

Perbaikan Gaya Hidup Sehat pada Pasien dengan Riwayat Keluarga Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas

TA Larasati¹

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Indonesia sedang mengalami masa bonus demografi yang akan mencapai puncaknya pada tahun 2039. Kondisi yang memberikan peluang sangat besar ini terancam oleh tren peningkatan penduduk dengan prediabetes dan diabetes mellitus tipe 2 yang sesungguhnya bisa dicegah. Riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2 merupakan faktor risiko independen diabetes mellitus tipe 2 yang sangat mudah diidentifikasi. Pencegahan penyakit merupakan salah satu tugas utama pelayanan kesehatan primer. Dokter yang berada di layanan primer dituntut dapat melakukan pencegahan penyakit khususnya prediabetes dan diabetes mellitus tipe 2. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbaikan gaya hidup yang telah dilakukan oleh dokter di layanan primer berikutambatannya. Penelitian ini merupakan studi kualitatif, dengan pendekatan studi kasus. Dilakukan dengan informan dokter yang telah bekerja di layanan primer minimal 5 tahun di provinsi Lampung, dan dilakukan hingga data jenuh. Dilakukan *member checking* dan triangulasi sumber untuk validasi data. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dokter di Puskesmas telah melakukan perbaikan gaya hidup sehat dalam bentuk edukasi pasien dan penegakkan diagnosis dini dan penatalaksanaan yang tepat. Hambatan yang dihadapi oleh dokter di layanan primer dalam perbaikan gaya hidup sehat adalah terbatasnya waktu yang tersedia dibandingkan dengan tugas yang harus diselesaikan, kurangnya sumber daya manusia, kurangnya sarana prasarana untuk melakukan edukasi, ketiadaan reward, tidak termasuk dalam program kerja puskesmas secara jelas, selain hambatan internal pasien berupa keengganan dan merasa dirinya sehat.

Kata kunci: Perbaikan gaya hidup sehat, riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2

Healthy Lifestyle Modification on Familial Risk of Type 2 Diabetes Mellitus by Physician in Primary Health Care

Abstract

Indonesia is undergoing a demographic bonus period will reach its peak in the year 2039. Conditions that give this huge opportunity is threatened by the trend of an increasing population with pre diabetes and type 2 diabetes mellitus who indeed can be prevented. Family history of type 2 diabetes mellitus is an independent risk factor for type 2 diabetes mellitus is very easily identifiable. Disease prevention is one of the main tasks of primary health care. Primary care physician should be able to do prevention of diseases especially pre diabetes and type 2 diabetes mellitus. The purpose of this study is to determine the lifestyle changes that have been done by physicians to patients with a family history of type 2 diabetes mellitus. This is a qualitative study, with case study approach. The study was conducted with doctor who has worked in primary care at least 5 years in the province of Lampung as the informant, and performed until the data is saturated. The results of this study showed that primary care physicians has conducted healthy lifestyle changes by patient education and early diagnosis and prompt treatment. The obstacles faced by physicians in the primary care in improving healthy lifestyle are the limited time available compared to the tasks to be completed, the lack of human resources, the lack of infrastructure to conduct education, no reward, not included in the work programme, in addition to the internal resistance of the patient in the form of aversion and felt that he was healthy.

Keywords: familial risk of type 2 diabetes mellitus, healthy lifestyle modification,

Korespondensi: dr. TA Larasati, M.Kes, jl cendrawasih 1 ni 1 tanjung agung, 081279736698, t_a_larasati@yahoo.co.id

Pendahuluan

Indonesia memasuki masa bonus demografi yang sangat menguntungkan sebagai negara berkembang sejak tahun 2012 dan mencapai puncaknya pada tahun 2039.¹ Hal ini karena menurunnya rasio ketergantungan, yaitu saat penduduk usia produktif dua kali lipat penduduk non-produktif. Peluang ini harus dimanfaatkan sebaik-baiknya dan itu dapat terjadi apabila penduduk usia produktif benar-benar bisa

berkarya dan berkiprah secara produktif, sehingga dapat dijadikan modal pembangunan bangsa yang sehat dan bermartabat.² Untuk itu merupakan kewajiban pemerintah menjamin ketersediaan penduduk usia produktif yang sehat dengan pendidikan dan keterampilan yang memadai.

Ancaman bagi tersedianya penduduk usia produktif yang sehat di masa mendatang salah satunya adalah diabetes melitus (selanjutnya disebut diabetes), yang

merupakan satu dari empat penyakit tidak menular yang paling banyak di Indonesia selain penyakit kardiovaskular, kanker dan penyakit paru obstruktif kronis.³ Penduduk dengan diabetes di Indonesia akan meningkat dua kali lipat dari 7,6 juta pada tahun 2013 menjadi 11,8 juta pada tahun 2030.⁴ Tahun 2040, diperkirakan penderita diabetes di seluruh dunia akan mencapai 640 juta orang, dari 415 juta penderita saat ini. Sedangkan untuk saat ini, penderita diabetes di Indonesia 10.021.400 orang, dan diperkirakan akan naik menjadi 16.166.800 orang pada tahun 2040.⁵

Berdasarkan analisa *World Economic Forum* (WEF), dalam kurun waktu 2012-2030, Indonesia akan terbebani sebesar 2800 triliun rupiah karena diabetes atau senilai dengan dua puluh kali anggaran kesehatan Indonesia pada tahun 2012 secara keseluruhan. Selain itu Indonesia juga akan mengalami kehilangan pekerja yang signifikan karena penyakit ini yang akan menyebabkan pengurangan kapasitas produksi negara jauh lebih besar dari negara Asia lainnya.³ Dengan kata lain, bila tidak dilakukan pencegahan diabetes yang jelas, bonus demografi tidak akan berarti bagi pembangunan ekonomi Indonesia, justru sebaliknya, Indonesia akan semakin tertinggal dari negara lain di Asia, karena besarnya pengurangan kapasitas produksi negara akibat tenaga kerja yang tersedia dalam kondisi sakit.

Faktor risiko diabetes dalam taraf mengkhawatirkan yang sudah terjadi sejak dini di Indonesia. Prevalensi prediabetes meningkat tajam, dari 10,2% pada tahun 2007 (Depkes, 2007) menjadi 36,6% untuk *impaired fasting glucose* dan 29,9% untuk *impaired glucose tolerance*. Aktivitas fisik kurang, cenderung sedentari, serta pola makan yang didominasi makanan tinggi lemak dan manis, serta kurang mengkonsumsi sayur dan buah. Separuh anak-anak usia 10-14 tahun beraktivitas fisik kurang, sepertiga anak-anak usia 15-19 tahun, dan pada usia dewasa awal, proporsi aktivitas fisik kurang mencapai sekitar 25%. Sedangkan proporsi aktivitas sedentari 3-6 jam pada kelompok usia lebih dari 10 tahun mencapai 50%, dan 25% lebih dari 6 jam. Demikian juga pada aspek konsumsi makanan, penduduk yang berusia lebih dari 10 tahun, 40,7% mengkonsumsi makanan berlemak, dan 53,1% mengkonsumsi makanan manis. Selain itu hampir seluruh penduduk usia lebih dari 10

tahun (93,5%) kurang mengkonsumsi buah dan sayur.⁶

Perilaku pencegahan adalah aktivitas yang dilakukan seseorang yang meyakini dirinya sehat untuk tujuan mencegah atau mendeteksi penyakit pada tahap *asymptomatic*.⁷ Aktivitas ini tidak sama dengan perilaku yang dilakukan untuk pengobatan penyakit yang sudah terdiagnosa melalui gejala, pemeriksaan, atau pendapat medis. Untuk itu keputusan melakukan perilaku pencegahan didasarkan pada faktor-faktor lain yang kurang objektif dibandingkan gejala-gejala atau diagnosis oleh dokter.⁸

Riwayat keluarga diabetes merupakan faktor risiko independen terjadinya diabetes^{9,10}, faktor risiko ini tidak bergantung dengan faktor risiko yang lain seperti resistensi insulin, fungsi sel β pankreas, dan indeks masa tubuh. Individu yang mempunyai riwayat diabetes keluarga memiliki risiko untuk terjadi diabetes 1,8 kali⁹ 2,8 kali¹⁰ daripada individu yang tidak berisiko, risiko ini lebih besar bila riwayat diabetes pada Ibu dari pada riwayat diabetes pada ayah.¹¹ Perbaikan gaya hidup efektif mengurangi risiko DM¹² bahkan diantaranya dapat menjadi normal, juga lebih baik dari pada pengobatan metformin.¹³ Selain itu, individu dengan risiko diabetes, lebih berhasil memperbaiki gaya hidup, bila disampaikan oleh dokter tentang risiko DM yang dimilikinya. Banyak penelitian yang membuktikan efektivitas modifikasi gaya hidup dapat menunda bahkan mencegah diabetes.^{14,15,16,17,18} Karena itu, pencegahan diabetes pada individu dengan faktor risiko khususnya riwayat diabetes keluarga yang bertujuan memperbaiki gaya hidup harus menjadi dasar pemikiran program pencegahan diabetes.

Walaupun demikian, pencegahan diabetes pada individu dengan riwayat diabetes keluarga tidaklah mudah. Berdasarkan penelitian, pada individu dengan riwayat diabetes keluarga sulit memahami penyebab diabetes dan menyepelekan risiko yang mereka miliki,¹⁹ mereka juga menganggap kurang berhubungan dengan mereka dan kurang percaya bahwa diabetes bisa dicegah.²⁰ Komunikasi dokter-individu dengan riwayat diabetes keluarga dapat berupa pemberian informasi, meningkatkan kesadaran berisiko karena riwayat diabetes keluarga, memotivasi dan mempengaruhi perilaku pencegahan

dengan gaya hidup sehat untuk mengurangi risiko.²⁰

Lampung merupakan salah satu provinsi dengan prevalensi DM di atas rata-rata nasional bersama 12 provinsi lain yaitu, Nanggroe Aceh Darussalam, Riau, Bangka Belitung, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Banten, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Maluku Utara.²¹ Provinsi Lampung memiliki 857 dokter tersebar pada 291 Puskesmas di 15 kabupaten kota.²² Pada era Jaminan Kesehatan Nasional, layanan primer harus dapat memberikan layanan yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Terkait hal tersebut, dokter di Puskesmas harus dapat menjadi inisiator perbaikan gaya hidup sehat pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus agar dapat mengurangi laju peningkatan prediabetes dan diabetes.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dirumuskan masalah penelitian ini adalah bagaimana upaya dan hambatan apa saja yang dihadapi dokter Puskesmas di Provinsi Lampung dalam perbaikan gaya hidup sehat pasien dengan riwayat keluarga diabetes keluarga?

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Informan adalah dokter di provinsi Lampung yang telah bekerja di layanan primer minimal 5 tahun. Instrumen penelitian adalah peneliti sendiri dengan panduan wawancara. Selama wawancara, direkam dengan *video recorder*. Pengolahan data dilakukan dengan transkripsi, koding, kategori, dan tema.

Hasil penelitian

Penelitian ini berlangsung pada bulan Januari sampai dengan Februari 2017. Didapatkan informan sebanyak 9 orang dengan komposisi 5 orang pria dan 4 orang wanita. Usia informan berkisar antara 28-52 tahun. Karakteristik informan bervariasi berdasarkan durasi lamanya praktek di layanan primer. Secara umum durasi memberi pelayanan dikategorikan menjadi di bawah 1 tahun, 1-5 tahun, dan di atas 5 tahun.

A. Perbaikan Gaya Hidup Sehat

a. Promosi Kesehatan

Tabel 1. Karakteristik Informan

No	Inisial	Jenis Kelamin	Umur	Durasi
1	dr. E	Wanita	42 thn	15 thn
2	dr. R	Wanita	35 thn	9 thn
3	dr. N	Wanita	32 thn	8 thn
4	dr. A	Wanita	35 thn	9 thn
5	dr. E	Pria	35 thn	8 thn
6	dr. F	Wanita	39 thn	12 bln
7	dr. D	Wanita	40 thn	14 thn
8	dr. I	Wanita	33 thn	7 thn
9	dr. F	Wanita	50 thn	24 thn
10	dr. N	Wanita	46 thn	21 thn

Berdasarkan hasil penelitian, informan menyatakan bahwa hal yang dilakukan kepada pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2 adalah melakukan pencegahan primer dengan promosi kesehatan. Bentuk promosi kesehatan yang dilakukan adalah edukasi pasien, meliputi edukasi gizi, pola makan sehat, penyakit diabetes mellitus tipe 2. Selain itu dengan memberi motivasi tindakan pencegahan dan memberi informasi risiko serta penyuluhan kelompok dan mengancam. Seperti terlihat dari sitasi berikut ini:

b. Penegakkan diagnosis dini dan penatalaksanaan yang tepat

Dari penelitian ini diketahui bahwa pada pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2 dilakukan penegakan diagnosa dini terutama pada pasien yang menunjukkan gejala klinis diabetes mellitus tipe 2.

B. Evaluasi edukasi pada pasien

Evaluasi pada intervensi edukasi pasien dilakukan dengan mengingatkan untuk kontrol dan menanyakan kembali pada konsultasi berikutnya. Tetapi terdapat juga dokter yang menyampaikan bahwa tidak ada evaluasi yang dilakukan pada pasien yang diedukasi karena belum terdiagnosa DM tipe 2. Seperti diketahui dari sitasi berikut ini:

"..selama ini tidak,.. (I.t9)

C. Urgensi perbaikan gaya hidup pada pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dokter melakukan perbaikan gaya hidup pada pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2 karena merupakan hal yang penting dilakukan. Diabetes mellitus tipe 2 dapat dicegah dengan melakukan gaya hidup sehat. Hal ini diketahui dari sitasi wawancara berikut:

"...ya...karena penting ya.. diabetes kan dapat dicegah, asal pola hidup sehat" (A.t3)"

D. Kerjasama dalam penatalaksanaan individu dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2

Hasil wawancara terhadap dokter di layanan primer, berhasil mengidentifikasi kerja sama dengan tenaga kesehatan lain, dalam proses kolaborasi interprofesional untuk perbaikan gaya hidup pada individu dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2.

E. Identifikasi pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dokter di puskesmas mengidentifikasi pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus pada beberapa kesempatan yaitu: saat anamnesis pasien usia di atas 35 tahun, saat program skrining, saat menemui pasien dengan gejala klinis diabetes dan dat dari *family folder*.

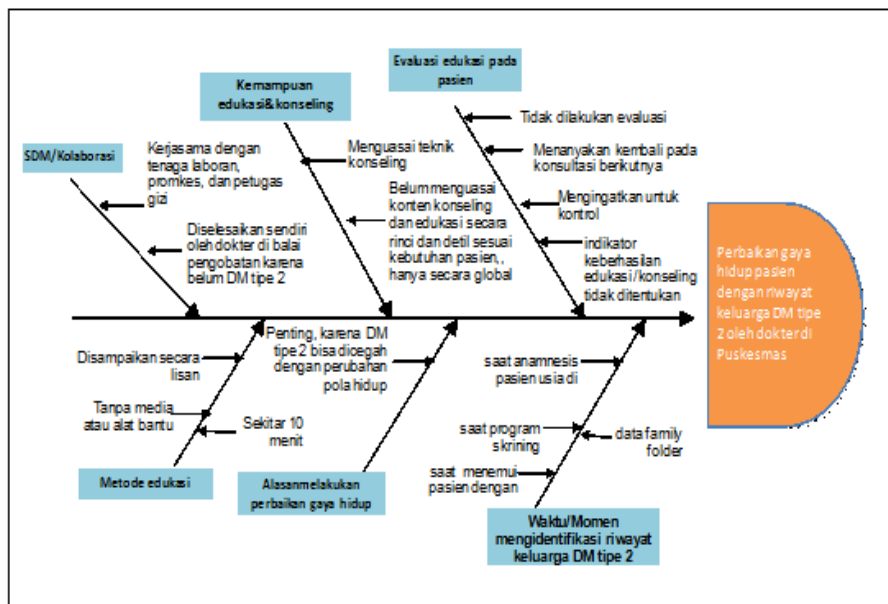
F. Kemampuan edukasi dan konseling perbaikan gaya hidup

1. Menguasai

"...insya Allah, biasa kita lakukan sehari-hari" (H.t12)

2. Belum menguasai

"..kl konseling cukup, tp kl untuk info2 saya rasa masih kurang..., saya tingkatnya sedang, mksdnya dalam penguasaan skill td secara eksplisit, isinya itu sprt apa? sy fokuskan pd diri saya, kl sy sdh konseling dgn baik pada pasien, tp saya tidak menguasai brp sih seaharnya pasien ini kalorinya brp, ini kan kita kurang merasa puas.



Gambar 1. Pendekatan masalah pada perbaikan Gaya Hidup Pasien dengan Riwayat keluarga DM

G. Hambatan perbaikan gaya hidup sehat individu dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2

Berdasarkan hasil wawancara, hambatan dokter di layanan primer dalam

melakukan upaya upaya perbaikan gaya hidup sehat individu dengan riwayat diabetes keluarga dibagi menjadi dua kelompok besar yaitu internal dan eksternal dokter.

Secara umum, upaya perbaikan gaya hidup pasien dengan riwayat diabetes keluarga terhambat dengan waktu yang terbatas dalam memverikan pelayanan, antrian pasien yang panjang dan sedikitnya atau hanya satu dokter yang dapat melayani pasien.

“Ya ingin kita bisa selalu melakukannya, tapi ya begitu..., antrian pasien panjang, dokter cuma satu... bisa-bisa ga kelar nanti...” (T4I1)

d. tidak termasuk dalam program rutin

“Ya kalo kita kerjakan program kan ada bekasnya, laporan selesai, kalo edukasi pasien yang begitu, siapa yang mau ngasih penghargaan?..” (T4I5)

Pembahasan

A. Perbaikan Gaya Hidup

Hasil penelitian ini menunjukkan beberapa upaya yang telah dilakukan oleh dokter puskesmas di provinsi Lampung terkait individu dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2 adalah *health promotion* dan *early diagnosis and prompt treatment*. Berdasarkan konsep *five levels of prevention*, bahwa pelayanan kesehatan dibagi menurut tingkat pencegahannya, yaitu pencegahan primer; *health promotion*, *specific protection* (sebelum terjadinya sakit), pencegahan sekunder; *early diagnosis and prompt treatment*, dan *disability limitation* (selama berlangsungnya penyakit) dan pencegahan tersier; *rehabilitation* (setelah terjadinya penyakit). Promosi kesehatan yang telah dilakukan oleh dokter bertujuan untuk mencegah terjadinya diabetes mellitus tipe 2 karena faktor risiko yang dimiliki. Upaya ini dilakukan dengan bentuk edukasi kesehatan, meningkatkan motivasi untuk perbaikan gaya hidup, memberikan informasi akan risiko yang dimilikinya, dan penyuluhan kelompok.

Penyuluhan kelompok juga merupakan suatu bentuk promosi kesehatan yang dilakukan secara berkelompok. Berdasarkan konsensus pencegahan diabetes oleh PERKENI, penyuluhan dilakukan pada kelompok masyarakat yang berisiko tinggi dan intoleransi glukosa.²³ Materi penyuluhan yang dapat diberikan adalah diet sehat untuk pengaturan berat badan dan Aktivitas fisik.

Upaya untuk menegakkan diagnosa dini dan penatalaksanaan yang tepat (*early diagnosis and prompt treatment*) juga dilakukan selain upaya promosi kesehatan. Hal ini sesuai dengan rekomendasi strategi peningkatan pelayanan dan pencegahan diabetes mellitus menurut *American Diabetes Association*, bahwa keputusan penatalaksanaan penyakit harus tepat waktu dan berdasarkan *guideline* berbasis bukti disesuaikan pada setiap keinginan pasien, prognosis dan penyakit penyerta.²⁴

Penelitian ini juga menunjukkan bentuk-bentuk promosi kesehatan yang dilakukan dengan edukasi, memberikan informasi, memotivasi perbaikan gaya hidup sehat, dan mengancam.

Otonomi dan kemampuan mengatur diri sendiri sangat dipengaruhi oleh kuatnya motivasi seseorang. Motivasi adalah hal yang penting dalam proses perubahan perilaku. Faktor penguat perbaikan gaya hidup dapat berasal dari motivasi internal maupun eksternal. Motivasi internal berasal dari diri dalam sendiri, sedangkan faktor eksternal dapat bersumber dari dukungan keluarga, kerabat, serta dokter yang merawat. Dokter dapat memberikan motivasi dan meningkatkan motivasi pasien, dari keadaan yang tidak termotivasi (*amotivation*), *external regulation*, *introjected regulation*, *identivied regulation* sampai pada tingkat maksimal yaitu *integrated regulation*. Semakin tinggi motivasi pasien (*autonomous motivation*), merupakan prediktor untuk terjadinya perubahan perilaku.²⁵

Selain itu, dokter juga mengancam atau menakut-nakuti pasien akan kemungkinan menderita diabetes, sehingga mau mengubah gaya hidupnya menjadi gaya hidup sehat. Berdasarkan teori *Health Belief Model* (26), seseorang akan mengubah atau tidak mengubah perilakunya, berdasarkan sesuatu yang diyakininya, berupa kerentanan atau bahaya dari suatu tindakan, semakin seseorang merasa berbahaya atau rentan, seseorang akan lebih dapat mengubah perilakunya.

B. Evaluasi perbaikan gaya hidup pada pasien

Evaluasi pada suatu edukasi untuk perbaikan gaya hidup harus dilakukan untuk mengetahui keberhasilan promosi kesehatan yang dilakukan. Beberapa bentuk evaluasi yang dilakukan pada penelitian ini adalah

mengingatkan kembali untuk kontrol, dan menanyakan kembali pada sesi konsultasi berikutnya, tetapi ada juga dokter yang tidak melakukan evaluasi. Evaluasi dilakukan untuk melihat adanya kesenjangan hasil dengan indikator keberhasilan. Indikator yang baik memenuhi kriteria SMART (*simple, measurable, attributable, reliable, dan timely*). Dibandingkan dengan kriteria indikator tadi, dapat dikatakan bahwa perbaikan gaya hidup sehat yang dilakukan belum dievaluasi dengan baik, karena tidak ada indikator yang terukur, dan dalam frame waktu yang tidak ditentukan.

C. Urgensi perbaikan gaya hidup pada pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2

Dokter melakukan perbaikan gaya hidup pada pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2 karena merupakan hal yang penting dilakukan. Diabetes mellitus tipe 2 dapat dicegah dengan melakukan gaya hidup sehat. Berbagai penelitian menunjukkan, bahwa intervensi untuk memperbaiki pola hidup pada kelompok berisiko diabetes mellitus tipe 2 efektif mencegah diabetes.(14) (17)(16) (13)Kelompok berisiko ini adalah pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2, obesitas dan obesitas sentral, dan tidak menerapkan pola hidup sehat, seperti kurang konsumsi serat dan aktifitas fisik kurang.

D. Kerjasama dalam perbaikan gaya hidup pada pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2

Hasil penelitian ini menunjukkan kerjasama dalam perbaikan gaya hidup pada pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2 dilakukan dengan beberapa pihak internal yaitu laboran, petugas gizi, dan petugas promosi kesehatan, walaupun ada juga dokter yang tidak melakukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lain, karena menganggap mampu diselesaikan sendiri.

a. Laboran

Laboran merupakan tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas dengan kompetensi pendidikan analis kesehatan setingkat diploma. Bertugas untuk memeriksa kadar gula darah, kolesterol pasien.

b. Petugas gizi

Petugas gizi atau ahli gizi di puskesmas dapat membantu dokter dalam menghitung kebutuhan asupan kalori yang dibutuhkan untuk mencapai berat badan ideal

c. Petugas Promosi Kesehatan

Petugas promosi kesehatan dapat bekerja melaksanakan program promkes tersendiri atau dalam program kesehatan keluarga dapat membantu dokter dalam mengidentifikasi masalah kesehatan keluarga, dan juga menentukan peran anggota keluarga dalam memelihara kesehatan dan mencegah penyakit.

Petugas gizi, melakukan penilaian status gizi dan edukasi nutrisi atas instruksi atau rujukan internal dokter. Kerja sama pada perbaikan gaya hidup ini, belum sepenuhnya jelas akan pembagian tugas, masih dominan inisiatif dan peran dokter. Berdasarkan rekomendasi untuk peningkatan kualitas pelayanan, layanan primer ditopang oleh *team building* atau *interprofesional collaboration*(24) (27). Kolaborasi interprofesi menghendaki masing-masing tenaga kesehatan mempunyai deskripsi tugas yang jelas, dan saling bekerjasama untuk memenuhi kebutuhan pasien. *Reward* atau penghargaan atas kerja tim ini dihitung sebagai *pay for performance* yang akan didistribusikan kepada semua anggota tim secara proporsional.

E. Identifikasi pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2

Identifikasi atau menanyakan riwayat keluarga diabetes pada pasien penting dilakukan. Pada pelayanan kesehatan di puskesmas, proses identifikasi ini dilakukan pada beberapa kesempatan yaitu saat anamnesis pasien usia di atas 35 tahun, saat melaksanakan program skrining, dan ketika menemui pasien dengan gejala klinis diabetes. Berdasarkan Pedoman teknis penemuan dan penatalaksanaan diabetes mellitus, penemuan dini kasus diabetes mellitus dilakukan pada masyarakat yang berisiko diabetes mellitus, baik risiko yang tidak dapat dimodifikasi atau pun risiko yang dapat dimodifikasi(28). Riwayat keluarga diabetes merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi selain faktor usia di atas 35 tahun, riwayat pernah menderita

diabetes gestasional, dan riwayat berat badan lahir rendah kurang dari 2500 gram.

F. Kemampuan edukasi dan konseling perbaikan gaya hidup

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dokter di layanan primer, merasa mampu memberikan edukasi secara garis besar. Walaupun ada juga dokter yang merasa belum menguasai keterampilan edukasi yang diperlukan secara baik, khususnya adalah pada informasi-informasi spesifik yang lebih detail untuk dapat memenuhi kebutuhan edukasi secara individual (*tailored made*). Edukasi dan informasi yang diberikan, oleh dokter di layanan primer ini masih bersifat global, tidak terperinci dan belum disesuaikan dengan kebutuhan setiap pasien yang berbeda-beda, padahal berdasarkan prinsip 8 dimensi pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien oleh *Picker institute and Harvard Medical School*, bahwa pelayanan yang diberikan harus memberikan edukasi dan informasi yang lengkap pada individu terkait kondisi klinis mereka (*tailored made*), progress dan prognosis, proses pelayanan; dan informasi untuk memastikan otonomi dan kemampuan mengatur diri sendiri, untuk meningkatkan kesehatan mereka(29)

G. Hambatan perbaikan gaya hidup sehat individu dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2

Secara umum, hambatan yang dihadapi oleh dokter di layanan primer dapat diidentifikasi sebagai hambatan internal dan eksternal dokter. Hambatan internal dokter berupa sikap kurang peduli dokter, belum menguasai skill yang dibutuhkan, tidak menguasai bahasa ibu pasien, dan merasa sulit mengubah perilaku pasien. Sedangkan hambatan eksternal dokter adalah pasien tidak menyadari risiko, pasien tidak bersedia di edukasi, pasien merasa dirinya sehat, sehingga sulit mengubah perilaku, terbatasnya tempat, waktu dan prasarana edukasi, tidak adanya penghargaan, tidak termasuk dalam program dan tidak ada imbalan jasa.

Menurut Adriaanse, pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2 cenderung merasa sehat, dan menyepelkan risiko yang dimiliki(19). Berdasarkan Sistem

Kesehatan nasional, Puskesmas sebagai ujung tombak pelaksana program kesehatan memiliki dua tipe pelayanan, yaitu Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). UKM diimplementasikan dalam program promosi kesehatan, Pemberantasan penyakit tidak menular (PTM). Dalam program ini, perbaikan gaya hidup sehat belum menjadi indikator keberhasilan program. Selain itu, berdasarkan Permenkes no 43 tahun 2016 tentang standar minimal Puskesmas, khususnya pada kelompok usia produktif (15-59 tahun), untuk dilakukan skrining, tetapi tidak ditindaklanjuti dengan perbaikan gaya hidup sehat. Sedangkan pada aspek UKP, perbaikan gaya hidup pasien dengan riwayat keluarga diabetes mellitus tipe 2 merupakan aktivitas yang termasuk dalam kapitasi, sehingga dokter ataupun tim tenaga kesehatan yang melakukannya tidak mendapat insentif tersendiri, padahal aktivitas ini memerlukan waktu dan tenaga yang besar, sehingga semakin menurunkan motivasi dokter di layanan primer untuk melakukannya.

Hambatan komunikasi terutama tidak memahami bahasa ibu pasien, sementara pasien tidak bisa berkomunikasi dengan bahasa yang lain juga merupakan kendala terutama di daerah-daerah terpencil. Perlu difasilitasi dengan *interpreter* demi terwujudnya *patient centered care* (24)



Gambar 2. Pemetaan hambatan yang dihadapi Dokter dalam upaya perbaikan gaya hidup dengan Riwayat Keluarga DM tipe 2.

Simpulan

Dokter di Puskesmas telah melakukan perbaikan gaya hidup sehat dalam bentuk edukasi pasien. Edukasi yang dilakukan belum baik, belum terukur dengan indikator yang jelas, informasi tidak spesifik dan tidak ada evaluasi. Hambatan yang dihadapi oleh dokter di Puskesmas dalam perbaikan gaya hidup sehat adalah terbatasnya waktu yang tersedia dibandingkan dengan tugas yang harus diselesaikan, kurangnya sumber daya manusia, kurangnya sarana prasarana untuk melakukan edukasi, ketiadaan reward, tidak termasuk dalam program kerja puskesmas secara jelas, selain hambatan internal pasien berupa keengganan dan merasa dirinya sehat.

Daftar Pustaka

1. Badan Pusat Statistik. Angka ketergantungan Penduduk Indonesia 2010-2035 [Internet]. 2010. [diakses pada tanggal 11 Agustus 2017]. Tersedia dari: <http://www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1275>
2. Win O, Iba Z. Bonus Demografi Modal Membangun Bangsa yang Sehat dan Bermartabat. Maj Ilm Unimus. 2011;2(Informasi Komunikasi dan

- Pengkajian IPTEK):18–24.
3. Bloom DE, Chen S, McGovern M, Prettner K, Candeias V, Bernaert A, et al. Economics of Diseases in Indonesia. World Econ Forum. 2015.
4. Novo Nordisk. (2013). The Blueprint for Change Programme No 5. Where economics and health meet: changing diabetes in Indonesia[internet]. 2013;[diakses pada 28 Maret 2017]. Tersedia dari : http://www.novonordisk.com/images/Sustainability/PDFs/Blueprint-for-change-Indonesia--52383_Korr19.pdf
5. International Diabetes Federation (IDF). diabetesatlas [Internet]. 2016 [Diakses pada 24 Maret 2016]. Tersedia dari: <https://twitter.com/IntDiabetesFed>
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar. 2013;306.
7. Kasl, Cobb. Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. environmental Health. 1966; p: 246–66.
8. Werle C. The Determinants of Preventive Health Behavior: Literature Review and Research Perspectives. Work Pap Ser RMT. 2011;WPS 11-15:1–

- 14.
9. Sakurai M, Nakamura K, Miura K, Takamura T, Yoshita K, Sasaki S. Family history of diabetes , lifestyle factors , and the 7-year incident risk of type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men and women. *2013;4(3):261–8.*
10. Koloverou E, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Georgousopoulou EN, Pitaraki E, et al. ORIGINAL DATA 10-year Incidence of Diabetes and Associated Risk Factors in Greece : the ATTICA study (2002-2012). *2014;181–9.*
11. Tan T, Tan LSUM, Chia KS, Chew SK, Tai ES. A family history of type 2 diabetes is associated with glucose intolerance in a South East Asian population. *Diabetes Research and Clinical Practice; 2008. p. 268–75.*
12. Tabak AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimäki M. Prediabetes: A high-risk state for diabetes development. *Lancet. 2012;379(9833):2279–90.*
13. Herman W, Hoerger T, Brandle M. Diabetes Prevention Program Research Group. The Cost Effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 Diabetes in adult with impaired glucose tolerance. *Ann Intern Med. 2005;142:323–32.*
14. Parker A, Byham LG, Denmark R, Winkle P. The effect of medical nutrition therapy by a registered dietitian nutritionist in patient with prediabetes participating in a randomized controlled clinical research trial. *J Acad Nutr Diet. 2014;114:1739–48.*
15. G Li, Zhang P, Wang J. The long term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the china Da Qing Diabetes prevention. *Lancet. 2008;371:1783–9.*
16. Lindstorm J, Ilane PP, Peltonen M. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 Diabetes by lifestyle intervention: follow up of the finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet. 2006;368:1673–9.*
17. Knowler W, Fowler S, Hamman R. Diabetes Prevention Program Research Group. 10 year follow up of diabetes incidence and weight Loss in the Diabetes prevention Program Outcome Study. *Lancet. 2009;374:1677–86.*
18. Diabetes Prevention Program Research Group. The 10 year cost effectiveness of lifestyle intervention or metformin for diabetes prevention: an intent to threat analysis of the DPP/DP POS. *Diabetes Care. 2012;35:723–30.*
19. Adriaanse MC, Snoek FJ. The psychological impact of screening for type 2 diabetes [Internet]. *Diabetes/Metabolism Research & Reviews. 2006.* [diakses pada 24 Maret 2016]. Tersedia dari: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009277018&site=ehost-live>
20. Myers M, SL F, L A, JL H, Koehly LM. Talking About Type 2 Diabetes: Family Communication From the Perspective of At-Risk Relatives [Internet]. *r. 2015.* [diakses pada 24 Maret 2016]. p. 716–28. Tersedia dari : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=J&S&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=ovftq&AN=00003476-201512000-00008>
21. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDA S) 2007. Laporan Nasional 2007 2008 p. 1–384.
22. Kemenkes BP. informasi SDM Kesehatan [Internet]. 2015. [diakses pada 14 Februari 2017]. Tersedia dari: http://bppsdmk.kemkes.go.id/info_sdmk/info/distribusi_sdmk_pkm_per_prov.php?prov=18
23. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. Pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di indonesia 2015. PB PERKENI; 2015.
24. American Diabetes Assosiation. Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. *Diabetes Care [Internet]. 2016.* [diakses pada 14 Februari 2017]. Tersedia dari: www.diabetes.org/diabetescare
25. Rutten GM, Meis JJM, Hendriks MRC, Hamers FJM, Veenhof C, Kremers SPJ. The contribution of lifestyle coaching of overweight patients in primary care to more autonomous motivation for physical activity and healthy dietary

- behaviour: results of a longitudinal study. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2014;11:86. [diakses pada 14 November 2014] Tersedia dari <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4132211&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
26. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behav Hum Decis Process*. 1991;50:179–211.
 27. Margolius D, Bodenheimer T. Transforming primary care: From past practice to the practice of the future. *Health Aff*. 2010; 29(5):779–84.
 28. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana DM 2008[internet].2008. [diakses pada 14 November 2014]. Tersedia dari : perpustakaan.depkes.go.id.
 29. Care P, Care P. Appendix D : Eight Dimensions 8 Dimensions of. 1987;1:84–5.