research: A framework to understand the development of national policies on global health', Social Science and Medicine. Elsevier Ltd, 177, pp. 69–77. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.048.

Konsil Kedokteran Indonesia (2012) Standar Kompetensi Dokter Indonesia. 2012

NIHRD (National Institute of Health Research and Development) Ministry of Health of Republic of Indonesia (2018) *Laporan Riset Ketenagaan di Bidang Kesehatan (RISNAKES) Puskesmas Tahun 2017*, *Primary Care*. Jakarta. doi: 10.1111/j.1469-0691.2011.03558.x/pdf.

Paton, C. (2016) Health Policy: Overview. Second Edi, International Encyclopedia of Public Health. Second Edi. Elsevier. doi: 10.1016/B978-0-12-803678-5.00191-0.

Rahman T, Amjad T,Minhas F, *et al* . (2019) 'Integration of mental health into primary health care', Pak Armed Forces Med J; 69 (Suppl-2): pp. 286–293.

Rao, K. D. *et al*. (2013) 'Which doctor for primary health care? Quality of care and non-physician clinicians in India', Social Science and Medicine. Elsevier Ltd, 84, pp. 30–34. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.018.

Supardi, S. *et al*. (2012) 'Evaluasi Peran Apoteker Berdasarkan Pedoman Pelayanan Kefarmasian Di Puskesmas', Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 22(4 Des), pp. 190–198. Available at: http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/view/2915.

Wirtz, V. J., Hogerzeil, H. V. and Gray, A. L. (2017) 'Essential medicines for universal health coverage – Authors' reply', The Lancet, 389(10082), pp. 1881–1882. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31209-6.