

# Gambaran Model Pemberdayaan Penyandang Prediabetes di Wilayah Kerja Puskesmas Cimahi Utara Kota Cimahi Tahun 2011

Hotma Rumahorbo<sup>1</sup>, Atin Karjatin<sup>1</sup> dan Mamat Rahmat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Jurusan Keperawatan Bandung Politeknik Kesehatan Bandung

Email : [Hotma\\_rumahorbo@yahoo.com](mailto:Hotma_rumahorbo@yahoo.com)

**ABSTRAK** : Prediabetes merupakan prakondisi Diabetes dengan risiko absolut DMT2 sebesar 2-10 kali. Diabetes merupakan faktor risiko penyakit Jantung dan Stroke yang merupakan penyebab utama kematian di Indonesia. Diabetes dapat dicegah dengan memperbaiki pola makan dan pola latihan fisik penyandang Prediabetes. Penelitian bertujuan untuk memperoleh gambaran model pemberdayaan penyandang Prediabetes yang dapat memperbaiki pola makan dan pola latihan fisik di Wilayah kerja Puskesmas Cimahi Utara, Kota Cimahi Tahun 2011. Jenis dan disain penelitian adalah studi kualitatif dengan disain fenomenologi. Responden berjumlah 18 orang, terdiri dari penyandang prediabetes, kader, perawat, kepala puskesmas dan kasie p2p. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus dan pengolahan dan analisis data menggunakan pendekatan Collazii. Hasil penelitian menunjukkan belum dijumpai model pemberdayaan yang sedang atau yang akan digunakan dalam meningkatkan pola makan dan pola latihan fisik penyandang prediabetes. Kegiatan pengendalian penyakit prediabetes baru pada tahap deteksi faktor risiko dengan skrining glukosa darah pada penduduk yang berusia diatas 18 tahun. Direkomendasikan agar dikembangkan model pemberdayaan pasien prediabetes yang sesuai dengan situasi dan kondisi sumber daya yang ada di masyarakat serta melibatkan masyarakat secara maksimal.

**Kata Kunci** : Pemberdayaan, Diabetes, Prediabetes

**ABSTRACT:** Pre-diabetes is a precondition to the absolute risk of T2DM diabetes by 2-10 times. Diabetes is a risk factor for heart disease and stroke is the leading cause of death in Indonesia. Diabetes can be prevented by improving diet and physical exercise with pre-diabetes. The research aims to obtain a model of empowering people with pre-diabetes can improve diet and physical exercise in the Northern Territory Puskesmas Cimahi, Cimahi Year 2011. Jenis and design research is a qualitative study with a phenomenological design. Respondents totaling 18 people, made up of people with prediabetes, volunteers, nurses, health centers and Kasie p2p head. Data collection was done by in-depth interviews and focus group discussions and the processing and analysis of data using Collazii approach. The results showed not found empowerment model that is or will be used to improve diet and physical exercise with prediabetes. Disease control activities at the stage of prediabetes new risk factor detection by screening blood glucose in people aged over 18 years. It is recommended that the patient empowerment model developed prediabetes according to the situation and condition of existing resources in the community and involve the community to the fullest.

**Keywords:** Empowerment, Diabetes, Pre-diabetes

## PENDAHULUAN

Prediabetes merupakan kondisi yang menunjukkan peningkatan kadar glukosa darah namun belum dapat digolongkan dalam kategori diabetes<sup>1</sup>. Dalam perkembangannya, 1/3 dari pasien prediabetes akan menjadi diabetes melitus tipe 2 (DMT2) dalam waktu 3-5 tahun, namun dapat pula berakhir menjadi normoglikemia atau tetap prediabetes yang akhirnya menjadi DMT2. Prediabetes meningkatkan risiko absolut menjadi DMT2 sebesar 2-10 kali dan bahkan pada beberapa populasi tertentu risiko tersebut dapat lebih tinggi<sup>2</sup>.

Bilamana seorang prediabetes tidak melakukan penanganan yang tepat terhadap

glukosa darahnya maka kesempatan untuk berkembangnya diabetes pada orang tersebut berkisar 70 %<sup>3</sup>. Pendapat tersebut diperkuat oleh Nichols, Hillier, & Brown yang mengatakan "seorang pasien prediabetes membutuhkan waktu untuk menjadi diabetes < 3 tahun"<sup>4</sup>

Terkait dengan DM sebagai faktor risiko cardiovaskuler, Petrella, R. J, & Chudyk, mengatakan "at any given level of major cardiovascular risk factors, diabetes is associated with an odds ratio 2-4 for cardiovascular mortality compared with non diabetic subjects"<sup>5</sup>. Diabetes dapat dicegah melalui deteksi dini dan pengelolaan prediabetes secara tepat. Prediabetes selalu mendahului diabetes sekalipun tanpa gejala dan tanda yang bermakna sehingga sering

tidak disadari oleh penderitanya. Prediabetes merupakan kondisi klinis yang serius yang perlu secara dini dikenali.<sup>3</sup>

Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar tahun 2007, prevalensi prediabetes merupakan prevalensi glukosa darah puasa (GDP) sebesar 10,2%, dengan prevalensi tertinggi di Papua Barat sebesar 21,8 % dan terendah di Nusa Tenggara Timur 4,9 %. Dengan demikian diperkirakan terdapat sekitar 24 juta penduduk Indonesia telah menjadi pasien prediabetes<sup>6</sup>. Masih dari sumber yang sama, di Jawa Barat terdapat prevalensi prediabetes sebesar 7,8 % obesitas sentral sebesar 23,1 % dengan prevalensi rata-rata nasional sebesar 18,8 % dan obesitas umum sebesar 12,8 %. Obesitas merupakan salah satu faktor risiko terbesar prediabetes. Hasil studi yang dilakukan oleh Yunir, Waspadji & Rahajeng di Depok Jawa Barat terhadap populasi yang berusia  $\geq 25$  tahun menunjukkan prevalensi prediabetes mencapai 33,96 %.<sup>7</sup> Sementara itu, hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan februari 2011 di wilayah kelurahan Cibabat terhadap 24 orang masyarakat berusia  $>18$  tahun, terdapat 30 % pasien diduga mengalami diabetes, 37,5 % diduga mengalami prediabetes dan 37,5% lainnya dinyatakan normal.

Dengan mengamati kejadian diabetes dan prediabetes di masyarakat maka upaya pencegahan diabetes seharusnya dapat lebih diprioritaskan mengingat pembiayaan kesehatan bagi pasien diabetes 2-3 kali lebih besar dari pembiayaan kesehatan bagi orang sehat,<sup>8</sup> disamping dampak patologis dan psikologis yang ditimbulkan diabetes terhadap penderitanya. Pencegahan terhadap diabetes dilaksanakan melalui pengenalan kelompok prediabetes dan penanganan dini secara efektif. Penanganan prediabetes ditujukan pada pengelolaan berbagai faktor risiko melalui perubahan perilaku yang menetap dan mandiri. Dari berbagai kajian, beberapa model pemberdayaan pasien diabetes dan prediabetes telah dikembangkan di berbagai negara, seperti model Promotora de salud, Model Chronic Care (CCM) dan Model Koalisi.<sup>9,10,11</sup> Ketiga model tersebut menunjukkan pengaruh yang positif dalam merubah gaya hidup pasien prediabetes. Hector et. al, melaporkan model promotora, dapat meningkatkan perilaku kesehatan, meningkatkan status kesehatan dan mengurangi hospitalisasi.<sup>9</sup>

Berdasarkan pengalaman peneliti sebagai perawat, model pemberdayaan yang secara khusus ditujukan pada pasien prediabetes untuk mengembalikan kadar glukosa darah belum dijumpai. Namun pengalaman ini masih

membutuhkan pendalaman lebih lanjut tentang program dan kebijakan yang ada di institusi pelayanan kesehatan serta situasi dan kondisi pada masyarakat sendiri. Informasi yang diperoleh akan menjadi masukan dalam mengembangkan model pemberdayaan yang dapat diimplementasikan di masyarakat.

Berbagai informasi tersebut akan diperoleh melalui studi pendahuluan di masyarakat Cibabat Kota Cimahi sebagai wilayah yang mempresentasikan kondisi Kota Cimahi pada umumnya berdasarkan kepadatan penduduk dan jenis pekerjaan masyarakat.

## METODE

Jenis penelitian adalah studi kualitatif dengan disain fenomenologi karena peneliti ingin mendapatkan informasi yang menggambarkan model pemberdayaan pasien prediabetes yang telah dikembangkan serta situasi dan kondisi masyarakat saat sekarang. Penelitian dilakukan di wilayah kerja puskesmas Cibabat, Kota Cimahi dari tanggal 4 Februari sampai 7 Maret 2011. Adapun responden yang bertindak sebagai informan dalam penelitian ini adalah : Kepala Kelurahan Cimahi Utara, Kepala Seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Cimahi, Kepala Puskesmas Cimahi Utara, Perawat Puskesmas Cimahi Utara, Kader kesehatan RW 19 Kelurahan Cimahi Utara, dan Pasien prediabetes RW 19 kelurahan Cimahi Utara.

Pemilihan partisipan didasarkan pada tujuan penelitian yaitu partisipan yang memiliki kapasitas dalam memberi informasi terkait tujuan penelitian. Selain itu juga penentuan jumlah partisipan didasarkan pada kecukupan dimana informasi yang diterima telah memenuhi unsur saturasi dari suatu informasi. Partisipan dibagi atas 4 kelompok yaitu pemangku kebijakan kesehatan seperti kelurahan, dinas kesehatan dan puskesmas. Kelompok lain adalah perawat puskesmas; kader kesehatan dan kelompok pasien prediabetes.

Pengumpulan data dilakukan dengan 2 metoda wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus. Wawancara mendalam dilakukan kepada 3 orang partisipan yaitu, Kepala Seksi P2P Dinas Kesehatan Kota Cimahi, Kepala Puskesmas Cibabat Kota Cimahi serta masyarakat awam. Wawancara dilakukan langsung oleh peneliti. Diskusi kelompok terfokus dilakukan terhadap kelompok perawat, kelompok kader kesehatan dan kelompok pasien prediabetes. Diskusi kelompok dipandu oleh peneliti serta dibantu oleh seorang notulen yang mencatat dan

merekam hasil diskusi. Metoda triangulasi terhadap sumber data dilakukan yaitu pejabat dinas kesehatan, kepala puskesmas dan perawat.

Terhadap informasi yang diperoleh selanjutnya dilakukan pengolahan dan analisis dengan menggunakan pendekatan Collazii dengan langkah mendengar dan menyimak seluruh deskripsi partisipan melalui rekaman data yang diperoleh; mengidentifikasi kata kunci melalui penyaringan pernyataan partisipan yang signifikan dengan fenomena; menemukan makna dari setiap kata kunci; mengorganisasikan makna yang telah teridentifikasi kedalam kelompok tema; mengintegrasikan semua hasil penelitian dalam suatu narasi; melakukan validasi hasil penelitian dengan kembali mengunjungi partisipan dan menambahkan dalam narasi bila ditemukan data baru dalam proses validasi.

## HASIL

### Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kualitatif dimana data yang diungkap bukan merupakan fakta yang dapat divalidasi melainkan data berupa pendapat atau persepsi partisipan baik yang diperoleh melalui wawancara maupun diskusi kelompok. Bilamana dalam pengumpulan data, pemilihan dan penggunaan metoda tidak dilakukan secara cermat maka akan dapat membiaskan hasil penelitian.

Sekalipun triangulasi sumber data telah dilakukan dimana pertanyaan yang sama diajukan kepada 3 orang partisipan, namun secara khusus pengolahan informasi yang diperoleh dari ketiga sumber tidak dilakukan secara khusus oleh karena adanya kesamaan informasi dari ketiga sumber.

### Model Pemberdayaan Pasien Prediabetes

Informasi yang diperoleh dari hasil wawancara dengan kepala seksi pencegahan dan pemberantasan penyakit (gahtaskit) Dinas Kesehatan Kota Cimahi dan kepala puskesmas Cibabat dimana model pemberdayaan pasien prediabetes di wilayah kerja Kota Cimahi khususnya kelurahan Cibabat belum dijumpai. Kegiatan langsung dalam pengendalian penyakit prediabetes yang saat ini dilaksanakan berupa deteksi faktor risiko dengan skrining glukosa darah pada penduduk yang berusia diatas 18 tahun.

### Program pelayanan kesehatan bagi pasien

#### Prediabetes

Terkait dengan program, diperoleh informasi sebagai berikut,

*"mulai tahun 2010 dibeberapa wilayah puskesmas kami sudah mulai melakukan skrining glukosa darah di beberapa wilayah "(dr.R)*

*"hingga saat ini kami belum secara spesifik memprogramkan penanganannya karena anggaran yang terbatas"(dr.R) "terus terang kami belum punya program khusus untuk penanganan prediabetes karena program yang masih baru dan kami masih kekurangan tenaga khususnya perawat" (dr.PT)*

Terkait dengan pelayanan keperawatan bagi pasien diabetes dan prediabetes yang seharusnya dapat dilaksanakan oleh tenaga perawat namun hal ini belum dapat dijalankan secara optimal. Menurut para perawat, sebagian besar waktu bekerja perawat merupakan pelayanan pengobatan, mengerjakan laporan-laporan dan melakukan pelayanan kesehatan di posyandu dan posbindu.

*"kami perawat tapi kami mengerjakan bukan pekerjaan perawat, setengah perawat, setengah dokter" (Perawat N).*

*"sedih juga sih,tapi ya gimana lagi"(Perawat T)*

Baik kepala puskesmas maupun para perawat mengemukakan penyebab pelayanan perawatan yang belum berjalan disebabkan terbatasnya jumlah tenaga yang ada khususnya tenaga perawat, meningkatnya jumlah kunjungan pasien dan banyaknya tugas pelimpahan pelayanan pengobatan.

*"yang kami lihat dan rasakan penyebabnya mah..kurang tenaga, terus kunjungan pasien banyak "( Perawat T).*

*"saat ini kami hanya memiliki tenaga perawat 4 orang, seluruhnya lulusan DIII, betul-betul kami kekurangan tenaga"(dr PT)*

Sekalipun tenaga kesehatan belum optimal dalam pelayanan kesehatan langsung ke lapangan namun peran serta masyarakat khususnya para kader dirasakan sangat membantu dalam pelayanan kesehatan yang selama ini berjalan.

*"kami sangat terbantu dengan kekeradaan kader meskipun masih banyak yang harus dibenahi" (dr.PT).*

"kader yang ada sekarang bisa diandalkan"(dr.R)

Tokoh masyarakat termasuk lurah dan aparat desa dirasakan mendukung program kesehatan dan selama ini dapat bekerjasama,

"kami senang dan banggalah karena pak lurah dan aparat desa sangat mendukung dan bisa bekerjasama dalam program-program kesehatan selama ini"(dr PT) "selama ini kami bekerjasama dengan pihak puskesmas"(Lurah E)

Kader merupakan satu bentuk peran serta masyarakat, dimana melalui keberadaan kader, berbagai program dan informasi dapat tersampaikan ke masyarakat namun dalam pelaksanaan tugas-tugas kader dirasakan belum optimal. Pembinaan terhadap kader dilaksanakan bekerjasama dengan PKK wilayah dilaksanakan setiap bulan sekali. Pembinaan tidak dapat dilakukan terhadap semua kader oleh karena terbatasnya sumber dana.

"pembinaan kader dilaksanakan sebulan sekali, yang dihadiri oleh pengurus PKK, dokter dan perawat puskesmas" (Kader E).

"tidak semua dapat diundang karena keterbatasan anggaran"(dr PT).

"penekanan pada berbagai permasalahan di lapangan terkait tugas para kader"(Perawat N).

Jumlah dan jenis ketenagaan kader di masyarakat saat ini sangat bervariasi antara lain kader dasawisma, kader posyandu, kader posbindu, kader juru pemantau jentik (jumantik), kader pemantau makan obat(PMO) dan lainnya. Di setiap kelurahan, jumlah kader berkisar 150-200. Kader dasawisma bertugas membina 10-15 keluarga terdekat di lingkungan tempat tinggal kader. Kader posyandu bertugas melakukan penimbangan balita di posyandu dan kader PTM memberikan pelayanan kesehatan untuk usia lanjut di Posbindu .Jumlah kader di setiap RW mencapai 25-30 orang. Sekalipun secara dministratif, jumlah kader di setiap RW cukup besar namun di beberapa RW jumlah kader yang aktif hanya berkisar 3-5 orang. Berbagai faktor yang menyebabkan banyaknya kader yang tidak aktif adalah pemahaman para kader tentang tugas-tugas yang harus dilaksanakan, kurangnya pembinaan secara teknis dan kesadaran yang kurang dari para kader sendiri.

Oleh karena keterbatasan kader yang aktif , tidak jarang 1 orang kader harus bertugas

melaksanakan tugas kader-kader yang lainnya. Disamping kader kesehatan juga ada kader dasawisma yang membina 10-15 keluarga di lingkungan tempat tinggal kader. Hingga saat ini kader dasawisma masih berjalan membina keluarga di wilayah terdekat,

"kader dasawisma mah masih berjalan bu sampai sekarang dan ada pertemuan rutin"(Kader D )"di tempat kami kader dasawisma cukuplah"(Pembina PKK).

"saya pernah mendengar ada kader tapi belum pernah didatangi"(IbuM,masyarakat). "tahu...bu, di RT kita ada kader yang menjemput dan menimbang anak balita"(Tn E,masyarakat)

Kader dasawisma bertugas menyuluhan, menggerakkan dan mencatat kondisi keluarga yang ada dalam kelompoknya, seperti adanya ibu hamil, ibu menyusui, balita, orang sakit, orang meninggal, pindah ,orang yang buta huruf dan sebagainya. Informasi dari semua keluarga binaan disampaikan oleh kader dasawisma kepada kelompok PKK setingkat diatasnya, yang akhirnya sampai di Tim Penggerak PKK Desa/Kelurahan.

Keberadaan kader dasawisma yang aktif yang dapat melaksanakan tugas penyuluhan dan pemeriksaan kesehatan ditanggapi secara positif,

"kader mah banyak bu, kalau catatan mah dan semua juga sudah dapat surat SK dari pak lurah..tapi yang aktif itu-itu keneh " (Kader D)

"kalau kader di kelurahan kita sangat banyak dan semuanya telah mendapat SK dari kelurahan, tapi soal aktifnya mah..silahkan ibu menemui ibu pengurus PKK"( Lurah ES)

"mendapat kader yang bisa aktif memang susah, punya anak sekolah kudu nganter dulu, suami bekerja tapi ya itu juga udah bersyukur pada mau kalau diminta"( Pembina PKK)

"sementara ini para kader dapat lebih dioptimalkan"(dr.R)

Pelaksanaan tugas sebagai kader dimaknai oleh para kader sebagai tanggung jawab social yang harus dilaksanakan sehingga para kader dapat melaksanakan kegiatan di posbindu dan posyandu.

"memang bertugas sebagai kader itu, social sifatnya tapi harus dilaksanakan demi masyarakat,...proyek amallah istilahnya mah...." (Kader, T).

Wacana tentang perlunya para kader mendapatkan honor sehubungan dengan tugasnya sebagai kader dinyatakan bukan

sebagai suatu keharusan karena selama ini memang tidak ada.

*"ada gitu bu?", kan udah biasa proyek akhirat "selama ini kami tidak pernah mendapat gaji atau upah istilahnya mah ; sebagai kader kami sukarela saja". "kalau ada mah, tidak nolak juga bu...rezki"(dengan tertawa renyah(Kader T).*

Tentang kemampuan yang dimiliki oleh para kader dirasakan masih kurang karena kebanyakan dari para kader belum pernah mendapat pelatihan,

*" tidak semua kader bisa ikut pelatihan, di jatah oleh dinas (Kader, E ) "ada yang sudah dilatih, tapi kebanyakan belum"(Kader M).*

Para kader berusaha untuk belajar sendiri dan bertanya dengan perawat yang datang ke posbindu atau posyandu.

*"kalau ada yang tidak dimengerti atau ragu kami bertanya sama perawat aja"(Kader E). "bertanya ke puskesmas"(Kader Sr).*

Perawat merasakan bahwa kader aktif bertanya bila ada yang tidak dimengerti dan dihubungi para kader untuk menanyakan berbagai hal terkait tugas para kader.

*" kami sering melayani pertanyaan ibu-ibu kader seputar masalah keseharian dalam pelayanan kepada masyarakat "(Perawat R).*

Para kader antusias dalam membantu masyarakat supaya bisa tetap sehat tetapi para kader membutuhkan bimbingan dari pihak puskesmas. Hal ini juga menjadi harapan para kader agar semua kader menjalani bimbingan dan pelatihan dulu sebelum menjadi kader.

*"kami minta aja bu..untuk dilatih dulu sebelum bertugas sebagai kader supaya kami bisa paham "( Kader S ). "jadi membuat kita juga semangat, tambah ilmu"(Kader A). "selain untuk masyarakat,ilmunya juga diterapkan di keluarga"(Kader E)*

Berdasarkan informasi yang diperoleh baik dari pihak dinas kesehatan, pihak puskesmas maupun dari para kader sendiri, pelatihan belum dapat dilaksanakan untuk keseluruhan kader karena anggaran yang terbatas. Selama ini pelatihan kader hanya dapat diikuti oleh sebagian kecil kader. Terkait dengan keterlibatan pihak puskesmas dalam

pelatihan kader belum dapat dilaksanakan oleh karena berbagai keterbatasan yang ada.

*"selama ini, pelatihan dilaksanakan sepenuhnya oleh pihak dinas kesehatan"(drPT)*

*"pelatihan kader oleh dinas kesehatan bekerjasama dengan PKK kelurahan"(Kader T)*

*"pelatihan kader kami laksanakan dengan bekerjasama dengan dinas kesehatan"(Pembina PKK)*

Penunjukan kader untuk mendampingi dan membimbing mentee, sesaat para kader terdiam. Para kader merasakan tugas yang diemban para kader yang sekarang ini sudah sangat banyak sehingga menjadi satu kekhawatiran bagi para kader tugas-tugas tidak dapat dilaksanakan.

*"tugas-tugas kader yang ada ini sudah overload dan kami khawatir tidak bisa ( Kader Sr)*

*"tapi kan untuk masyarakat kita juga"(Kader E)*

Hal ini disebabkan oleh banyaknya kader yang tidak aktif. Sekalipun demikian para kader tetap akan melaksanakan kegiatan yang direncanakan,

*"kami mah dengan senang hati bu, karena masyarakat kami juga yang ditolong dan kami akan mendekati para kader yang ada untuk dapat aktif" (Kader E)*

*"pan nanti dilatih heulanya bu, dikasih tau apa aja tugasnya" (Kader Sr ).*

Wacana untuk mengangkat kader baru ditanggapi positif oleh peserta.

*" itu lebih bagus bu...supaya nanti mereka dilatih dulu...istilahnya mah mendapat tugas khusus "(Kader E)*

*"kayaknya lebih baik kalau perwakilan mereka(mentee) salah satu jadi kader"( Kader K).*

Hal ini menjadi pertimbangan para kader mengingat terbatasnya warga yang mau menjadi kader. Berbagai alasan tidak aktifnya para kader,

*"tidak jelas bu alasannya, mungkin kalau dapat honor pasti pada mau bu."(Kader Sr)*

*"karena tidak jelas sih bu, kalau hanya untuk ikut-ikut saja kan...mungkin tidak enjoy , sebab banyak juga yang hanya*

terima SK tetapi tidak tahu kalau dia ditunjuk pak lurah jadi kader "(Kader E)

Tentang pengangkatan kader yang selama ini dilaksanakan, sepenuhnya menjadi wewenang PKK wilayah dengan menetapkan surat keputusan bagi nama-nama kader yang diusulkan oleh RW setempat. Pemilihan kader dimulai di tingkat RT dengan musyawarah warga, namun tidak selalu berhasil menyepakati siapa yang menjadi kader.

*"seringnya mah pada menolak bu, ya akhirnya udah aja disampaikan kepada ketua PKK kelurahan bagi yang menolak untuk ditentukan sendiri "(Kader J)*

Persyaratan menjadi kader belum pernah ada karena dengan persyaratan ada kekhawatiran tidak ada yang bersedia menjadi kader,

*"Ah...bu. susah masyarakat mah...segitu juga, musti harus sedikit dipaksa baru mau jadi kader...( Kader D, ibu ketua RT)*

Pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan oleh para perawat fasilitator perlu dibangun melalui kegiatan pelatihan

*"ya...dilatih dululah kami-kami nanti ini supaya bisa"(Perawat R)*

*"udah karatan, ilmunya udah pada lupa"(Perawat S)*

*"kan pasti pelatihan dulu merenan ya bu..."(Perawat N)*

Pengetahuan tentang pelayanan kesehatan dan perawatan bagi para pasien diabetes dan prediabetes yang pernah diikuti oleh para perawat dirasakan belum optimal,

*"Ilmu tentang perawatan diabetes dan prediabetes mah..semenjak kerja belum pernah dapat lagi...yah..waktu kuliah itu aja"(Perawat N)*

*"Kalau pelatiha seperti itu mah jarang, yang banyaknya yang kaitannya dengan program, misalnya sekarang kan lagi dipersiapkan program konseling rokok, nah petugas kami ada yang dilatih"(Perawat Sr)*

**Pendekatan yang di lakukan dalam program pemberdayaan pasien prediabetes**

**Kerjasama dengan RS dan Institusi Pendidikan**

Puskesmas belum memiliki kerjasama dengan RS maupun dengan institusi pendidikan dalam pelaksanaan berbagai program khususnya pemberdayaan pasien prediabetes

*"secara formal, sampai saat ini kami belum memiliki ikatan kerjasama dengan RS atau institusi pendidikan"(drPT)*

*"mungkin ke depan kami coba menjajagi"(drPT)*

*"selama ini kami mengadakan kerjasama dengan institusi pendidikan dalam pelaksanaan praktik belajar di lapangan untuk para mahasiswa keperawatan"(dr R)*

**Kerjasama berbagai Organisasi Kemasyarakatan**

Berbagai organisasi kemasyarakatan berada di tengah-tengah masyarakat baik yang terkait dengan bidang social, pemerintahan dan kesehatan belum melaksanakan kolaborasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan bagi masyarakat khususnya prediabetes.

*" ada banyak organisasi yang bekerja di masyarakat"(Pejabat bidang pemberdayaan pemerintah Kota Cimahi)*

Kerjasama yang terbangun diantara organisasi tersebut belum terbangun

*"kami masih membenahi agar semua organisasi yang bekerja di masyarakat dapat saling bekerjasama untuk kepentingan masyarakat"( Pejabat bidang pemberdayaan pemerintah Kota Cimahi)*

*"berharap ke depan bisa dibangun kerjasama agar masyarakat betul-betul merasakan manfaatnya"(Lurah ES)*

## BAHASAN

Kondisi di Indonesia berbeda dengan di banyak Negara. Dari kajian menunjukkan berbagai model pemberdayaan pasien diabetes dan prediabetes telah banyak dikembangkan seperti model promotora, model chronic care dan model koalisi. Ketiga model dinyatakan secara empiris terbukti dapat memperbaiki kualitas hidup pasien diabetes dan prediabetes melalui perubahan nilai berbagai indikator seperti nilai HBA1C, kadar glukosa darah, tekanan darah, self efficacy terhadap diabetes , peningkatan pengetahuan dan ketrampian pasien , perubahan motivasi dan lainnya. Ketiga model juga efektif dalam mencegah prediabetes menjadi diabetes melalui berbagai perubahan yang ditunjukkan oleh pasien.

Berbagai hambatan yang dijumpai di lapangan saat ini antara lain berbagai kebijakan di bidang penanggulangan penyakit tidak menular seperti halnya diabetes dirasakan masih relatif baru dan bahkan tahun 2010 baru dimulai dengan program sosialisasi. Faktor lain adalah keterbatasan sumber daya manusia khususnya tenaga keperawatan baik dari sisi jumlah maupun kualifikasinya. Tenaga keperawatan sebagai tenaga kesehatan pada lini terdepan dengan berbagai program perawatan kesehatan masyarakat hanya memiliki 4 orang tenaga perawat dengan tingkat pendidikan D III 2 orang dan SPK 2 orang. Disamping itu, kebijakan dalam penugasan tenaga keperawatan dalam pelayanan pengobatan di puskesmas juga menjadi hambatan tersendiri oleh karena pelayanan pengobatan yang harus tetap berjalan di puskesmas sebagian dilaksanakan oleh tenaga perawat. Hal ini menjadi alas an kurangnya waktu kerja perawat untuk dapat memberikan pelayanan langsung dalam upaya pencegahan berbagai penyakit kronis seperti prediabetes.

Faktor lain yang dapat dikaji terkait dengan hubungan kerjasama stakeholder kesehatan dengan pimpinan wilayah setempat khususnya dalam membangun kerjasama kader dan petugas kesehatan. Dalam pelaksanaan di lapangan dimana para kader yang seharusnya dapat menjadi perpanjangan tangan petugas kesehatan belum berjalan optimal karena kurangnya pembinaan dan pelatihan kader.

Bila dikaitkan dengan apa yang telah dikembangkan di banyak Negara seperti model promotor yang dibangun dari keberadaan anggota masyarakat sebagai promotor, pembaharu dan dinamisator di tengah-tengah masyarakat dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan pasien diabetes dan prediabetes. Dalam model ini, kehadiran promotor menjadi titik sentral dalam meningkatkan kualitas hidup pasien melalui berbagai kegiatan kesehatan seperti penyuluhan, pemeriksaan kesehatan sederhana. Para promotor mendapatkan pendidikan dan pelatihan khusus sebagai tenaga kesehatan informal tersertifikasi *diabetes educator*. Dalam pelaksanaan tugas, para promotor dibantu oleh tenaga profesional dari unit pelayanan kesehatan terdekat seperti perawat komunitas dan ahli gizi tersertifikasi *diabetes educator*.

Kondisi yang telah ada di masyarakat saat ini, dimana kader telah ada di tengah-tengah masyarakat seharusnya menjadi satu kekuatan yang dapat dioptimalkan. Pada model promotor, dimana masyarakat dilatih dan dibimbing sehingga mampu berperan sebagai

perpanjangan tangan petugas kesehatan dapat menjadi satu bukti bahwa masyarakat dapat berperan optimal bila dilibatkan secara maksimal.

## SIMPULAN

Dari uraian yang telah dipaparkan dimuka, peneliti dapat menarik kesimpulan bahwa model pemberdayaan pasien prediabetes di Kota Cimahi khususnya di wilayah kerja puskesmas Cibabat belum dijumpai. Hubungan kerjasama antara masyarakat dengan stakeholder khususnya dengan puskesmas telah berjalan namun masih dapat lebih dioptimalkan bilamana ada model kerjasama yang dibangun yang menggambarkan peran serta aktif masyarakat dalam berbagai program kesehatan yang ada. Keterbatasan tenaga perawat baik dari segi jumlah maupun kualifikasi ,pengetahuan dan ketrampilan keperawatan yang berhubungan dengan penanganan prediabetes dan diabetes serta kebijakan dan system penugasan yang belum terimplementasikan menjadi hambatan dalam pelaksanaan kerjasama dengan masyarakat secara sinergis.

## SARAN

Dengan demikian dapat disarankan agar dikembangkan model atau pendekatan dalam memberdayakan pasien penyandang Prediabetes yang sesuai dengan situasi dan kondisi wilayah Kota Cimahi Perawat sebagai tenaga kesehatan di lini terdepan perlu dioptimalkan, keberadaan kader di tengah-tengah masyarakat, antusiasme masyarakat dalam berbagai kegiatan pelayanan kesehatan serta kerjasama dengan para pimpinan wilayah menjadi beberapa kekuatan yang perlu disinergikan dalam pemberdayaan penyandang Prediabetes.

## DAFTAR PUSTAKA

1. American Diabetes Association (2005), Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus, Diabetes care, Volume 28, Supplement 1, S 37-42.
2. Persatuan Diabetes Indonesia (2009), *Buku panduan pengelolaan dan pendekahan prediabetes*, Catakan pertama, Jakarta.
3. American Diabetes Association, NIDDKD (2004), Prevention or delay of diabetes , Diabetes care, Volume 27, Supplement.1.

4. Nichols, G. A, Hillier, T. A, & Brown, J. B, (2007), *Progression from newly acquired impaired fasting glucose to type 2 diabetes*, *Diabetes Care*, 30 (2), 228-233
5. Petrella, R. J, & Chudyk, A, (2011), *Effect of exercise on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes*, a meta analysis, diperoleh dari <http://care.diabetesjournals.org/content/34/5/1228>, diperoleh 12 April 2011.
6. Depertemen Kesehatan RI. (2008)., Jakarta: DepKes RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2007*.
7. Yunir, E, Waspadji, S, & Rahajeng, E, (2009), *The pre-diabetic epidemiological study in Depok*.
8. National institute of diabetes and digestive and kidney diseases, *national diabetes Statistics*
- (2007). *U.S Department Of Health and Human Services*, national institutes of health, 2008, diperoleh dari [http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/DM\\_Statistics.pdf](http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/DM_Statistics.pdf)
9. Hector, B, Alfarado, M, Cantu, F, Pedregon, F, & Fulwood, R, (2009), *A promotora de salud model for addressing cardiovascular disease risk factors in the US-Mexico border region*, diperoleh dari [www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jan/08](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jan/08), diunduh tanggal 12 Maret 2011.
10. Health initiative of the Americas University of California, 2010) Promotoras as agents of change in public health emergencies (policy brief), 2010.
11. Wagner, (1998), Overview of the chronic care model, <http://www.improvingchroniccare.org/change/model/components.html>, diunduh pada 25 Feb 2010.