

Diabetes Melitus: Kebijakan dan Program Pelayanan

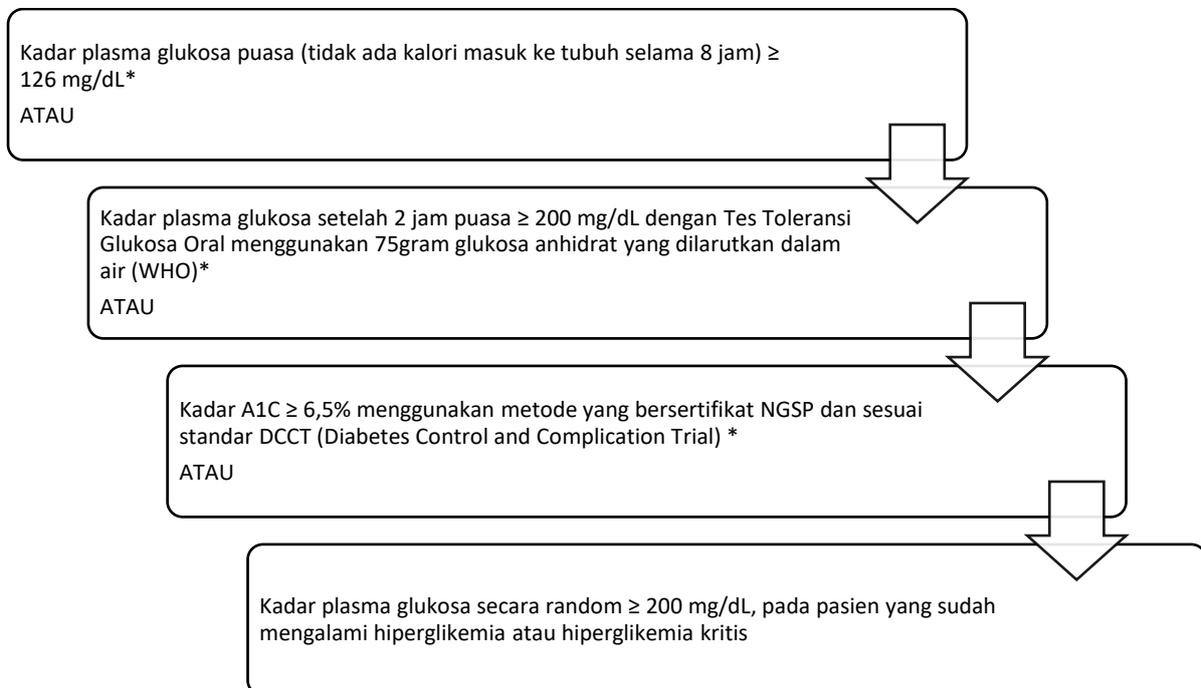
Oleh: Ade Heryana

PENDAHULUAN

The American Diabetes Association (ADA) mengklasifikasikan penyakit tidak menular paling mematikan ini ke dalam empat jenis, yaitu [1]:

1. Diabetes melitus tipe-1 yang timbul akibat adanya kerusakan pada sel beta autoimun yang menyebabkan terjadinya kekurangan insulin yang nyata
2. Diabetes melitus tipe-2 yang timbul akibat berkurangnya fungsi sel beta autoimun dalam menghasilkan insulin secara progresif yang menyebabkan terjadinya resistensi terhadap insulin
3. Diabetes melitus gestasional yang timbul pada masa trimester dua atau tiga kehamilan yang penyebabnya belum diketahui dengan pasti
4. Diabetes spesifik yang timbul akibat adanya kasus penyakit tertentu, misalnya sindroma DM monogenic (neonatal diabetes, maturity-onset diabetes of the young atau MODY), penyakit pancreas eksokrin (cystic fibrosis, pancreatitis), diabetes akibat konsumsi obat/zat tertentu (glucocorticoid pada pengobatan HIV/Aids, atau setelah transplantasi organ).

Diagnosis diabetes melitus ditegakkan dengan satu tatalaksana yang sudah ditetapkan. Kriteria diagnosis menurut ADA dijelaskan pada gambar 1 berikut:



Keterangan: * Diagnosis dinyatakan bukan hiperglikemia jika terdapat dua hasil uji abnormal dari sampel yang sama atau dari dua sampel terpisah

Gambar 1. Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus menurut ADA[1]

KEBIJAKAN PENGENDALIAN DIABETES MELITUS DI INDONESIA

Terdapat beberapa kebijakan yang mendukung pengendalian Diabetes Melitus di Indonesia, antara lain adalah:

1. Permenkes RI No.5 Tahun 2017 tentang Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Penyakit Tidak Menular 2015 – 2019. Pada peraturan ini disebutkan dua jenis strategi dalam penanggulangan PTM yakni strategi global dan strategi regional. Strategi global antara lain: pencegahan PTM, penguatan system pelayanan kesehatan, dan surveilans PTM. Sedangkan strategi regional antara lain: advokasi & kemitraan, promkes & penurunan factor risiko, penguatan system pelayanan kesehatan, dan surveilans-monev-riset [2].
2. Instruksi Presiden No.1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas). Pada instruksi ini, presiden secara khusus mengarahkan kementerian kesehatan untuk: melaksanakan kampanye Germas serta advokasi dan pembinaan Kawasan Tanpa Rokok (KTR); meningkatkan pendidikan gizi seimbang, ASI eksklusif dan aktivitas fisik; serta meningkatkan dan menyusun panduan deteksi dini penyakit di Puskesmas atau instansi pemerintah/swasta lainnya [3].
3. Permenkes RI No.52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Pada peraturan ini ditetapkan tarif pelayanan penanganan penyakit tidak menular dengan menggunakan skema Jaminan Kesehatan Nasional, salah satunya adalah pelayanan obat program rujuk balik yang secara khusus diperuntukkan untuk diabetes melitus. Pelayanan ini harus menggunakan obat dalam Formularium Nasional dan harga obat mengacu pada e-catalogue ditambah biaya pelayanan farmasi. Disamping itu dalam peraturan ini ditetapkan pelayanan pemeriksaan penunjang rujuk balik di FKTP khusus diabetes seperti: pemeriksaan gula darah sewaktu, gula darah puasa, gula darah post prandial, dan HbA1C yang pemberiannya diatur sesuai ketentuan [4].
4. Permenkes No.43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Pada kebijakan ini dinyatakan bahwa setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Disamping itu pada penduduk usia 15-59 tahun wajib mendapatkan pelayanan skrining kesehatan untuk mendeteksi kemungkinan terkena DM [5]. Penyusunan Standar Pelayanan Mininam Bidang Kesehatan tersebut mengacu pada Permendagri No.18 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Rencana Kerja Pemerintah Daerah tahun 2017.

PROGRAM PENCEGAHAN DM TIPE 2 MENURUT KONSENSUS PERKENI

Pada tahun 2015, Persatuan Endokrinologi Indonesia (Perkeni) mengeluarkan buku “Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia”. Menurut Konsensus Perkeni 2015, program pencegahan DM Tipe-2 terdiri dari pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier. Tabel 1 berikut menjelaskan perbedaan ketiga jenis pencegahan tersebut.

Tabel 1. Program Pencegahan DM Tipe-2 Sesuai Konsensus Perkeni [6]

	Pencegahan Primer	Pencegahan Sekunder	Pencegahan Tersier
Sasaran	Kelompok dengan factor risiko DM (belum menderita	Pasien telah terdiagnosis DM	Kelompok penderita DM yang telah mengalami penyulit

	Pencegahan Primer	Pencegahan Sekunder	Pencegahan Tersier
	DM tetapi memiliki risiko)		
Tujuan	Mencegah kelompok menderita DM	Mencegah timbulnya penyulit pada pasien DM	Mencegah terjadinya kecacatan lebih lanjut dan meningkatkan kualitas hidup
Tindakan	Program penurunan BB, latihan jasmani, menghentikan kebiasaan merokok, intervensi farmakologis pada kelompok risiko tinggi	Pengendalian kadar glukosa sesuai target terapi, pengendalian factor risiko penyulit dengan pemberian obat, deteksi dini adanya penyulit sejak awal pengobatan DM, dan penyuluhan kepatuhan pasien minum obat sejak pertemuan pertama.	Rehabilitasi pasien sedini mungkin sebelum kecacatan menetap, penyuluhan pasien dan keluarga, pelayanan kesehatan komprehensif dan terintegrasi antar disiplin (jantung, ginjal, mata, syaraf, bedah ortopedi, bedah vaskuler, radiologi, rehab medik, gizi, pediatriis dll)

STANDAR PELAYANAN MINIMAL DIABETES MELITUS DI INDONESIA

Secara tegas dinyatakan dalam Permenkes No.43 Tahun 2016 bahwa pelayanan DM harus memenuhi standar yang ditetapkan dan wajib dilakukan pemerintah daerah sebagai upaya pencegahan sekunder. Adapun SPM pelayanan DM menurut Permenkes tersebut antara lain:

1. Penderita DM mendapat pelayanan sesuai standar termasuk pemeriksaan HbA1C
2. Pelayanan kesehatan penderita DM diberikan sesuai kewenangannya oleh: Dokter/DLP, Perawat, dan Nutrisionis/Tenaga Gizi
3. Pelayanan kesehatan kepada penderita DM di FKTP sesuai standar meliputi 4 (empat) pilar penatalaksanaan yaitu: edukasi, aktivitas fisik, terapi nutrisi medis, dan intervensi farmakologis
4. Penderita DM yang belum menjadi peserta JKN diwajibkan mendaftar ke kantor BPJS Kesehatan
5. Capaian kinerja daerah terhadap pelayanan DM adalah persentase penderita yang mendapatkan pelayanan sesuai standar dalam kurun waktu setahun terhadap jumlah prevalensi DM pada tahun yang sama
6. Target capaian kinerja daerah dalam pelayanan penderita DM adalah 100%
7. Kegiatan pelayanan DM meliputi:
 - a. Pendataan penderita DM
 - b. Skrining factor risiko DM seluruh pasien FKTP
 - c. Pelayanan kesehatan sesuai standar (edukasi diet dan aktivitas fisik, terapi farmakologis)
 - d. Rujukan ke FKTRL untuk mencegah komplikasi

- e. Pelatihan teknis pelayanan kesehatan tentang DM bagi tenaga kesehatan, termasuk pelatihan surveilans DM berbasis web
- f. Penyediaan peralatan kesehatan DM termasuk pemeriksaan HbA1C
- g. Penyediaan obat DM
- h. Pencatatan dan pelaporan
- i. Monitoring dan Evaluasi

PROGRAM PENGENDALIAN DIABETES MELITUS DI INDONESIA

Program pengendalian DM telah dicanangkan pemerintah yang bertujuan untuk mengurangi prevalensi DM. Namun program yang dijalankan di berbagai pelayanan kesehatan belum mampu menurunkan prevalensi DM di Indonesia. Kendala yang dihadapi program penanggulangan DM terhadap usia produktif antara lain sumber dana dan sumberdaya manusia yang terbatas, serta kesadaran masyarakat untuk melakukan skrining DM yang rendah [7].

Bagi penderita DM, BPJS Kesehatan memiliki program untuk mengurangi prevalensi DM yang disebut dengan Prolanis atau Program Pengelolaan Penyakit Kronis. Program ini dijalankan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjadi provider BPJS Kesehatan seperti Puskesmas, dan Klinik Pratama. Kegiatan Prolanis terdiri dari enam jenis yaitu:

1. Konsultasi medis
2. Edukasi peserta
3. Reminder SMS gateway
4. Home visit
5. Aktivitas klub senam
6. Pemantauan status kesehatan

Dalam pelaksanaannya belum mencapai target yang diharapkan. Sebuah studi terhadap Prolanis di Puskesmas kota Semarang dan Jember menunjukkan belum tercapainya target 75%. Terdapat kendala teknis antara lain komunikasi yang belum berjalan, pendanaan dan tempat tidak memadai, serta belum memiliki standar prosedur [8] [9]. Pada studi menunjukkan bahwa pasien yang mengikuti program Prolanis memiliki total biaya perawatan lebih rendah dibanding pasien non-prolanis. Termasuk kualitas hidup lebih tinggi dan nilai ICER lebih baik pada pasien program Prolanis [10]. Agar semakin efektif, studi di sebuah puskesmas di kota Pekalongan merekomendasikan penerapan model *Information-Motivation-Behavioral Skill* untuk meningkatkan pengetahuan, motivasi dan kepuasan penderita DM [11].

PENGENDALIAN GAYA HIDUP MENURUT ADA

Aspek dasar dari pengendalian penyakit diabetes adalah pengelolaan atau manajemen gaya hidup. Manajemen gaya hidup menurut ADA terdiri dari a) Edukasi dan dukungan pengendalian diabetes secara mandiri atau Diabetes Self-management Education and Support (DSMES); b) Terapi nutrisi medis (medical nutrition therapy atau MNT); c) Aktivitas fisik; d) Konseling mengurangi rokok; dan e) Perawatan psikososial. Secara rinci ADA merekomendasikan pengendalian gaya hidup yang dilengkapi dengan informasi tingkat keberhasilan (*evidence rating*) pada tabel 2 berikut.

Tabel 2. Rekomendasi ADA dalam Pengelolaan Gaya Hidup untuk Diabetes[12]

No	Rekomendasi	Rating
a.	Edukasi dan dukungan pengendalian diabetes secara mandiri	

No	Rekomendasi	Rating
1	Seluruh penderita diabetes direkomendasikan untuk menjalani program edukasi dan dukungan secara mandiri untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang dibutuhkan.	B
2	Evaluasi kebutuhan seseorang terhadap program ini dilakukan pada empat waktu kritis yaitu saat menjalankan diagnosis, tahunan, ketika muncul komplikasi, dan ketika transisi jenis perawatan	E
3	Tujuan utama program DSMES adalah hasil klinis, status kesehatan dan kualitas hidup yang baik, dan selalu diukur secara rutin sebagai bagian dari perawatan	C
4	Program DSMES harus dijalankan dengan menerapkan patient-centre pada individu atau kelompok atau menggunakan teknologi, serta selalu dikomunikasi kepada tim perawatan pasien	A
5	Program DSMES dapat meningkatkan hasil dan mengurangi biaya sehingga direkomendasikan pembiayaan oleh pihak ketiga	E
b. Terapi Nutrisi Medis		
6	Terapi nutrisi medis dilakukan oleh ahli diet terdaftar, dan direkomendasikan bagi penderita DM tipe-1, DM tipe-2, prediabetes, dan diabetes gestasional	A
7	Bagi penderita DM tipe-2 non-insulin yang memiliki pemahaman rendah, atau pada lansia dan orang yang cenderung hipoglikemia, sebaiknya menjalani program pengurangan glukosa yang simple dan efektif, pengendalian berat badan, dan pemilihan makanan sehat	B
8	Pembiayaan terapi nutrisi medis sebaiknya dijamin oleh asuransi atau pihak ketiga	E
9	Program intervensi untuk menurunkan berat badan sangat direkomendasikan. Penurunan 5% BB diperoleh dengan kombinasi antara pengurangan intake kalori dan modifikasi gaya hidup, terutama bagi penderita DM dengan obesitas atau overweight dan prediabetes	A
10	Program diet karbohidrat, protein, dan lemak direncanakan secara individual, artinya tidak ada program diet yang ideal bagi setiap orang. Tujuan utamanya adalah menjaga kalori dan metabolisme dalam tubuh.	E
11	Dalam pengendalian DM tipe-2 dan prediabetes, pasien dapat menerapkan pola makan yang diinginkan (selama dapat terkontrol glukosa)	B
12	Asupan karbohidrat direkomendasikan yang banyak mengandung serat fiber, seperti buah-buahan, sayuran, kacang polong, biji-bijian, termasuk produk olahan susu	B
13	Pada penderita DM tipe-1 atau DM tipe-2 yang harus menjalani terapi insulin, direkomendasikan mendapatkan edukasi tentang menghitung asupan karbohidrat, menentukan asupan lemak dan protein, serta menentukan waktu makan yang tepat saat terapi insulin	A, B
14	Pada penderita yang secara rutin mendapatkan suntikan insulin tiap hari, direkomendasikan untuk mendapatkan asupan karbohidrat dengan pola yang konsisten serta memperhatikan waktu makan dan jumlah asupannya untuk mengendalikan glukosa dan risiko hipoglikemia	B
15	Penderita diabetes dan yang memiliki risiko diabetes disarankan menghindari minuman mengandung gula (termasuk jus buah) untuk mengontrol glukosa, mengurangi BB, menghindari risiko kardiovaskuler dan pembengkakan hati, serta direkomendasikan untuk mengurangi konsumsi makanan yang mengandung gula.	B,A

No	Rekomendasi	Rating
16	Pada penderita DM tipe-2, konsumsi protein dapat meningkatkan respon insulin tanpa meningkatkan konsentrasi plasma glukosa. Namun demikian, kandungan karbohidrat dalam protein sebaiknya dihindari	B
17	Direkomendasikan menjalankan diet Mediterania yang mengutamakan lemak monounsaturated dan polyunsaturated untuk meningkatkan metabolisme glukosa, dan mengurangi risiko penyakit kardiovaskuler, serta sangat efektif untuk diet lemak namun kaya akan karbohidrat	B
18	Direkomendasikan mengkonsumsi makanan yang kaya kandungan asam lemak rantai panjang seperti lemak ikan (EPA, DHA) serta kacang-kacangan dan biji-bijian (ALA) untuk mencegah dan mengobati kardiovaskuler. Namun demikian tidak ada bukti-bukti yang mendukung bahwa rutin mengkonsumsi EPA dan DHA dapat memberikan manfaat kesembuhan	B,A
19	Tidak ada bukti ilmiah yang cukup bahwa produk suplemen diet yang mengandung vitamin, mineral, herbal, atau rempah-rempah dapat meningkatkan kesehatan penderita DM, serta tidak direkomendasikan untuk pengontrolan glukosa	C
20	Orang dewasa dengan DM yang konsumsi alkohol sebaiknya dibatasi (untuk wanita tidak lebih dari 1 gelas minuman per hari, dan bagi laki-laki tidak lebih dari 2 gelas minuman per hari)	C
21	Alkohol dapat menyebabkan penderita DM menjadi hipoglikemia, untuk itu direkomendasikan agar diberikan edukasi dan kesadaran terhadap anjuran dan pengelolaan dalam menunda terjadinya hipoglikemia	B
22	Bagi setiap penderita DM direkomendasikan untuk membatasi konsumsi garam natrium < 2.300 mg per hari	B
23	Penggunaan pemanis non-kalori dan non-karbo dikhawatirkan dapat menyebabkan kekurangan kalori dan karbohidrat jika tidak ada mekanisme untuk menggantikan asupannya dari sumber makanan lain. Untuk itu penggunaan pemanis ini sebaiknya dipakai untuk strategi pengganti gula dalam jangka pendek saja.	B
c. Aktivitas Fisik		
24	Anak-anak dan orang dewasa awal dengan DM tipe-1 dan tipe-2 atau prediabetes dianjurkan untuk melakukan aktivitas fisik dengan intensitas sedang hingga kuat selama 60 menit per hari, serta melakukan aktivitas yang memperkuat otot dan tulang dengan intensitas tinggi minimal 3 hari per minggu	C
25	Orang dewasa akhir dengan DM tipe-1 dan tipe-2 dianjurkan menjalankan aktivitas aerobik dengan intensitas sedang-tinggi selama minimal 150 menit per minggu, dan dapat diperluas hingga 3 hari per minggu tanpa absen berturut-turut 2 hari.	
26	Orang dewasa akhir dengan DM tipe-1 dan tipe-2 dapat menjalani olahraga yang dihindari bagi penderita DM selama 2-3 sesi per minggu dalam hari yang berurutan	C, B
27	Seluruh orang dewasa akhir terutama penderita DM sebaiknya mengurangi waktu untuk menjalani gaya hidup kurang gerak (sedentary). Duduk yang lama sebaiknya diselingi tiap 30 menit untuk melakukan gerakan	B,C
28	Bagi lansia penderita DM, latihan yang fleksibel dan seimbang direkomendasikan selama 2-3 kali per minggu, termasuk melakukan Yoga dan Tai Chi untuk meningkatkan kekuatan otot	C

No	Rekomendasi	Rating
d. Mengurangi Rokok		
29	Direkomendasikan seluruh penderita DM agar tidak merokok atau mengkonsumsi produk tembakau lainnya, termasuk rokok elektrik	A, B
30	Dalam perawaran diabetes agar disertakan program pengurangan tembakau dan metode lainnya	A
e. Penanganan Psikososial		
31	Penanganan psikososial bagi seluruh penderita DM sebaiknya terintegrasi, kolaboratif, dengan pendekatan patient-centered, yang bertujuan agar diperoleh derajat kesehatan dan kualitas hidup sehat yang optimal	A
32	Selama penanganan psikososial dilakukan skrining dan upaya tindak lanjut yang meliputi parameter sebagai berikut: sikap terhadap diabetes, harapan terhadap pengobatan dan hasilnya, perasaan atau mood, kualitas hidup sehat, sumberdaya yang tersedia, dan riwayat kejiwaan	E
33	Pelayanan kesehatan sebaiknya mengukur gejala-gejala dari stress akibat diabetes, depresi, kecemasan, gangguan makan, dan kapasitas berfikir dengan standar yang sesuai dan sarana yang tervalidasi. Pengukuran dilakukan saat kunjungan awal, interval waktu tertentu, dan ketika terdapat perubahan terhadap kondisi penyakit, pengobatan dan atau lingkungan social. Direkomendasikan juga agar pemeriksaan dilakukan terhadap pengasuh dan anggota keluarga	B
34	Bagi pasien lansia ≥ 65 tahun sebaiknya dilakukan pemeriksaan gangguan kognitif dan depresi	B

REFERENSI

- [1] American Diabetes Association, "Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes - 2019," *Diabetes Care*, vol. 42, no. Supplement 1, pp. 513–528, 2019.
- [2] Kementerian Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2017 tentang Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Tahun 2015-2019*. Indonesia, 2017, p. [penjelasan].
- [3] Presiden Republik Indonesia, *Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat*. Indonesia, 2017, p. 2.
- [4] Kementerian Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Indonesia, 2016, pp. 9–13.
- [5] Kementerian Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Indonesia, 2016, p. [penjelasan].
- [6] PB Perkeni, *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2015*. Jakarta: PB Perkeni, 2015.
- [7] N. Kurniawati, C. Suryawati, and S. P. Arso, "Evaluasi Program Pengendalian Diabetes Melitus pada Usia Produktif di Puskesmas Sapuran Tahun 2019," *J. Kesehat. Masy.*, vol. 7, no. 4, pp. 633–646, 2019.

- [8] A. I. M. Rosdiana, B. B. Raharjo, and S. Indarjo, "Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis," *Higeia J. Public Heal. Res. Dev.*, vol. 1, no. 3, pp. 140–150, 2017.
- [9] E. Witcahyo, A. P. Wardani, and S. Utami, "Efektivitas Biaya Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Puskesmas," *Higeia J. Public Heal. Res. Dev.*, vol. 2, no. 3, pp. 622–633, 2018.
- [10] A. D. Aryani, F. N. Kurdi, and B. B. Soebyakto, "Cost Effectiveness Analysis (CEA) Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Diabetes Melitus Tipe 2 Peserta JKN di Kota Serang Banten," *J. Kedokt. dan Kesehat.*, vol. 3, no. 3, pp. 146–154, 2016.
- [11] S. Sugiharto, E. Mudaliya, P. B. Pambudi, and M. Riskiana, "Optimalisasi Program Pengolahan Penyakit Kronis (Prolanis) dengan Menerapkan Information-Motivation-Behavior Skill (IMB) Model di Kabupaten Pekalongan," *Kajen*, vol. 3, no. 1, pp. 16–25, 2019.
- [12] American Diabetes Association, "Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes - 2019," *Diabetes care*, vol. 42, no. Suppl. 1, pp. 546–560, 2019.