

PENGETAHUAN, TINGKAH LAKU, DAN TINDAKAN KLINIS DOKTER UMUM PADA PENATALAKSANAAN BPH

Kuncoro Adi, Ferry Safriadi, Suwandi Sugandi, Zulhardi Haroen, Bambang S. Nugroho, Tjahjodjati

ABSTRACT

Objective: To evaluate the Primary Care Physician's (PCPs) knowledge, attitude and clinical behavior in managing patients with BPH, as an input in the review of BPH guideline of Indonesian Urology Association. **Material & method:** The mailing included a cover letter, a questionnaire consisting of a 10 questions survey, a survey instrument and a post-paid envelope. The 10 questions survey was validated according to the BPH guideline by Indonesian Urology Association (IUA). PCPs who work in district health offices and are registered in the district health office of Indonesian Health Ministry in Bandung, were selected as respondents. **Results:** The sampled primary care physicians working in 71 district health offices 75% responded. The BPH guideline was unknown to 83% of the respondents, published by the Indonesian Urology Association, although 88% of PCPs knew about the symptoms of BPH, only 32% heard about an International Prostate Symptoms Score. However, only 13% reported to apply this symptoms score. Regarding to examination mandatory, according to the guideline, 64% of PCPs reported to perform a digital rectal examination, and 47% reported to order an urinalysis test. The recommended test such as PSA and serum creatinine level was only asked by 24% and 60% respectively. Only 21% of the PCPs knew about uroflowmetry, but never ordered this test. For treating BPH, 47% of PCPs reported using α blockers and 2% using finasteride. Referral was conducted by PCPs mostly because of urinary retention and hematuria. Referral of patients to an urologist was done by 70% of PCPs, the others referred to a general surgeon or general internist. **Conclusion:** Although PCPs play a role up to certain extent in the diagnosis and management of BPH, most of them seem not interested in looking for reference.

Keywords: BPH guideline, serum creatinine, urinary retention, hematuria

Correspondence: Kuncoro Adi, c/o: Sub Bagian Urologi, FK Universitas Padjadjaran/RS. Hasan Sadikin. Jl. Pasteur No. 38 Bandung.

PENDAHULUAN

Panduan praktek klinis dirancang untuk membantu dokter dan pasien, mengambil keputusan pilihan perawatan kesehatan yang tepat, untuk keadaan klinis tertentu.^{1,2} Untuk panduan *benign prostate hiperplasia* (BPH), sedikitnya 15 panduan telah diterbitkan di seluruh dunia.³ Beberapa panduan ini telah diperbarui, untuk mencerminkan perubahan dalam pengertian perjalanan alamiah BPH, dan pilihan pengobatan yang tersedia. Meskipun sebagian besar panduan tersebut ditujukan untuk penggunaan oleh ahli urologi, beberapa juga ditargetkan untuk digunakan dokter umum (DU), termasuk panduan BPH yang telah diterbitkan oleh Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI).

Peningkatan keterlibatan dokter umum dalam tatalaksana gangguan prostat, telah berlangsung sejak akhir tahun 1990.⁴ Akhir-akhir ini, beberapa modalitas farmakologis BPH, seperti penyakit adrenergik α (terazosin, doxazosin, dan tamsulosin), penyakit 5α -

reductase (finasteride dan dutasteride) dan ketersediaan mereka, dapat berakibat lebih banyak dokter umum merawat sendiri pasien BPH, dengan rujukan lebih sedikit.⁵ Untuk merawat pasien secara tepat, dokter umum seharusnya mengenal tidak hanya gejala dan prevalensi pembesaran prostat, tapi juga proses penyakit yang mendasari, pilihan perawatan, hasil, dan indikasi untuk rujukan ke ahli urologi.

Untuk penelitian ini, survei diadakan pada tahun 2006, dengan mengevaluasi ketrampilan dokter umum, khususnya yang bekerja sebagai dokter perawatan primer, yang terkait dengan diagnosis dan perawatan BPH, dan juga mempelajari kecenderungan rujukan urologi. Evaluasi ini bertujuan untuk memberikan kontribusi, sebagai masukan dalam tinjauan panduan BPH dari IAUI.

TUJUAN PENELITIAN

Mengevaluasi pengetahuan, tingkah laku, dan tindakan klinis dokter umum, dalam menangani pasien

BPH, sebagai masukan untuk tinjauan panduan BPH Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI).

BAHATAN CARA

Dokter umum yang bekerja di pusat kesehatan masyarakat, dan terdaftar di Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Indonesia di Bandung, dipilih sebagai responden. Bandung adalah ibukota Propinsi Jawa Barat dengan populasi 2,3 juta, yang dilayani oleh 71 pusat kesehatan masyarakat.

Paket yang dikirim, meliputi surat pengantar, kuesioner yang terdiri dari survei 10 pertanyaan, instrumen survei, dan amplop dengan perangko balasan. Suatu survei dengan 10 pertanyaan divalidasi berdasarkan panduan BPH oleh IAUI.

Sepuluh pertanyaan survei dirancang untuk menilai para dokter umum, dalam tatalaksana pembesaran prostat. Pertanyaan tersebut mewakili pengetahuan, sikap, tindakan klinis, dan pola rujukan kepada ahli urologi. Pertanyaan survei dibagi menjadi 3 kategori. Pada kategori pertama, dokter umum ditanya mengenai pengetahuan tentang panduan BPH yang telah diterbitkan IAUI, *lower urinary tract symptoms* (LUTS), colok dubur untuk pemeriksaan prostat, PSA, uroflowmetri, perawatan medis, dan indikasi

untuk rujukan ke ahli urologi. Kemudian dokter umum diminta menjawab kategori kedua, yaitu tentang penting atau tidaknya melakukan butir tersebut. Pada kategori terakhir, mereka diminta menjawab tentang seberapa sering penggunaan butir tersebut, untuk pasien dengan gejala pembesaran prostat.

HASIL PENELITIAN

Lima puluh tiga (75%) dari 71 pusat kesehatan masyarakat mengembalikan survei. Di antara para responden, 35 (66%) dokter umum adalah wanita dan 18 (34%) adalah pria, dengan jumlah tahun praktek 8,7 tahun (SD 4,3).

Sebanyak 25 responden (47%) mengatakan menggunakan penyalak adrenergik α , satu responden (2%) menggunakan *5 α -reductase inhibitor*, dan 3 responden (4%) menggunakan obat-obatan fitofarmaka.

Didapatkan 42 responden (77%) menyatakan mereka tahu indikasi untuk rujukan perawatan tingkat yang lebih tinggi, 31 responden (58%) dan 5 responden (9%) rujukan dilakukan oleh dokter umum sehubungan dengan retensio urine dan hematuria, dan enam responden (10%) memberikan jawaban yang tidak jelas untuk indikasi rujukan.

Tabel 1. Pengetahuan dokter umum

	Yang Tahu (%)	Yang Tidak Tahu (%)
Panduan BPH	9 (17%)	44 (83%)
LUTS	47 (88%)	6 (12%)
IPSS	17 (32%)	36 (68%)
Colok dubur untuk pemeriksaan prostat	43 (81%)	10 (19%)
PSA	22 (41%)	31 (59%)
Uroflowmetri	11 (21%)	42 (79%)
Perawatan medis BPH	28 (53%)	25 (47%)
Indikasi untuk penyerahan	41 (77%)	12 (23%)

Tabel 2. Tingkah laku dokter umum

	Tes	Ya n (%)	Tidak n (%)
Wajib	Colok dubur	36 (68%)	17 (32%)
	Urinalis	31 (59%)	22 (41%)
Rekomendasi	PSA	15 (28%)	28 (72%)
	Kadar kreatinin	33 (63%)	20 (37%)
	IPSS	11 (21%)	42 (79%)
Pilihan	Uroflowmetri	8 (15%)	45 (85%)

Tabel 3. Tindakan klinis dokter umum

Panduan BPH IAUI	Tes	n/% Rutin	n/% Selektif	n/% Tidak Pernah
Wajib	DRE	7 (13%)	27 (51%)	19 (36%)
	Urinalisis	4 (7%)	21 (40%)	28 (53%)
Rekomendasi	PSA	1 (2%)	12 (22%)	40 (76%)
	Level kreatinin	2 (4%)	30 (56%)	21 (40%)
	IPSS	0	7 (13%)	46 (87%)
Pilihan	Uroflowmetri	0	0	53 (100%)

Dokter umum juga ditanya apabila ada indikasi rujukan pasien dengan gejala pembesaran prostat, kepada disiplin spesialis mana pasien akan dirujuk. Sebanyak 39 responden (73%) akan merujuk pasien mereka ke ahli urologi, 10 responden (19%) merujuk ke ahli bedah umum, dan 4 responden (8%) merujuk ke ahli penyakit dalam.

Dari penelitian ini, ditemukan bahwa 83% responden tidak mengetahui adanya panduan BPH yang telah diterbitkan IAUI. Meskipun 88% dokter umum tahu tentang gejala BPH, hanya 32% yang pernah mendengar adanya *international prostate symptom score* (IPSS), tetapi hanya 13% yang melaporkan penggunaan IPSS.

Tentang pemeriksaan yang diwajibkan dalam panduan, 64% dokter umum melaporkan melakukan colok dubur, dan 47% dilaporkan melakukan urinalisis. Uji yang direkomendasikan seperti PSA dan kadar kreatinin serum, hanya ditanyakan oleh 24% dan 60% dokter umum. Hanya 21% dokter umum tahu tentang uroflowmetri, tetapi tidak ada yang menggunakan pemeriksaan tersebut. Sebanyak 47% dokter umum melaporkan pemberian penyakit α , dan 2% menggunakan finasteride dalam perawatan BPH. Rujukan dari dokter umum terutama akibat dari retensio urine dan hematuria. Sebesar 70% dokter umum akan merujuk pasien ke ahli urologi, sedangkan sisanya melakukan rujukan ke ahli bedah umum dan ahli penyakit dalam.

PEMBAHASAN

Berdasarkan analisis, ditemukan bahwa banyak dokter umum mengadakan praktek sehari-hari mereka dalam manajemen gejala pembesaran prostat, tidak menggunakan panduan yang tepat. Panduan akan membantu praktisi untuk menyelenggarakan perawatan kesehatan sesuai standar. Kamus Oxford mendefinisikan sebuah panduan, sebagai prinsip atau kriteria yang membimbing atau mengarahkan suatu tindakan. Pengembangan dan penggunaan panduan dalam praktek medis sudah umum, meskipun banyak yang tidak berdasarkan bukti yang kuat, tetapi berdasarkan pilihan pribadi dan pengalaman klinis

para klinisi penulis. Panduan praktek klinis telah didefinisikan sebagai pertanyaan yang dikembangkan secara sistematis, untuk membantu dokter dan pasien mengambil keputusan, tentang perawatan kesehatan yang tepat untuk keadaan klinis tertentu.¹

IAUI telah menerbitkan panduan BPH, yang bertujuan untuk digunakan oleh ahli urologi Indonesia, dokter umum, dan dokter spesialis lainnya untuk mencapai perawatan standar, dalam menangani gejala pembesaran prostat. Dalam penelitian ini, ditemukan sejumlah kecil dokter umum yang mengetahui adanya panduan BPH, yang diterbitkan IAUI. Kerugian yang dapat terjadi apabila dokter umum tidak menggunakan panduan tertentu, adalah timbulnya ketidakpastian dalam diagnosis, dan penanganan medikamentosa penyakit pembesaran prostat.⁶

Dengan berkembangnya peran dokter umum dan ketersediaan perawatan nonbedah untuk BPH, dokter umum menangani lebih banyak pasien BPH yang sebelumnya ditangani oleh ahli urologi, tetapi banyak dokter umum tidak menggunakan cara yang direkomendasikan untuk diagnosis BPH, yang digunakan oleh sejawat ahli urologi yang lebih berpengalaman.^{5,7} Schrijvers di Belanda menemukan bahwa dokter umum memiliki peran sentral, dan bertindak sebagai penjaga pintu untuk semua perawatan sekunder lanjutan.⁸

Untuk meningkatkan pengetahuan dokter umum, informasi panduan BPH harus diperkenalkan kepada mereka dengan berbagai cara. Publikasi panduan BPH harus lebih disebarluaskan. Perawatan bersama (*shared care*) untuk penyakit prostat, antara dokter umum dan ahli urologi, merupakan salah satu cara yang dapat diterapkan. Keuntungan bagi dokter umum dalam pendekatan perawatan bersama untuk penyakit prostat, adalah kesempatan dokter umum untuk memperluas pengetahuan tentang penyakit prostat, mengembangkan ketrampilan baru, keuntungan kerjasama tim, dan perawatan pasien yang lebih baik, sehingga pasien dapat lebih terbuka dengan tenaga kesehatan yang lebih mereka kenal secara dekat.

Sedangkan keuntungan untuk ahli urologi, adalah mengurangi biaya rumah sakit dan waktu tunggu pembedahan, deteksi dini kanker prostat, meningkatkan rujukan yang lebih sesuai, lebih banyak waktu tersedia bagi pasien yang memerlukan penanganan spesialis, hubungan yang lebih kuat dengan dokter di masyarakat, dan perawatan pasien yang lebih baik.

Pasien juga mendapatkan keuntungan, yaitu meliputi penurunan kunjungan ke rumah sakit, waktu tunggu, akses yang lebih mudah untuk nasihat medis lokal, kesinambungan perawatan yang lebih baik dan perawatan lanjutan yang lebih baik, dan kontak yang lebih banyak dengan dokter umum yang lebih mengenal tentang riwayat kesehatan dan sosial mereka.^{9,10}

Dalam penelitian ini, meskipun 32% dokter umum mengenal adanya IPSS dan perannya dalam panduan praktek klinis, hanya 13% yang menggunakannya. Bahkan, langkah pertama dalam mendeteksi penyakit pembesaran prostat, sangat mudah bagi dokter umum untuk dilakukan dalam kunjungan rutin, yaitu dengan menanyakan tiga pertanyaan, (1) apakah pasien bangun pada malam hari untuk berkemih, (2) apakah aliran kencing berkurang, (3) apakah pasien terganggu oleh gejala berkemih.^{9,10} Ketiga pertanyaan tersebut dapat digunakan oleh dokter umum, dalam penapisan adanya penyakit pembesaran prostat pada pasien, jika lembar IPSS tidak tersedia di tempat praktek.

Pada penelitian Kim dan Stern, pemeriksaan terbanyak yang dilakukan dalam penanganan BPH dilakukan oleh dokter umum, meliputi colok dubur (92%), urinalisis (88%), kadar kreatinin serum (66%), dan PSA (62%).¹¹ Dibandingkan dengan penelitian ini, didapatkan persentase yang lebih rendah pada dokter umum di Bandung, dalam melakukan pemeriksaan tersebut. Untuk perawatan BPH, 85% responden dilaporkan memberikan penghambat alfa, tetapi dokter keluarga lebih sering meresepkan doxazosin (41%). Pada penelitian ini, 47% dokter umum memberikan terazosin untuk pasien mereka.

Colok dubur dan tes PSA bermanfaat dalam penapisan kanker prostat. Bukti kuat menunjukkan, bahwa dengan peningkatan dramatis deteksi kanker pada awal dekade 1990, dan efektifitas deteksi PSA, saat ini hanya ada sedikit pria dideteksi dengan kanker yang secara klinis bermakna di negara barat.¹² Dengan peningkatan ketrampilan klinis colok dubur dan tes PSA, pada semua pasien dengan gejala pembesaran prostat oleh dokter umum di Indonesia, kanker prostat akan ditemukan di stadium yang lebih awal.

SIMPULAN

Meskipun dokter umum berperan penting pada bagian tertentu dalam diagnosa dan manajemen BPH, kebanyakan dari mereka tidak tertarik untuk mencari referensi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Lohr KN, Felt MJ. A provisional instrument for assessing clinical guidelines. In: Felt MJ, Lohr KN, eds. Guidelines for clinical practice: From development to use. Washington DC: National Academy Press; 1992. p. 346 - 410.
2. Speakman MJ, Kirby RS, Joyce A, Abrams P. Guidelines for the primary care management of male lower urinary tract symptoms. BJU Int 2004; 93: 985 - 90.
3. Roehrborn CG, Bartsh G, Kirby RS. Guidelines for diagnosing and treatment of benign prostatic hyperplasia: A comparative, international overview. Urology 2001; 58: 642 - 50.
4. Fawzy A, Fontenot C, Guthrie R, Baudier MM. Practice patterns among primary care physicians in benign prostatic hyperplasia and prostate cancer. Fam Med 1997; 29: 321 - 5.
5. Mary MC, Michael JB, Lin B. Diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia. Practice pattern of primary care physicians. J Gen Intern Med 1997; 12: 224 - 9.
6. Steven AK, Michael JN, Michael OF. Practical guidelines for the treatment of enlarged prostate in the primary care setting. Available at: http://www.medscape.com/viewarticle/505863_1. Accessed April, 27, 2006.
7. KMC Verhamme, JP Dieleman, GS Bleumink. Incidence and prevalence of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in primary care-the triumph project. European Urology 2002; 42: 323 - 8.
8. Schrijvers AJP. Health and health care in the Netherlands. A critical self-assessment of Dutch experts in medical and health sciences. Utrecht: De Tijdstroom; 1997.
9. Kirby R, Kirby F, Fitzpatrick. Shared care for prostatic diseases. In: The shared care concept. Oxford: ISIS medical media; 1994. p. 1 - 9.
10. Michael Wong, Foo Keong Tatt. Urology and the family physician. In: Michael Wong, Alfred Loh. Guidelines on the shared care program for benign prostatic hyperplasia. Singapore: Singapore general hospital; 2004. p. 56 - 8.
11. Hyung Kim, David AB, Scott DS. Practice trends in the management of prostate disease by family practice physician and general internists: An internet-based survey. Urology 2002; 59: 266 - 71.
12. Neil Baum, Adam Lipp. PSA for primary care physician. Available at: <http://www.mmhc.com/g/index.cfm>. Accessed April, 27, 2006.
13. Kuritzky, MD. Role of primary care clinicians in the diagnosis and treatment of LUT and BPH. Rev Urol 2004; 6 (9): S53 - S59.
14. Pamela D, Robert WR, Robert RB. Managing benign prostatic hyperplasia. Am Fam Physician 2002; 66: 77 - 84, 87 - 8.