

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Diagnosis Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Abang I, Kabupaten Karangasem Bali Tahun 2015

Kumudini Subramaniam

Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

(kumudini_0813@yahoo.com)

Diterima: 10 Maret 2016. Ditetujui: 31 Maret 2016. Diterbitkan: Juni 2016

ABSTRAK

Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 merupakan salah satu penyakit yang menjadi perhatian di dunia dimana salah satu masalah utamanya adalah keterlambatan diagnose. Hal tersebut juga tampak di Puskesmas Abang I. Pada tahun 2014, 34 kasus baru DM dan sebanyak 74% terdiagnosis DM pertama kali karena telah datang dengan komplikasi seperti gangraine, retinopati, dan nefropati. Namun tidak ada informasi ataupun penelitian sebelumnya yang dapat menjelaskan alasan mengapa keterlambatan ini terjadi di Puskesmas Abang I. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan diagnosis diabetes mellitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Abang I, Kabupaten Karangasem. Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam kepada enam pasien yang telah mengalami komplikasi saat pertama kali terdiagnosis DM dan *focus group discussion* (FGD) bersama empat petugas kesehatan di Puskesmas Abang I yang terkait dengan layanan untuk pasien DM. Hasil penelitian menunjukkan faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan diagnosis diabetes mellitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Abang I diantaranya keterbatasan pengetahuan masyarakat terkait diabetes mellitus, persepsi negatif masyarakat mengenai diabetes mellitus, persepsi yang salah tentang pemeriksaan kesehatan secara dini, ketidakpercayaan masyarakat terhadap kualitas layanan puskesmas, penyakit diabetes mellitus bukan menjadi prioritas bagi puskesmas, dan kurangnya dukungan petugas kesehatan untuk melakukan deteksi dini DM. Berdasarkan temuan ini, Puskesmas hendaknya meningkatkan promosi kesehatan tentang DM dengan memperbanyak media Komunikasi informasi dan edukasi (KIE) yang mudah diakses oleh masyarakat disamping pentingnya untuk memasukkan penyakit tidak menular kedalam salah satu agenda kerja prioritas Puskesmas Abang I.

Kata Kunci: *faktor-faktor, keterlambatan diagnosis, Diabetes Melitus Tipe 2*

FACTORS AFFECTING THE DELAY IN DIAGNOSIS OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN THE WORKING AREA OF ABANG I HEALTH CENTRE, KARANGASEM DISTRICT BALI 2015

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) Type 2 is one of disease that has attraction around the world in which one of the main problem is the delay in the diagnosis of the disease. The delay in the diagnosis of DM can also be found in Abang I Health Centre. In the year of 2014, there is a total of 34 new cases of DM and 74% were diagnosed DM for the first time since has come with complications such as gangrene, retinopathy, and nephropathy. However, no information or previous research that may explain the reason why this delay occurred in Abang I Health Centre. This study aims to determine the factors that influence the delay in diagnosis of type 2 diabetes mellitus in the working area of Abang I Health Centre, Karangasem District. This study is a qualitative study with in-depth interviews among six patients that already had complication for the first time when diagnose with DM and focus group discussion (FGD) among four healthcare workers in Abang I Health Centre that has relationship with the service given to DM patient. The results showed that the factors affecting the delay in diagnosis

of type 2 diabetes mellitus in the working area of Abang I health centre consists of limitation of knowledge among the community about diabetes mellitus, the negative perception of diabetes mellitus among the community, misperception of early medical examination, lack of trust among the community towards the quality of health care service, diabetes mellitus is not of the priority for health care and lack of recommendation for the early detection of diabetes mellitus from the health care workers. Based on the findings, the healthcare centre should increase the promotion of health about DM disease through media communication and education (KIE) that is easily accessed by the community besides adding non-infectious disease into one the main priority work agenda in Abang I Health Centre

Keywords: *factors, delay in diagnosis, Type 2 Diabetes Mellitus*

PENDAHULUAN

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit metabolik kronis yang progresif dengan karakteristik hiperglikemia dan dapat mengakibatkan berbagai komplikasi akut maupun kronis (Brunner & Suddarth, 2002). Di seluruh dunia sekitar 150 juta, 220 juta, dan 382 juta individu menderita DM berturut-turut pada tahun 2000, 2010 dan 2013. Sebuah studi survei menyebutkan akan terjadi peningkatan jumlah individu dengan DM sebanyak 300 juta pada 2025 dan lebih dari 592 juta pada tahun 2030 (Wild dkk, 2004; International Diabetes Foundation report, 2014). Jumlah ini masih merupakan jumlah di permukaan saja, karena masih banyak pasien yang sebenarnya terkena DM atau dalam fase toleransi glukosa terganggu (TGT) namun tidak terdeteksi dini. Pada penelitian United Kingdom Prospective Diabetes Study, menunjukkan 25% pasien telah mengalami retinopati, 9% neuropati, dan 8% nefropati pada saat terdiagnosis DM pertama kali. Pasien yang terdiagnosis ini diperkirakan telah mengalami DM sejak 4-7 tahun sebelum terdiagnosis dengan komplikasi (Romesh Kardhori, 2014).

Ada beberapa faktor yang sering dikaitkan dengan keterlambatan diagnosis DM, seperti tingkat pengetahuan pasien, sikap dan perilaku pasien, riwayat DM di keluarga, penyedia layanan kesehatan, sosial budaya, ekonomi, fasilitas serta akses layanan kesehatan.

Pengetahuan mengenai faktor risiko DM seperti obesitas, usia >40 tahun, dan riwayat keluarga DM serta gejala awal DM seperti poliuri, polidipsi, dan polifagi merupakan faktor pendorong yang menimbulkan kesadaran bagi masyarakat untuk memeriksakan diri sebagai deteksi awal sebelum jatuh ke fase yang lebih

kronis (Lisa Ann dkk, 2010). Pengetahuan masyarakat berkaitan pula dengan tingkat pendidikan, ada tidaknya pemberian edukasi dari dokter, puskesmas, atau lingkungan sekitar.

Selain dari sisi pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat terhadap suatu penyakit juga perlu dikaji. Aspek sosial dan budaya mempengaruhi persepsi, sikap dan perilaku seseorang. Suatu gejala penyakit dapat dianggap hal yang biasa atau diabaikan (Tonni dkk, 2001).

Orang dengan riwayat keluarga DM cenderung memiliki tingkat kecurigaan lebih tinggi terhadap gejala awal dan faktor risiko DM dibandingkan pada orang tanpa riwayat keluarga DM sehingga kesadaran untuk memeriksakan diri lebih tinggi pula (Zuhaid dkk, 2012). Di samping itu, lingkungan sosial dan keluarga juga mengambil andil yang penting dalam hal memberikan dukungan dan perhatian terhadap gejala penyakit, gaya hidup, dan pengobatan pasien (Cavallerano, 2009)

Suatu review dari suatu observasi di Atlanta Medical Center menyatakan keterlambatan diagnosis DM tidak sepenuhnya kesalahan pasien. Sebagian besar (60%) praktisi kesehatan di penyedia pelayanan kesehatan primer tidak memberikan saran untuk pemeriksaan gula darah pada pasien yang berisiko DM ketika mereka datang tanpa keluhan atau keluhannya tidak spesifik untuk DM, diagnosis dini DM kebanyakan didapatkan dari pasien yang memang melakukan general check up. Disamping itu, banyak pula praktisi kesehatan yang tidak merencanakan program follow-up yang baik ketika kadar glukosa darah pasien tinggi namun masih dibawah rentangan kategori DM (fase TTG), padahal indeks glikemi tersebut dapat terus menyebabkan kerusakan mikrovaskuler dan makrovaskuler, kemudian berkembang menjadi DM yang

irreversible, dan akhirnya menimbulkan komplikasi yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas pasien (Lisa Ann dkk, 2010). Pemeriksaan glukosa darah yang penting dilakukan terutama di penyedia pelayanan kesehatan primer seperti puskesmas harus pula didukung dengan adanya fasilitas yang memadai dan akses ke puskesmas yang terjangkau masyarakat.

Sesuai dengan data di dunia, kasus penduduk dengan DM di Kecamatan Abang, Karangasem yang diperoleh dari data register Puskesmas Abang I pada tahun 2014 juga menunjukkan adanya peningkatan, jumlah kasus penduduk dari tahun 2013 yaitu 59 kasus meningkat menjadi 96 kasus, Keterlambatan diagnosis DM ditemukan pula di wilayah kerja Puskesmas Abang I, yang bahkan lebih signifikan persentasenya yaitu dari 34 kasus baru DM di Puskesmas Abang I, sebagian besar (74%) terdiagnosis DM pertama kali karena telah datang dengan komplikasi seperti gangrene, retinopati, dan nefropati. Namun tidak ada informasi ataupun penelitian sebelumnya yang dapat menjelaskan alasan mengapa keterlambatan ini terjadi di wilayah kerja Puskesmas Abang I.

Berdasarkan analisa situasi di atas, peneliti menggali pengalaman pasien yang datang dengan komplikasi saat pertama kali terdiagnosis DM, sehingga bermanfaat sebagai acuan dalam merencanakan solusi yang tepat untuk mengatasi masalah ini khususnya bagi puskesmas yang merupakan lini terdepan penyedia pelayanan kesehatan masyarakat..

METODE

Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kualitatif. Studi ini mengkaji perspektif-perspektif dan informasi dari responden mengenai alasan keterlambatan diagnosis pasien DM dengan metode wawancara mendalam dan focus group discussion (FGD).

Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Abang I Karangasem pada tanggal 8-11 Maret 2015

Teknik Pengambilan Responden

Jumlah responden awal yang diambil adalah sejumlah 5 pasien DM dan 4 orang dari pihak

puskesmas. Jumlah responden dianggap cukup apabila informasi yang diperoleh telah homogen atau menunjukkan adanya saturasi data. Untuk mendukung penelitian ini maka digunakan purposive sampling untuk menentukan responden. Responden yang dipilih adalah pasien DM yang tercatat dalam register pelayanan Puskesmas, telah mengalami komplikasi saat pertama kali terdiagnosis DM serta pihak yang terkait dengan pelayanan pasien DM di puskesmas yaitu dokter umum, perawat, dan pemegang program promosi kesehatan.

Strategi Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam pada pasien DM yang telah mengalami komplikasi saat pertama kali terdiagnosis DM mengenai alasan keterlambatan diagnosis untuk pengumpulan data untuk mengetahui alasan keterlambatan diagnosis pasien. Disamping wawancara, peneliti juga akan mengumpulkan informasi dari pihak puskesmas yang terdiri atas dokter, perawat, dan pemegang program puskesmas, mengenai alasan keterlambatan diagnosis pasien dengan cara focus group discussion (FGD). Hasil wawancara kemudian akan direkam, dicatat, dan dibuat transkrip.

Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan yaitu:

Faktor Internal

1. Tingkat Pengetahuan
2. Sikap
3. Perilaku

Faktor Eksternal

1. Pelayanan kesehatan
2. Akses terhadap pelayanan kesehatan
3. Fasilitas puskesmas
4. Program puskesmas
5. Sosial dan Budaya
6. Ekonomi
7. Keluarga

Definisi Operasional Variabel

Faktor internal yaitu faktor yang berasal dari dalam diri pasien, terdiri atas :

1. Tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan adalah tentang seberapa jauh pengetahuan pasien mengenai DM secara umum, faktor risiko DM, gejala DM, pemeriksaan DM dan komplikasi DM. Tingkat pengetahuan ini adalah pengetahuan pasien sebelum terdiagnosis DM.

2. Sikap

Sikap merupakan pendapat, respon, dan kesadaran mengenai hal-hal yang berkaitan dengan faktor risiko DM, gejala DM, pemeriksaan dini DM dan komplikasi DM. Sikap ini adalah sikap pasien sebelum terdiagnosis DM.

3. Perilaku

Perilaku berkaitan dengan konsistensi dan ketepatan tindakan atau aktivitas yang dilakukan pasien yang berkaitan dengan deteksi dini DM, seperti melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, mengikuti rencana follow up, dan mencari informasi kesehatan dari berbagai media informasi.

Faktor eksternal yaitu faktor yang berasal dari luar diri pasien, terdiri atas :

1. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan adalah berupa mekanisme anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penentuan diagnosis, manajemen, serta planning dan follow up terkait deteksi dini DM. Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter umum, dokter spesialis, perawat, dan pekerja laboratorium, baik di puskesmas, rumah sakit, klinik, maupun praktek swasta.

2. Akses terhadap pelayanan kesehatan

Akses terhadap pelayanan kesehatan meliputi keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan maupun tempat melakukan pemeriksaan kesehatan yang berkaitan dengan transportasi dan lokasi, apakah menghambat pasien atau membuat pasien enggan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan maupun follow up.

3. Fasilitas puskesmas

Berkaitan dengan ketersediaan, kecukupan, dan kualitas fasilitas kesehatan di Puskesmas Abang I seperti alat pemeriksa gula darah dan mini laboratorium yang mendukung deteksi DM yang cepat dan tepat

4. Program puskesmas

Program puskesmas adalah mengenai apakah terdapat program skrining DM pada pasien yang berisiko DM dan promosi kesehatan yang

berkaitan dengan deteksi dini DM, serta bagaimana sasaran, target, dan efektifitas program tersebut

5. Keluarga

Berkaitan dengan perhatian keluarga sebelum pasien terdiagnosis DM mengenai gejala-gejala penyakit yang timbul pada pasien. Berkaitan pula dengan dukungan yang diberikan oleh keluarga pasien sebelum terdiagnosis DM untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, dan juga mengenai kebiasaan dalam keluarga sebelum pasien terdiagnosis DM serta riwayat penyakit dalam keluarga.

6. Sosial dan budaya

Yaitu kebiasaan atau tradisi yang ada di masyarakat, yang mempengaruhi sikap dan perilaku pasien. Juga mengenai anggapan bahwa suatu penyakit berasal dari suatu kekuatan jahat dan terdapat cara non medis/ritual untuk mengobatinya.

7. Ekonomi

Yaitu mengenai keterjangkauan biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk memperoleh pelayanan kesehatan khususnya untuk melakukan pemeriksaan dini DM apakah termasuk bisa dijangkau atau memberatkan pasien yang dikaitkan pula dengan tingkat penghasilan pasien, bantuan pembiayaan dari keluarga, subsidi, dan asuransi. Selain itu juga mengenai prioritas atau alokasi dari penghasilan atau dana yang dimiliki untuk kepentingan kesehatan.

Analisis Data

Pengolahan dan analisis data menggunakan analisis tematik, perspektif dan informasi yang diperoleh dikaji menjadi variabel-variabel sehingga didapatkan faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan diagnosis pasien DM di Puskesmas Abang I. Analisis tematik terdiri atas beberapa tahapan yaitu mendengarkan hasil rekaman wawancara kemudian mengubah rekaman hasil wawancara yang berbentuk audio menjadi teks, dilanjutkan dengan coding yaitu menganalisis tema-tema yang muncul dari hasil wawancara dan memberikan kode khusus pada tema-tema yang telah ditentukan. Tahap selanjutnya adalah analisis deduktif yaitu menggolongkan hasil coding ke dalam kategori tema tanpa menutup kemungkinan adanya kategori tema baru yang

berkaitan dengan topik penelitian. Data kemudian ditampilkan dalam bentuk narasi ditambah dengan

kutipan wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1: Karakteristik responden (pasien) Diabetes Melitus

| Responden | Umur (tahun) | Jenis Kelamin | Pekerjaan | Tingkat Pendidikan | Lama menderita DM (tahun) | Alamat | Tempat pertama kali terdiagnosis DM | Komplikasi saat terdiagnosis DM | Asuransi |
|-----------|--------------|---------------|------------------|--------------------|---------------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| R1 | 57 | Laki-laki | Wiraswasta | Tamat SMA | 10 | Desa Tiyingtali | Rumah sakit | Neuropati | BPJS |
| R2 | 58 | Laki-laki | Wiraswasta | Tamat SD | 1 | Desa Ababi | Puskesmas Abang | Retinopati | JKBM |
| R3 | 60 | Laki-laki | Tidak kerja | Tidak sekolah | 15 | Desa Abang | Rumah sakit | Gangren | JKBM |
| R4 | 70 | Perempuan | Pedagang | Tidak sekolah | 1,5 | Desa Ngis | Puskesmas Abang | Ulkus diabetikum | JKBM |
| R5 | 62 | Perempuan | Ibu rumah tangga | Tidak sekolah | 1 | Desa Nawakerti | Puskesmas Abang | Gangren | BPJS |
| R6 | 55 | Laki-laki | Pegawai swasta | Tamat SMA | 10 | Desa Tribuana | Dokter praktik swasta | Neuropati | Tidak punya |

Tabel 2: Karakteristik responden (petugas puskesmas)

| Responden | Jabatan |
|-----------|--|
| R7 | Dokter |
| R8 | Perawat |
| R9 | Pemegang Program Lansia |
| R10 | Pemegang Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular |

FAKTOR MEMPENGARUHI KETERLAMBATAN DIAGNOSIS PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2

Faktor predisposisi (Predisposing factor)

1. Keterbatasan pengetahuan masyarakat terkait diabetes mellitus

Menurut Green, pengetahuan yang ada pada individu dapat menjadi penentu perilaku seseorang. Dengan pengetahuan, seseorang akan mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah tertentu. Pengetahuan masyarakat yang masih

kurang mengenai diabetes mellitus tipe 2 (DM) diantaranya yaitu pengetahuan mengenai gejala

DM, dan faktor risiko DM, dan pemeriksaan terkait DM yang mempengaruhi keterlambatan diagnosis DM. Hal ini terlihat dari beberapa pernyataan pasien yang menunjukkan kurangnya pengetahuan mengenai DM.

2. Persepsi negatif masyarakat mengenai diabetes mellitus

Keterlambatan diagnosis DM dipengaruhi oleh keyakinan atau persepsi pasien terhadap sakitnya. Responden seringkali menyepelekan gejala DM. Hal ini menandakan persepsi masyarakat yang salah tentang keseriusan penyakit yang diderita. Responden menganggap DM bukanlah penyakit yang harus ditangani serius. Hal ini terlihat dari respon responden di bawah ini.

3. Persepsi yang salah tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan secara dini

Beberapa orang tidak menaruh perhatian pada kesehatan mereka, salah satunya dengan tidak melakukan deteksi dini. Terdapat beberapa alasan yang mendasari untuk tidak berpartisipasi aktif dalam skrining kesehatan, yaitu keyakinan, prioritas, dan akses (Tripp, 2001). Kesadaran untuk memeriksakan kesehatan lebih dini dipengaruhi oleh persepsi masyarakat tentang manfaat pemeriksaan kesehatan dan ketakutan masyarakat terhadap hasil pemeriksaan. Hal tersebut dapat dilihat dari pernyataan responden.

4. Ketidakpercayaan masyarakat terhadap kualitas layanan puskesmas

1. Persepsi masyarakat mengenai manajemen layanan puskesmas yang menyulitkan masyarakat. Keengganan pasien untuk melakukan pemeriksaan kesehatan berkaitan dengan keluhan mengenai manajemen layanan kesehatan, baik dalam hal administrasi atau waktu tunggu periksa, dan kepercayaan masyarakat terhadap puskesmas yang dapat mempengaruhi kunjungan masyarakat ke puskesmas untuk memeriksakan kesehatannya khususnya DM.

2. Faktor pemungkin (Enabling factor)

Penyakit diabetes mellitus bukan menjadi prioritas bagi puskesmas

a. Belum adanya alokasi dana khusus DM

Deteksi dini dan pencegahan untuk penyakit degeneratif seperti diabetes melitus masih belum menjadi prioritas utama bagi pemerintah dalam millennium development goals (MDGS) Indonesia yang meliputi penurunan angka kematian ibu dan anak, penurunan angka kemiskinan dan kelaparan, serta memerangi penyakit menular seperti HIV/AIDS dan malaria (UNDP Indonesia, 2013).

b. Fasilitas yang belum memadai

Ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai berkaitan dengan ketepatan diagnosis penyakit dan kualitas pelayanan kesehatan (Fraser, et al., 2010). Salah satu fasilitas kesehatan yang berkaitan dengan diagnosis DM adalah alat pemeriksa kadar gula darah. Keterbatasan jumlah alat pemeriksa gula darah ini berpengaruh terhadap pemberian layanan puskesmas dan pelaksanaan program puskesmas.

c. Belum optimalnya program terkait DM (preventif, treatment, dan rehabilitatif)

Dari bidang preventif atau pencegahan, hanya dilakukan konseling pribadi dan belum adanya penyuluhan masal mengenai DM. Menurut Notoadmojo (2002), penyuluhan kesehatan yang efektif dapat dilakukan melalui metode ceramah, diskusi kelompok, panel, role play, demonstrasi, symposium, dan seminar pada kelompok sasaran. Disamping itu materi penyuluhan hanya terbatas pada gaya hidup sehat, belum dilakukannya penyuluhan yang mengkhususkan pada deteksi dini DM dan pelaksanaan penyuluhan juga tidak terjadwal dengan baik.

Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) yang efektif perlu diberikan kepada pasien DM untuk memberikan pemahaman mengenai faktor risiko DM, gejala DM, rencana pengobatan dan follow-up, diet, serta exercise dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien, kepatuhan pengobatan, serta mencegah munculnya komplikasi (Gunay, 2006).

Apabila pasien pada fase toleransi glukosa terganggu (TGT) diberikan KIE sebagai tatalaksana nonfarmakologi serta rencana follow-up yang tepat, maka dapat dicegah perkembangannya menjadi DM dan komplikasi lebih lanjut (Lisa Ann dkk, 2010). Namun responden tidak mendapatkan KIE dari dokter di Puskesmas Abang I pada fase awal sebelum terdiagnosis DM disertai komplikasi dan pada akhirnya terdiagnosis DM pertama kali telah disertai komplikasi di RSUD Karangasem. Dari hasil pengamatan, upaya tatalaksana penderita DM yang dilakukan puskesmas sudah cukup baik, namun pemberian KIE pada pasien dinilai belum

opimal. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan berikut.

Di bidang rehabilitatif, puskesmas Abang I mempunyai program kunjungan rumah pasien yang disebut dengan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) untuk memantau pasien DM. Program perkesmas terhambat pelaksanaannya karena tidak dapat dilaksanakan pemeriksaan kadar glukosa darah sebagai skrining/deteksi dini DM dan memonitor kadar glukosa darah pasien DM

3. Faktor penguat (Reinforcing factor)

Kurangnya dukungan petugas kesehatan untuk melakukan deteksi dini

Menurut US Preventive Services Task Force (USPSTF) pada tahun 2008 merekomendasikan untuk dilakukan skrining kadar glukosa darah pada dewasa tua yang asimtomatik dengan tekanan darah (pada yang mendapat perawatan atau tidak) lebih tinggi dari 135/80 mmHg. Namun responden diatas yang memiliki riwayat hipertensi sejak sebelum terdiagnosis DM serta berusia diatas 45 tahun, tidak pernah diberikan anjuran oleh dokter untuk melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah sebelum akhirnya menderita gangrene sebagai komplikasi lanjut DM.

Suatu review dari suatu observasi di Atlanta Medical Center menyatakan keterlambatan diagnosis DM tidak sepenuhnya kesalahan pasien. Sebagian besar (60%) praktisi kesehatan di penyedia pelayanan kesehatan primer tidak memberikan saran untuk pemeriksaan gula darah pada pasien yang berisiko DM ketika mereka datang tanpa keluhan atau keluhannya tidak spesifik untuk DM (Lawrence, 2014). Dari hasil wawancara ditemukan pertentangan antara responden yang merupakan pasien dan responden yang merupakan petugas puskesmas dimana responden dari pasien menyatakan tidak mendapat saran atau anjuran untuk melakukan pemeriksaan gula darah. Hal tersebut terlihat dari pernyataan responden berikut di bawah ini.

Implikasi hasil penelitian terhadap program puskesmas

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dijalankan oleh peneliti, terdapat beberapa hal yang dapat dilibatkan ke dalam program

puskesmas di Abang I. Faktor predisposisi merupakan faktor yang mempermudah perilaku seseorang. Dalam hal ini, perlu dilakukan langkah-langkah untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat untuk melakukan deteksi dini penyakit khususnya diabetes mellitus. Hal yang dapat dilakukan seperti melakukan KIE yang lebih efektif, promosi kesehatan atau penyuluhan masal rutin tentang penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, memperbanyak media informasi terkait DM seperti poster atau pamphlet, video edukasi. Di puskesmas Abang I, program pemberantasan penyakit tidak menular belum menjadi prioritas sehingga diharapkan program penyakit tidak menular seperti halnya diabetes mellitus dimasukkan dalam program kerja, dan fasilitas kesehatan agar dapat ditingkatkan oleh instansi terkait sehingga dapat mendukung atau memfasilitasi perubahan perilaku masyarakat sendiri.

Kelemahan Penelitian

Dalam melakukan ini, keterbatasan peneliti dalam menggali informasi dan memprobing saat dilakukan wawancara dengan responden terutama dengan triangulasi dengan keterangan yang diperoleh dari petugas kesehatan.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keterlambatan diagnosis pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Abang I. Faktor yang mempengaruhi ini terdiri atas faktor predisposisi yang terdiri atas keterbatasan pengetahuan masyarakat terkait diabetes mellitus, persepsi negatif masyarakat mengenai diabetes mellitus, persepsi yang salah tentang pemeriksaan kesehatan secara dini, faktor pemungkin seperti ketidakpercayaan masyarakat terhadap kualitas layanan puskesmas, penyakit diabetes mellitus bukan menjadi prioritas bagi puskesmas, dan faktor penguat yaitu anjuran untuk melakukan deteksi dini DM.

SARAN

Adapun saran yang dapat kami ajukan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai penyakit DM yang dapat dilakukan dengan melakukan penyuluhan masal yang rutin dan memperbanyak media informasi terkait DM seperti poster, brosur, video-video edukasi terkait materi penyuluhan.
2. Memasukkan program pemberantasan penyakit tidak menular ke dalam program kerja puskesmas sehingga upaya pencegahan dan penanggulangannya dapat lebih optimal.
3. Meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan oleh instansi terkait sehingga menunjang program-program puskesmas.
4. Diperlukan penelitian lebih lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

1. American Diabetes Association. (2010). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. *Diabetes Care* Vol.33: 562-569.
2. Arifin, A. L. dkk. (2011). *Krisis Hiperglikemia pada Diabetes Melitus*.
3. Baradero, M. (2009). *Klien Gangguan Endokrin Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC
4. Beers MH, Berkow R, eds. (1999). *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy 17th ed*.
5. Cavallerano, J. (2009). *Optomeri Clinical Practice Guidline. Care of the Patient with Diabetes Mellitus*. Edisi 3. St.louis:Lindbergh blvd.
7. Corwin, E. J. (2007). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
8. Fitzgerald JT, Gruppen LD, Anderson RM, Funnell MM, Jacober SJ, Grunberger G, Aman LC. (2000). The influence of treatment modality and ethnicity on attitudes in type 2 diabetes. *Diabetes Care*.
9. Fraser, Lisa-Ann, et al. (2010). Delay in Diagnosis of Diabetes Is Not the Patient's Fault. *American Diabetes Association*.
10. Greenstein, B dan Diana F. Wood, (2006). *At a Glance Sistem Endokrin*. Edisi Kedua. Jakarta: Penerbit Erlangga.
11. Gunay. T., Ulusel. B., Velipasaoglu. S., Unal. B., Ozgener. N. (2006). Factors affecting adult knowledge of diabetes in Narlidere Health District, Turkey: Departement of Public Health, Dokuz Eylul University.
12. Harris MI, Klein R, Welborn TA, Knuiman MW. (1992). Onset of NIDDM occurs at least 4–7 year before clinical diagnosis. *Diabetes Care*.
13. Inzucchi, S., Porte, D., Sherwin, R., dan Baron, A. (2005). *The Diabetes Mellitus Manua : A Primary Care Companion*. Edisi 1. New York: Mc Graw-Hill Companies.
14. Lorga, T, Srithong, K, Manokulanan, P, Nyein Aung, TN, Nyein Aung, M. (2012). Public knowledge of diabetes in Karen Ethnic rural residenes: a community-based questionnaires study in the far north-west of Thailand. Thailand: Dove Medical Press Ltd.
15. Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
16. Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
17. Palaian. S., Chetri. A.K., Prabhu. M., Rajan. S., dan Shankar. P.R. (2005). The Impact of Pharmaceutical Care on The Clinical Outcame of Diabetes Mellitus Among a Rural Patient Population. *Internasional Journals of Diabetes in Developing Countries*, 28(1): 15-18.
18. *Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI)*, (2011). *Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2011*. Jakarta
19. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. (2001). Clinical inertia. *Ann Int Med*.
20. Saleh et al. (2012). Knowledge and self-care practices regarding diabetes among newly diagnosed type 2 diabetiks in Bangladesh: a cross-sectional study. *BMC Public Health*.
21. Tassier D, Menard J, Fulop T, Ardilouze JL, Roy MA, Dubac N, Dubois MF, Gauthier P. (2000). Effect of aerobic physical exercise in the elderly with type 2 diabetes mellitus. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
22. Taylor C, Keim KS, Sparrer A, Van Delinder J, Parker S. (2004). Social and cultural barriers to Diabetes Prevention in Oklahoma American Indian Women. *Prev Chronic Dis* [serial online] 2004 Apr [date cited]. Available from: URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/apr/03_0017.htm.

23. Tenenbaum A, et al. (1999). Am J Cardiol.
24. Tjokoprawiro, Askandar. (2006). Hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes Mellitus. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
25. Tripp-Reimer, T. and Choi, E. and Kelley, L. S. and Enslein, J, C. (2001) Cultural Barriers to Care: Inverting the Problem. Diabetes Spectrum, 14(1). Pp. 13-22.
26. USPSTF. (2008). Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine 148(11):864-854
27. Wee HL, Ho HK, Li SC. (2001). Public Awareness of Diabetes Mellitus in Singapore. Singapore Med J.
28. WHO. (2003). Screening for Type 2 Diabetes: Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting. World Health Organization, Geneva.
29. Zuhaid. M. and Zahir K. K. and Diju I. U. (2012). Knowledge and perceptions of diabetes in urban and semi urban population of Peshawar, Pakistan. J Ayub Med Coll Abbottabad.

