



PEDOMAN

PENGENDALIAN DIABETES MELITUS

DAN PENYAKIT METABOLIK

**DIREKTORAT PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR
DIREKTORAT JENDERAL PENGENDALIAN PENYAKIT DAN
PENYEHATAN LINGKUNGAN
DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2008**

KATA PENGANTAR

Diabetes Melitus adalah penyakit gangguan metabolik menahun yang lebih dikenal sebagai pembunuh manusia secara diam-diam atau "*silent killer*". Sering kali manusia tidak menyadari kalau dirinya telah menyandang diabetes, dan begitu mengetahui semuanya sudah terlambat karena sudah komplikasi. Diabetes dikenal juga sebagai "*mother of disease*" yang merupakan induk/ibu dari penyakit-penyakit lain seperti hipertensi, penyakit jantung dan pembuluh darah, stroke, gagal ginjal, dan kebutaan.

Sebagian besar kasus diabetes melitus adalah penyandang diabetes tipe 2 yang 90 % penyebabnya adalah perubahan gaya hidup yang cenderung kurang aktifitas fisik, diet tidak sehat dan tidak seimbang serta konsumsi tembakau (merokok). Oleh karena itu, titik berat pengendalian Diabetes Melitus adalah pengendalian faktor risiko melalui aspek preventif dan promotif secara terintegrasi dan menyeluruh.

Pedoman Pengendalian Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik ini disusun sebagai langkah awal yang nantinya akan menjadi Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia yang diharapkan sebagai payung kebijakan dalam perencanaan, pelaksanaan dan penilaian kegiatan Pengendalian Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik di Pusat dan Daerah.

Pada kesempatan ini, saya ucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada tim penyusun dan kontributor pedoman ini selama penyusunan draft, seminar pedoman dan finalisasinya.

Saya sangat mengharapkan buku ini dapat dipergunakan sebagai acuan para pemegang kegiatan dalam pengendalian diabetes melitus dan penyakit metabolik. Oleh sebab itu, masukan dan kritik positif sangat diharapkan untuk penyempurnaannya. Terima kasih.

Jakarta, Desember 2008
Direktur Pengendalian PTM



dr. Yusharmen, D.GommH,MSc
NIP.140 150 335

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR SINGKATAN	iv
DAFTAR LAMPIRAN	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan	5
C. Sasaran.....	6
D. Ruang Lingkup.....	7
E. Pengertian	7
BAB II KEBIJAKAN, STRATEGI dan KEGIATAN	15
A. Kebijakan	15
B. Strategi	15
C. Kegiatan.....	16
BAB III KEGIATAN POKOK	19
A. Pusat	19
B. Dinas Kesehatan Provinsi	20
C. Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota.....	21
D. Rumah Sakit	22
E. Puskesmas	22
BAB IV MEKANISME KERJA	23
A. Perencanaan	23
B. Pelaksanaan	24
C. Monitoring dan Evaluasi	25
BAB V PENUTUP	33
DAFTAR KEPUSTAKAAN	35
LAMPIRAN	37

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Pengendalian Diabetes Melitus Secara Terintegrasi 17 dan Komprehensif Berdasarkan Upaya Pencegahan
Tabel 2	Kegiatan Monitoring dan Evaluasi berdasarkan input, proses.....28 output dan outcome

LM3	: Lembaga Menanggulangi Masalah Merokok
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MONEV	: Monitoring dan Evaluasi
PBB	: Perserikatan Bangsa-Bangsa
PEDI	: Perhimpunan Edukator Indonesia
PERKENI	: Perkumpulan Endokrinologi Indonesia
PERSADIA	: Persatuan Diabetisi Indonesia
PEMDA	: Pemerintah Daerah
PERDA	: Peraturan Daerah
PKK	: Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PL	: Penyehatan Lingkungan
PM	: Penyakit Metabolik
Polindes	: Poliklinik Desa
POLRI	: Polisi Republik Indonesia
Posbindu	: Pos Pembinaan Terpadu
Poskestren	: Pos Kesehatan Pesantren
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PP	: Pengendalian Penyakit
PP	: Peraturan Pemerintah
PPM	: Pemberantasan Penyakit Menular
Promkes	: Promosi Kesehatan
PT	: Perseroan Terbatas
PT	: Perguruan Tinggi
PTM	: Penyakit Tidak Menular
P2PTM	: Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
RI	: Republik Indonesia
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RS	: Rumah Sakit
SEANET NCD	: South East Networking for Non Communicable Disease
SEARO	: South East Asian Regional Office
SEPIM	: Surveilans Epidemiologi Imunisasi
Setjen	: Sekretariat Jenderal

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Rancangan (Draft) Keputusan Menteri Kesehatan 37 Republik Indonesia Nomor : Tentang Pedoman Pengendalian Diabetes Melitus Dan Penyakit Metabolik
Lampiran 2	Faktor Risiko Bersama PTM Utama 40
Lampiran 3	Tim Penyusun..... 41 Pedoman Pengendalian Diabetes Melitus

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM) telah menjadi masalah kesehatan masyarakat yang cukup besar di Indonesia. Hal ini ditandai dengan bergesernya pola penyakit secara epidemiologi dari penyakit menular yang cenderung menurun ke penyakit tidak menular yang secara global meningkat di dunia dan secara nasional telah menduduki sepuluh besar penyakit penyebab kematian dan kasus terbanyak, diantaranya penyakit diabetes melitus (DM) dan penyakit metabolik (PM).

Pada tahun 2000, *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa dari statistik kematian di dunia, 57 juta jiwa kematian terjadi setiap tahunnya disebabkan oleh PTM dan diperkirakan bahwa sekitar 3,2 juta jiwa per tahun penduduk dunia meninggal akibat DM. Selanjutnya, pada tahun 2003 WHO memperkirakan 194 juta jiwa atau 5,1% dari 3,8 miliar penduduk dunia yang berusia 20-79 tahun menderita DM dan pada 2025 akan meningkat menjadi 333 juta jiwa. WHO memprediksi Indonesia, bahwa ada kenaikan dari 8,4 juta diabetisi pada tahun 2000, akan meningkat menjadi sekitar 21,3 juta diabetisi pada tahun 2030. Hal ini akan menjadikan Indonesia menduduki peringkat ke 4 (empat) dunia setelah Amerika Serikat, China, dan India dalam prevalensi diabetes (Diabetes Care, 2004)

Pada tahun 2005 WHO telah mencatat bahwa 70% angka kematian dunia disebabkan oleh penyakit tidak menular. Yaitu, 30% karena penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker (13%), penyakit kronis lainnya (9%), saluran pernapasan kronis (7%), kecelakaan (7%) dan 2% disebabkan karena DM. Kontribusi DM terhadap penyakit jantung dan pembuluh darah sebagai penyebab kematian utama tersebut sangat besar. Hasil telaah para pakar diabetes menyimpulkan bahwa penyakit hipertensi pada diabetisi di Indonesia meningkat dari 15% menjadi 25%, dan 40%-50% dari penderita penyakit jantung adalah diabetisi. Sedangkan komplikasi kronik lainnya, seperti stroke, kebutaan, penyakit ginjal kronik, luka kaki yang sulit sembuh, dan impotensi merupakan masalah besar bagi kelangsungan hidup dan produktivitas manusia yang mengakibatkan beban biaya kesehatan yang sangat mahal (WHO, 2005).

Prevalensi obesitas berkaitan erat dengan urbanisasi dan kemudahan mendapatkan makanan serta banyaknya jumlah makanan yang tersedia. Urbanisasi dan perubahan status ekonomi yang terjadi di negara-negara sedang berkembang berdampak pada peningkatan prevalensi obesitas pada populasi di negara-negara ini, termasuk di Indonesia.

Di kawasan Asia-Pasifik, antara lain Korea Selatan, sebanyak 20,5% penduduknya mempunyai berat badan lebih dan 1,5% tergolong obes. Di Thailand, 16% penduduknya mempunyai berat badan lebih dan 4% tergolong obes. Sedangkan di China, 12% laki-laki dan 14,4% perempuan memiliki berat badan lebih untuk daerah perkotaan. Sementara untuk daerah pedesaan, 5,3% laki-laki dan 9,8% perempuan mempunyai berat badan lebih. Obesitas tidak hanya terjadi pada penduduk dewasa tetapi juga pada anak-anak dan remaja. Penelitian yang telah dilakukan di Malaysia akhir-akhir ini menunjukkan bahwa prevalensi obesitas mencapai 6,6% pada kelompok umur 7 tahun dan 13,8% pada kelompok umur 10 tahun. Di China, 5-11% anak sekolah mengalami obesitas pada anak umur 6-14 tahun (Inoue, 2000).

Survei nasional yang telah dilakukan pada tahun 1996/ 1997 di ibukota seluruh propinsi di Indonesia menunjukkan bahwa 8,1% penduduk laki-laki dewasa (> 18 tahun) mengalami berat badan lebih dengan Index Massa Tubuh (IMT) sebesar 25-27 kg/ m² dan 6,8% mengalami obesitas dengan IMT sebesar 27-30. Sedangkan 10,5% penduduk wanita dewasa (> 18 tahun) mengalami berat badan lebih dan 13,5% lainnya mengalami obesitas. Pada kelompok umur 40-49 tahun berat badan lebih maupun obesitas mencapai puncaknya yaitu masing-masing 24,4% dan 23% pada laki-laki dan 30,4% dan 43% pada wanita. Sementara hasil intervensi pada orang dengan obesitas yang telah dilakukan di Depok pada tahun 2001, 2002 dan 2003 menunjukkan penurunan kasus yaitu 48,6 %, 45 % dan 44 %. (Depkes, 2003).

Hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2007 menunjukkan bahwa secara nasional, prevalensi DM berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala adalah 1,1 %. Sedangkan prevalensi nasional DM berdasarkan hasil pengukuran gula darah pada penduduk umur > 15 tahun yang bertempat tinggal di perkotaan adalah 5,7 %. Riset ini juga menghasilkan angka Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) secara nasional berdasarkan hasil pengukuran gula darah yaitu pada penduduk berumur > 15 tahun yang bertempat tinggal di perkotaan sebesar 10,2 % (Depkes, 2008).

Diagnosis DM pada survei ini adalah pemeriksaan glukosa plasma darah sewaktu yang berdasarkan WHO 1999 dan American Diabetes Association (ADA) 2003 sebagai berikut:

- a. < 140 mg/dL adalah tidak DM
- b. 140 mg/dL - < 200 mg/dL adalah TGT
- c. > 200 mg/dL adalah DM

Faktor risiko DM dan PM sangat erat kaitannya dengan perilaku tidak sehat, yaitu diet tidak sehat dan tidak seimbang, kurang aktivitas fisik, merokok, mempunyai berat badan lebih (obesitas), hipertensi, hiperkolesterolemia, dan konsumsi alkohol. Pengendalian DM dan PM dilakukan melalui pencegahan dan penanggulangan faktor risiko tersebut diatas.

Berkaitan dengan faktor risiko tersebut diatas, riskesdas tahun 2007 telah menghasilkan angka-angka prevalensi faktor risiko DM sebagai berikut; prevalensi nasional obesitas umum pada penduduk berumur > 15 tahun sebesar 10,3 %, dan obesitas sentral sebesar 18,8 %, prevalensi nasional hipertensi berdasarkan pengukuran pada penduduk berumur > 18 tahun adalah 29,8 %, prevalensi nasional merokok setiap hari pada penduduk berusia > 10 tahun sebesar 23,7 % dan sebanyak 85,4 % perokok telah merokok di dalam rumah ketika bersama dengan anggota keluarganya. Prevalensi nasional kurang makan buah dan sayur pada penduduk berusia > 10 tahun sebesar 93,6 % dan prevalensi kurang aktifitas fisik pada penduduk berumur > 10 tahun sebesar 48,2 % sedangkan untuk prevalensi peminum alkohol pada 12 bulan terakhir sebesar 4,6 % (Depkes, 2008)

WHO telah merekomendasikan bahwa strategi yang efektif perlu dilakukan secara terintegrasi dan menyeluruh, berbasis masyarakat dengan kerjasama lintas program, lintas sektor dan swasta (organisasi profesi dan organisasi masyarakat). Menyadari upaya pengendalian DM dan PM tidak dapat hanya dilakukan oleh sektor kesehatan atau pemerintah saja, WHO untuk kawasan Asia Tenggara / South East Asian Regional Office (SEARO) telah mengembangkan South East Asian Networking for Non Communicable Disease (SEANET-NCD) sebagai jejaring regional dengan memfasilitasi negara anggota Association South East Asian Nation (ASEAN) dalam bentuk dukungan teknik dan manajemen serta InfoBase yang diperlukan untuk Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (P2PTM).

Di tingkat global, World Diabetes Foundation (WDF) dan International Diabetes Federation (IDF) telah banyak berperan melalui berbagai programnya dalam pengendalian DM dan PM. Sebagai contoh, adalah aksi bersama yang telah dilakukan oleh WDF dan IDF pada peringatan Hari Diabetes Sedunia atau World Diabetes Day (WDD) yang telah diumumkan oleh Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) pada tanggal 20 Desember tahun 2006 dalam press release Nomor 61/225. PBB telah mengeluarkan resolusi yang menghimbau kepada seluruh negara didunia untuk memperingati Hari Diabetes Sedunia setiap tanggal 14 Nopember yang dimulai pada tahun 2007. Peringatan tersebut dimaksudkan untuk menarik perhatian masyarakat umum, para diabetisi dan keluarganya, profesi kesehatan dan penentu kebijakan untuk peduli terhadap masalah DM. Resolusi tersebut merupakan resolusi yang pertama untuk penyakit tidak menular dan dalam resolusi tersebut dinyatakan bahwa Hari Diabetes Sedunia dilaksanakan setiap tanggal 14 Nopember dengan tujuan untuk mengobservasi kebijakan nasional tentang pencegahan, pengobatan dan perawatan diabetes setiap tahun yang telah dimulai pada tahun 2007.

Program WDF dan IDF sebagian besar telah diadopsi oleh organisasi yang berkecimpung di bidang diabetes di Indonesia, misalnya Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI), Persatuan Diabetisi Indonesia (PERSADIA), dan Perhimpunan Edukator Indonesia (PEDI). Organisasi-organisasi tersebut telah menjadi mitra Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) khususnya Subdit Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik dalam program pengendalian DM dan PM di Indonesia. Dengan demikian pengembangan kemitraan dengan berbagai unsur di masyarakat dan lintas sektor yang terkait dengan DM di setiap jenjang pemerintahan adalah kegiatan yang sangat penting dikembangkan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1575 Tahun 2005, tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan telah dibentuk Sub Direktorat Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik (Subdit DM dan PM) pada Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Dit. PPTM), Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP dan PL) Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Subdirektorat DM dan PM mempunyai tugas dan fungsi menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis, penyusunan standar, norma, pedoman, kriteria, prosedur, bimbingan teknis, evaluasi dan penyusunan laporan di bidang pengendalian Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik (Depkes, 2006).

Sesuai dengan kewenangan dan beban tugas Departemen Kesehatan Republik Indonesia serta sejalan dengan otonomi daerah dalam rangka desentralisasi yang tercermin dalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 25 Tahun 2000, maka diperlukan suatu pedoman yang menjadi acuan dalam merancang dan melaksanakan program pengendalian Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik di Indonesia.

B. Tujuan

1. Umum

Sebagai pedoman penyelenggaraan pengendalian Penyakit DM dan PM baik lintas program maupun lintas sektor baik Pemerintah Pusat dan Unit Pelaksana Teknis / UPT, Pemerintah Propinsi/ Kabupaten/ Kota, Perguruan Tinggi, Organisasi Profesi, LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), masyarakat umum dan kelompok masyarakat berisiko.

2. Khusus

- a. Tersedianya standar, norma, pedoman, kriteria, prosedur, pengendalian DM dan PM bagi petugas kesehatan dan sektor lain yang terkait.
- b. Tersedianya dukungan kebijakan dan peraturan / perundang-undangan yang diperlukan dalam pengendalian DM dan PM
- c. Tersedianya sarana dan prasarana pelayanan kebutuhan diagnosis, pengobatan, pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam pengendalian DM dan PM
- d. Terselenggaranya kegiatan surveilans epidemiologi DM dan PM
- e. Terselenggaranya jejaring kerja lintas program (LP), lintas sektor (LS) terkait, Perguruan Tinggi (PT), Organisasi Profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), masyarakat swasta, kelompok masyarakat berisiko dan stake holder lain yang terkait dalam pengendalian DM dan PM
- f. Tercapainya peningkatan kapasitas sumber daya manusia yang profesional dalam pengendalian DM dan PM
- g. Terselenggaranya pemberdayaan masyarakat menuju kemandirian dalam pengendalian DM dan PM.
- h. Terselenggaranya bimbingan teknis dan pembinaan program pengendalian DM dan PM
- i. Terselenggaranya monitoring dan evaluasi pengendalian DM dan PM.

C. Sasaran

1. Pengelola atau pemegang program PPTM khususnya diabetes melitus dan penyakit metabolik pada Pemerintah Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota, Unit Pelaksana Teknis / UPT (KKP dan B/ BTKL PPM), dan Unit Pelayanan Kesehatan (Puskesmas, Puskesmas Pembantu).
2. Pelaksana/ penanggung jawab lintas program terkait yaitu :
 - a. Direktorat Surveilans Epidemiologi Imunisasi dan Kesehatan Matra (SEPM KESMA) Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
 - b. Setjen Depkes
 - c. Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat
 - d. Ditjen Bina Pelayanan Medik
 - e. Ditjen Bina Pelayanan Farmasi dan Alat Kesehatan
 - f. Pusat Promosi Kesehatan
 - g. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbangkes)
 - h. Rumah Sakit (RS) Pemerintah, RS Swasta, RS ABRI dan RS POLRI
3. Pelaksana/ penanggung jawab lintas sektor terkait yaitu :
 - a. Departemen Dalam Negeri
 - b. Departemen Pertanian
 - c. Departemen Pendidikan Nasional
 - d. Badan Pengawasan Obat dan Makanan
 - e. Kementerian Negara Pemuda dan Olah Raga
 - f. PT (Perseroan Terbatas) Asuransi Kesehatan
4. Organisasi Profesi, yaitu PERKENI dan PEDI
5. Perguruan Tinggi (Fakultas Kedokteran dan Fakultas Kesehatan Masyarakat)
6. Kelompok Masyarakat/ Organisasi Masyarakat/ Swasta :
 - a. LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) seperti Persatuan Diabetisi Indonesia (PERSADIA), Ikatan Keluarga Diabetisi Anak dan Remaja (IKADAR), Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), Kelompok Jantung Sehat (KJS), Lembaga Menanggulangi Masalah Merokok (LM3) dan Forum Kota Sehat
 - b. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat seperti Polindes, Pos Lansia Posbindu PTM, Posyandu, Poskestren, dan Pos Kesehatan Desa

- c. Swasta seperti RS Swasta, Rumah Bersalin, Balai Pengobatan, Dokter Praktek Bersama, Dokter Praktek Swasta, Industri Farmasi, dan lain-lain.
- d. Masyarakat Umum (Masyarakat sehat dan tidak berisiko)
- e. Masyarakat Berisiko

D. Ruang Lingkup

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1575 Tahun 2005, kegiatan Sub Direktorat DM & PM, Direktorat Pengendalian PTM difokuskan pada pengendalian faktor risiko, surveilans epidemiologi, penemuan dan tatalaksana kasus, serta komunikasi informasi dan edukasi.

Oleh karena itu, kegiatan Sub Direktorat DM & PM dibatasi dalam ruang lingkup sebagai berikut:

1. Pengendalian Diabetes Melitus tipe 2
2. Pengendalian Faktor Risiko Diabetes Melitus
3. Pengendalian Obesitas
4. Pengendalian Penyakit Kelenjar Thyroid
5. Pengendalian Penyakit Akibat Gangguan Kelenjar Hipofisis
6. Pengendalian Penyakit Akibat Gangguan Metabolisme Kalsium
7. Pengendalian Penyakit Akibat Gangguan Sekresi Korteks Adrenal

Program pengendalian DM dan PM pada empat tahun pertama (2006 - 2010) diprioritaskan pada :

1. Pengendalian Diabetes Melitus Tipe 2
2. Pengendalian Obesitas

E. Pengertian

1. Diabetes Melitus

Diabetes Melitus adalah suatu penyakit gangguan metabolik menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal. Klasifikasi Diabetes Melitus berdasarkan klasifikasi etiologis DM yaitu:

- a. Diabetes Melitus tipe 1 adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat destruksi (kerusakan) sel beta pankreas (kelenjar ludah perut) karena suatu sebab tertentu yang menyebabkan produksi insulin tidak ada sama sekali sehingga penderita sangat memerlukan tambahan insulin dari luar.
- b. Diabetes Melitus tipe 2 adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas dan atau fungsi insulin (resistensi insulin).
- c. Diabetes Melitus tipe lain adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, karena obat atau zat kimia, infeksi, sebab imunologi yang jarang, sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM.
- d. Diabetes Melitus tipe Gestasional adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah yang terjadi pada wanita hamil, biasanya terjadi pada usia 24 minggu masa kehamilan, dan setelah melahirkan kadar gula darah kembali normal.

Menurut konsensus PERKENI tahun 2006, diagnosis DM dapat dipastikan jika terdapat salah satu hasil pemeriksaan sebagai berikut :

- a. Gejala klasik DM dengan kadar glukosa darah sewaktu > 200 mg/dL. Gejala klasik DM yaitu sering kencing, cepat lapar, sering haus, berat badan menurun cepat tanpa penyebab yang jelas.
- b. Gejala klasik DM dengan kadar glukosa darah puasa > 126 mg/dL.
- c. Pada tes toleransi glukosa oral (TTGO) didapatkan hasil pemeriksaan kadar glukosa darah 2 jam > 200 mg/ dL sesudah pemberian beban glukosa 75 gr .

Diabetes Melitus mempunyai faktor risiko bersama dengan 5 (lima) penyakit tidak menular utama lainnya yaitu penyakit kardiovaskuler, stroke, penyakit paru obstruktif kronis/ menahun, dan kanker. Faktor risiko bersama tersebut preventable (dapat dicegah) dan mempunyai kontribusi satu sama lainnya dalam menyebabkan terjadinya PTM Utama.

Gambaran hubungan antara faktor-faktor risiko tersebut dapat dilihat pada lampiran 1. Dengan demikian pengendalian DM dan PM akan lebih efektif dan efisien jika dilakukan terhadap faktor risiko bersama yang dapat dicegah, dan memberikan manfaat untuk pencegahan dan pengendalian PTM utama lainnya.

Faktor risiko bersama PTM khususnya DM berhubungan dengan gaya hidup masyarakat. Gaya hidup masyarakat berhubungan erat dan saling terkait antara tingkat pengetahuan, status sosial, sosioekonomi, budaya/modernisasi masyarakat, faktor lingkungan khususnya lingkungan sosial antara lain, fasilitas hiburan, perkembangan pasar (market) yang cenderung ke arah modernisasi, semaraknya iklan dan lain-lain. serta kebijakan pemerintah melalui berbagai sektor terkait (kesehatan, perindustrian dan perdagangan, pertanian dan peternakan, pendidikan, sosial, agama dan lain-lain), yang saling terkait satu sama lainnya

2. Faktor risiko DM dan PM

Adalah suatu kegiatan/ aktivitas, zat/ bahan, kondisi dan faktor pencetus yang berkontribusi / mempunyai pengaruh terhadap terjadinya penyakit Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik pada seseorang. Pencegahan faktor risiko dilakukan untuk orang yang sehat dengan tujuan agar orang tersebut tetap terjaga dalam kondisi normal sehingga tidak mempunyai faktor risiko DM dan PM.

Faktor risiko DM dan PM terdiri dari:

- a. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu berat badan lebih, obesitas abdominal/ sentral, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi, dislipidemia, diet tidak sehat dan tidak seimbang (tinggi kalori), riwayat Toleransi Glukosa Terganggu (TGT 140-199 mg/dL) atau Gula Darah Puasa Terganggu (GDPT < 140 mg/dL), dan merokok.
- b. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu ras dan etnik, umur, jenis kelamin, riwayat keluarga dengan diabetes melitus, riwayat melahirkan bayi dengan BB > 4000 gram, riwayat lahir dengan berat badan lahir rendah/ BBLR < 2500 gram).

Perjalanan penyakit diabetes melitus dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko:

- a. Faktor risiko melekat yang sulit dan mungkin tidak dapat dirubah yaitu umur, jenis kelamin, keturunan, status sosial seperti suku dan budaya/ adat istiadat.
- b. Faktor risiko perilaku yang bisa dirubah yaitu merokok, konsumsi alkohol, kurang aktivitas fisik, kurang konsumsi serat, konsumsi lemak tinggi dan konsumsi kalori tinggi.
- c. Faktor risiko lingkungan yaitu kondisi ekonomi daerah, lingkungan sosial seperti modernisasi, status sosio-ekonomi dan lingkungan fisik
- d. Faktor risiko fisik seperti obesitas, hipertensi dan Sindrom Polikistik Ovarium
- e. Faktor risiko biologis seperti hiperglikemia, toleransi glukosa terganggu, diabetes gestasional dan dislipidemia.

3. Penyakit Metabolik

Adalah suatu penyakit yang mempengaruhi metabolisme tubuh sehingga menimbulkan gangguan, terdiri dari obesitas, penyakit akibat gangguan kelenjar hipofisis, penyakit kelenjar thyroid, gangguan metabolisme kalsium, gangguan sekresi korteks adrenal.

Termasuk dalam kelompok penyakit metabolik adalah:

- a. Obesitas yaitu suatu penyakit dengan etiologi multifaktorial yang terjadi akibat ketidakseimbangan antara asupan makanan dan penggunaan kalori sehingga timbul akumulasi jaringan lemak yang berlebihan. Kriteria obesitas mengacu pada indeks massa tubuh (IMT) Depkes tahun 1994 yaitu $> 25 \text{ kg/m}^2$.
- b. Obesitas Sentral adalah akumulasi jaringan lemak yang berlebihan pada daerah abdominal yang ditetapkan apabila ratio lingkaran pinggang dan lingkaran pinggul pada perempuan $> 80 \text{ cm}$ dan pada laki-laki 90 cm (WHO, 2005).
- c. Dislipidemia adalah gangguan profil lipid yang ditandai oleh peningkatan kadar lemak darah yaitu kolesterol ($> 200 \text{ mg/dL}$) dan trigliserida ($> 250 \text{ mg/dL}$), penurunan kolesterol HDL ($> 35 \text{ mg/dL}$) dan kolesterol LDL ($> 130 \text{ mg/dL}$) (PERKENI, 2006).

4. Penyakit Kelenjar Thyroid

Adalah suatu penyakit akibat kelebihan hormon tiroid (hipertiroidisme) dan atau kekurangan hormon tiroid (hipotiroidisme), yaitu;

- a. Hipertiroidisme merupakan respon jaringan-jaringan tubuh terhadap pengaruh metabolik hormon tiroid yang berlebihan dengan etiologi autoimun, salah penggunaan hormon tiroid. Manifestasi klinik berupa kretinisme pada anak (cebol, retardasi mental, lidah besar dan perut gendut) sedangkan pada dewasa berupa miksedema (Basal Metabolisme Rate/ BMR - 40, kulit kering dan kekuningan, suara parau dan lambat, rambut kasar dan jarang, sulit mentoleransi dingin).
- b. Hipotiroidisme merupakan respon jaringan-jaringan tubuh terhadap pengaruh metabolik hormon tiroid yang berkurang dengan etiologi defek sekresi Tiroid Stimulating Hormon (TSH) dan proses patologis (tumor jinak dan ganas) pada kelenjar tiroid. Manifestasi klinik berupa kegelisahan, penurunan berat badan, sering makan, tidak dapat mentoleransi panas, peningkatan tekanan nadi, tremor halus pada tangan yang dijulurkan, kulit lunak dan hangat, berkeringat, BMR +10 s/d +100 (ILYAS, 2006).

5. Gangguan Kelenjar Hipofisis

Adalah sindroma klinis yang ada kaitannya dengan penyakit-penyakit akibat kelainan fungsi kelenjar hipofisis (akibat kekurangan dan kelebihan hormon) dengan etiologi multifaktorial (SOEGONDO, 2002). Manifestasi klinik dari kekurangan hormon umumnya ditemukan pada anak-anak berupa gangguan pertumbuhan yaitu pertumbuhan yang sangat cepat (gigantisme), sedangkan pada dewasa akibat kelebihan hormon berupa penebalan tulang dan jaringan lunak (akromegali).

6. Gangguan Metabolisme Kalsium

Adalah suatu penyakit akibat kelebihan kalsium (hiperkalsemia) dan atau kekurangan kalsium (hipokalsemia) dimana terjadi gangguan pengaturan pergerakan kalsium dalam aliran darah oleh hormon paratiroid, kalsitonin (dihasilkan oleh kelenjar tiroid) dan vitamin D, yaitu;

- a. Kelebihan Kalsium (hiperkalsemia) adalah kadar kalsium lebih dari 10,5 mg/dl, dengan etiologi kelebihan hormon paratiroid oleh karena keganasan non paratiroid (seperti : Ca bronchus, Ca squamosa, Ca hepar).

Manifestasi klinik hiperkalsemia ditemukan pada saluran cerna, saluran kemih, jantung dan pembuluh darah, serta tulang.

- b. Kekurangan Kalsium (hipokalsemia) adalah kadar kalsium kurang 9 mg/dl dengan etiologi destruksi autoimun dari kelenjar tiroid dan terangkatnya keempat kelenjar tiroid pada proses pembedahan. Manifestasi klinik berupa tetani, serangan kejang, gangguan mental, gangguan pernafasan (ILYAS, 2006).

7. Gangguan Sekresi Korteks Adrenal

Adalah suatu penyakit akibat kelebihan kadar kortison plasma (*hipersekreasi*) dan kekurangan kadar kortison plasma (*hiposekreasi*), yaitu;

- a. Gangguan Hipersekreasi Korteks Adrenal adalah penyakit yang berhubungan dengan keadaan kadar kortison plasma meningkat yang melampaui kadar normal. Contoh:
 - 1). Sindroma Cushing adalah suatu keadaan yang diakibatkan oleh efek metabolik gabungan dari peninggian kadar glukokortikoid dalam darah yang menetap. Kadar yang tinggi dapat terjadi secara spontan atau karena pemberian dosis farmakologik senyawa-senyawa glukokortikoid. Manifestasi klinik berupa wajah kemerahan-kemerahan, kegemukan sedang s.d berat, wajah bulan dan merah (*moon face*), kondisi otot jelek dan distribusi lemak bawah kulit abnormal, striae. Biasanya ditemukan pada arthritis reumathoid, asma, limfoma, hipertensi dan diabetes.
 - 2). Aldosteronisme (*Sindroma Conn*) adalah keadaan klinis yang disebabkan oleh produksi mineralokortikoid yang berlebihan sehingga kekurangan ion kalium dan retensi ion natrium. Kadar yang tinggi biasanya tanpa oedema tetapi dengan kelemahan, hipertensi maligna, tetani, dan banyak kencing.
 - 3). Sindroma Adrenogenital adalah suatu keadaan klinis yang disebabkan oleh kegagalan satu atau beberapa enzim yang dibutuhkan untuk sintesa steroid dengan manifestasi klinik berupa maskulinisasi, hirsutisme (pertumbuhan rambut yang berlebihan pada wanita dengan pola distribusi yang khas pada pria pada sekujur wajah, peri aerolar, perut dan daerah bokong (ILYAS, 2006)
- b. Gangguan Hiposekreasi Korteks Adrenal (Penyakit Addison) adalah keadaan hiposekreasi semua korteks adrenal yaitu glukokortikoid, mineralokartikoid dan androgen akibat penyakit autoimun, perusakan seluruh bagian korteksnya oleh penyakit tuberkulosis dan keganasan.

Manifestasi klinis berupa hiperpigmentasi pada ujung anggota gerak (distal extremitas) dan pada bagian-bagian yang tidak terkena sinar matahari seperti puting susu, permukaan ekstensor ekstremitas, genitalia, mukosa pipi, lidah, lipatan telapak tangan dan sendi-sendi jari (ILYAS, 2006).

8. Pengendalian adalah upaya pencegahan dan penanggulangan.

Upaya pencegahan dilakukan terhadap seseorang atau kelompok sehat / yang belum terkena DM dan PM dan dicegah tetap dalam kondisi sehat, sedangkan upaya penanggulangan dilakukan terhadap seseorang atau kelompok yang mempunyai faktor risiko / mengidap DM dan PM dan diupayakan kepada kondisi sehat / normal.

9. Aktivitas Fisik

Adalah setiap gerakan tubuh dengan tujuan meningkatkan dan mengeluarkan tenaga dan energi.

10. Olahraga

Adalah aktivitas fisik yang terencana dan terstruktur yang memanfaatkan gerakan tubuh yang berulang untuk mencapai kebugaran

11. Kebugaran Jasmani

Adalah kemampuan tubuh seseorang untuk melakukan pekerjaan sehari-hari tanpa menimbulkan kelelahan yang berlebihan.

12. Surveilans Epidemiologi DM dan PM

Adalah kegiatan pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data tentang DM dan PM secara sistematis dan terus menerus yang dimulai dari puskesmas, rumah sakit, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan propinsi dan departemen kesehatan, dengan menyajikan atau menginformasikan hasil kegiatan kepada pihak yang terkait guna pengambilan keputusan / tindakan.

13. Gula Darah Puasa (GDP)

Adalah kadar glukosa darah yang diukur setelah puasa terlebih dahulu (puasa makan/ intake glukosa selama minimal 8 jam).

14. Puasa

Adalah puasa paling sedikit 10 (sepuluh) jam mulai malam hari sampai pagi hari sebelum pemeriksaan darah, dan minum air putih diperbolehkan.

15. Gula Darah Sewaktu (GDS)

Adalah hasil pengukuran kadar glukosa darah sewaktu-waktu atau kapan saja tanpa melakukan persiapan puasa

16. Toleransi Gula Terganggu (TGT)

Adalah suatu keadaan prediabetik dimana hasil pemeriksaan glukosa plasma 2 jam PP setelah pembebanan glukosa 75 gram oral (TTGO) hasilnya antara 140-199 mg/ dL.

17. Glukosa Darah Puasa Terganggu (GDPT)

Adalah suatu keadaan prediabetik dimana hasil pemeriksaan glukosa plasma puasa didapatkan antara 100-125 mg/ dL .

18. Test Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

Adalah pemeriksaan kadar gula darah puasa dan kadar gula darah 2 (dua) jam sesudah beban glukosa 75 gram.

BAB II

KEBIJAKAN, STRATEGI DAN KEGIATAN

A. Kebijakan

Untuk mencapai tujuan dari pengendalian DM dan PM, perlu ditetapkan kebijakan teknis sebagai berikut :

1. Menetapkan standar, norma, pedoman, kriteria kesehatan dan prosedur kerja dengan mengacu pada pedoman dan peraturan yang berlaku
2. Menyelenggarakan pengendalian DM dan PM melalui pencegahan dan penanggulangan faktor risiko, penemuan dan tatalaksana kasus secara tepat, surveilans epidemiologi dan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) DM dan PM.
3. Mengembangkan dan meningkatkan surveilans epidemiologi di sarana pelayanan kesehatan sebagai bahan informasi dan perencanaan program pengendalian DM dan PM
4. Meningkatkan kemampuan petugas dan masyarakat serta mengupayakan ketersediaan sarana dan prasarana dalam pengendalian DM dan PM
5. Meningkatkan jejaring kerja lintas program, lintas sektor dan *stake holder* terkait baik di Pusat maupun Provinsi, dan Kabupaten/ Kota.
6. Menumbuhkembangkan potensi masyarakat kearah kemandirian melalui pendekatan kelembagaan di tingkat desa/ kelurahan
7. Meningkatkan peran pemerintah Provinsi, Kabupaten/Kota dan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi upaya pengendalian DM dan PM.

B. Strategi

Untuk mencapai keberhasilan program secara efektif dan efisien, perlu dikembangkan strategi pelaksanaan kegiatan, yaitu :

1. Pengendalian DM dan PM berdasarkan fakta (*evidence-based*) dan skala prioritas;
2. Melaksanakan sosialisasi dan advokasi pada pemerintah, pihak legislatif dan stake holder serta pemerintah daerah;
3. Melakukan pembinaan dan monitoring serta evaluasi program pengendalian DM dan PM;

4. Intensifikasi upaya pencegahan dan penanggulangan faktor risiko, surveilans epidemiologi, penemuan dan tatalaksana kasus serta KIE DM dan PM;
5. Meningkatkan kemitraan melalui jejaring kerja baik nasional, regional maupun internasional;
6. Memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta hasil-hasil penelitian atau kajian yang mendukung dalam upaya peningkatan program pengendalian DM dan PM;
7. Pemberdayaan masyarakat melalui pembentukan berbagai kelompok masyarakat di desa/kelurahan seperti posyandu, poslansia, dll;
8. Meningkatkan peran dan fungsi sesuai kewenangan daerah serta memanfaatkan sumber daya pusat melalui sistem penganggaran (dana dekonsentrasi dan perbantuan).

C. Kegiatan

Pokok-pokok kegiatan pengendalian DM dan PM (sesuai dengan Pedoman Umum PPTM) adalah Pencegahan dan Penanggulangan Faktor Risiko, Penemuan dan Tatalaksana Kasus, Surveilans Epidemiologi, KIE, Jejaring Kerja dan Advokasi.

Kegiatan pokok pengendalian DM dan PM berdasarkan berbagai upaya pencegahan penyakit baik primer, sekunder, maupun tersier dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1.
Pengendalian Diabetes Melitus Secara Terintegrasi dan Komprehensif Berdasarkan Upaya Pencegahan

UPAYA PENCEGAHAN	PRIMER	SEKUNDER	SEKUNDER	TERTIER
Sasaran	Populasi Sehat	Populasi Risiko	Kasus DM dan PM pada Diabetis	Kasus Komplikasi DM
Kegiatan Pokok Pengendalian Diabetes dan	Penggerakkan peran serta masyarakat dalam PHBS	Penggerakkan peran serta masyarakat dalam deteksi dan tindak lanjut dini faktor risiko DM dan PM	Penggerakkan peran serta masyarakat dalam deteksi dan tindak lanjut dini kasus DM dan PM	Pelayanan spesialisik dan sub spesialisik efisien dan efektif pasien dengan komplikasi DM dan PM di rumah sakit
Penyakit Metabolik	- Peningkatan PHBS (peningkatan aktivitas, tidak merokok, diet kalori seimbang) di setiap tatanan kehidupan - Monitoring/ deteksi dini dan tindak lanjut faktor risiko DM dan PM berbasis UKBM - KIE faktor risiko DM dan PM di setiap tatanan kehidupan	- Peningkatan PHBS di setiap tatanan kehidupan - Tindak lanjut dini kasus faktor risiko berbasis UKBM - Penatalaksanaan kasus faktor risiko DM dan PM secara rasional oleh dokter umum di Yandas - Monitoring/ deteksi dini kasus DM dan PM berbasis UKBM dan Yandas	- Penatalaksanaan kasus DM dan PM secara rasional oleh dokter umum di Yandas - Pelayanan spesialisik efisien dan efek pasien DM dan PM di rumah sakit - KIE pasien dan keluarga pasien DM dan PM	- Perawatan kaki diabetes - Perawatan DM dan PM di rumah (Home care) - KIE DM dan PM melalui kunjungan rumah (Home visit) - Mencegah kecacatan akibat DM dan PM

UPAYA PENCEGAHAN	PRIMER	SEKUNDER	SEKUNDER	TERTIER
Sasaran	Populasi Sehat	Populasi Risiko	Kasus DM dan PM pada Diabetis	Kasus Kompilasi DM
Tujuan/ Manfaat	- Mencegah timbulnya faktor risiko DM dan PM - Mawas diri terhadap faktor risiko DM dan PM	- Mencegah terja dinya DM dan PM - Mawas diri terhadap terjadi nya DM dan PM	- Mencegah adanya komplikasi DM dan PM - Mawas diri terhadap kompli kasi DM dan PM	- Mencegah kematian akibat DM dan PM - Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
Koordinator/ Penanggung Jawab	• Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan	• Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan	• Direktorat Jenderal Pelayanan Medik	• Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
Jejaring Kerja	Penanggung jawab adalah pengelola program pengendalian DM dan PM di setiap administrasi pemerintahan khususnya sektor kesehatan. Kemitraan : Lintas Program terkait, Lintas Sektor terkait, organisasi profesi seperti PERKENI, PEDI, Perguruan Tinggi, kelompok masyarakat aktif, organisasi masyarakat, masyarakat swasta.			

BAB III

KEGIATAN POKOK

A. Pusat

1. Membuat perumusan dan kebijakan umum dan teknis
2. Menyusun norma, standar, prosedur, modul, dan pedoman
3. Menyusun rencana program DM & PM sesuai prioritas kegiatan
4. Menyusun materi penyuluhan KIE melalui berbagai metode dan media baik media cetak maupun media elektronik
5. Mengadakan dan mendistribusikan bahan / alat deteksi dini / diagnostik dalam rangka deteksi dini DM dan PM
6. Menyelenggarakan TOT (*Training of Trainers*) kepada pemegang / pengelola program DM dan PM Provinsi
7. Melakukan sosialisasi dan advokasi baik kepada lintas program, lintas sektor dan pemegang kebijakan baik di Pusat dan Daerah
8. Membentuk dan memfasilitasi jejaring kerja dalam pengendalian DM dan PM di Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota
9. Memfasilitasi Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam melaksanakan kegiatan peningkatan kemandirian masyarakat dalam pengendalian DM dan PM
10. Melakukan bimbingan teknis program pengendalian DM & PM
11. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kebijakan DM dan PM
12. Menyusun laporan tahunan di bidang pengendalian DM dan PM.

1. Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP)

- a. Menyusun rencana program DM & PM sesuai prioritas kegiatan.
- b. Melaksanakan pengendalian faktor risiko DM & PM melalui berbagai kegiatan di wilayah kerja.
- c. Melaksanakan surveilans epidemiologi DM dan PM
- d. Melaksanakan kegiatan deteksi dini DM & PM di wilayah kerja
- e. Menggandakan dan mendistribusikan media penyuluhan
- f. Melaksanakan KIE melalui berbagai metode dan media penyuluhan DM & PM.

- g. Memfasilitasi pertemuan baik lintas program maupun lintas sektor di bidang DM & PM.
- h. Membangun dan memantapkan jejaring kerja DM dan PM serta melakukan koordinasi secara berkesinambungan.
- i. Melaksanakan kegiatan pemberdayaan masyarakat atau peningkatan partisipasi masyarakat dalam pengendalian DM dan PM.
- j. Melakukan pemantauan, bimbingan teknis pelaksanaan dan pencapaian program DM & PM di wilayah kerja
- k. Mengirimkan laporan hasil program secara rutin ke Pusat.

2. Balai Besar / Balai Teknik Kesehatan Lingkungan Pemberantasan Penyakit Menular (BB / BTKL PPM)

- a. Menyusun rencana program DM & PM sesuai prioritas kegiatan.
- b. Melaksanakan pengendalian faktor risiko DM & PM melalui berbagai kegiatan di wilayah kerja
- c. Melaksanakan surveilans epidemiologi DM dan PM
- d. Melaksanakan kegiatan deteksi dini DM & PM di wilayah kerja
- e. Memfasilitasi pertemuan baik lintas program maupun lintas sektor
- f. Membangun dan memantapkan jejaring kerja serta melakukan koordinasi secara berkesinambungan di bidang DM & PM
- g. Melakukan pemantauan, bimbingan teknis, dan monitoring pelaksanaan dan pencapaian program di wilayah kerja.
- h. Mengirimkan laporan hasil program secara rutin ke Pusat.

B. Dinas Kesehatan Provinsi

- 1. Melaksanakan kebijakan, peraturan dan perundang-undangan di bidang DM dan PM
- 2. Mensosialisasikan pedoman umum dan teknis, modul, standar dan prosedur di bidang DM & PM
- 3. Melaksanakan deteksi dini DM & PM di Kabupaten/Kota dalam rangka *evidence based* / pengumpulan data
- 4. Melaksanakan surveilans epidemiologi DM dan PM
- 5. Menyelenggarakan TOT (*Training of Trainer*) kepada pemegang/ pengelola program DM dan PM Kabupaten/Kota

6. Melaksanakan penyuluhan DM & PM melalui berbagai metode dan media penyuluhan di Kabupaten/Kota
7. Melakukan sosialisasi dan advokasi program pengendalian DM dan PM kepada Pemerintah Daerah, DPRD, lintas program, lintas sektor, dan swasta
8. Memfasilitasi pertemuan baik lintas program maupun lintas sektor
9. Membangun dan memantapkan kemitraan dan jejaring kerja DM dan PM secara berkesinambungan
10. Memfasilitasi kemandirian masyarakat dalam pengendalian DM dan PM
11. Melaksanakan bimbingan dan pembinaan teknis di Kabupaten/ Kota
12. Melaksanakan monitoring dan evaluasi di Kabupaten/ Kota
13. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan serta mengirimkan ke Pusat

C. Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota

1. Melaksanakan kebijakan, peraturan dan perundang-undangan di bidang pengendalian DM dan PM
2. Mensosialisasikan pedoman umum dan teknis, modul, standar operasional prosedur di bidang DM & PM
3. Melaksanakan deteksi dini DM & PM di Puskesmas dan masyarakat dalam rangka *evidence based* / pengumpulan data
4. Melaksanakan surveilans epidemiologi DM dan PM
5. Melaksanakan KIE melalui berbagai metode dan media penyuluhan kepada puskesmas, masyarakat / kader
6. Menyelenggarakan pelatihan penemuan dini dan tatalaksana DM dan PM bagi petugas puskesmas dan kader
7. Melakukan sosialisasi dan advokasi program pengendalian PTM kepada Pemerintah Kabupaten/Kota dan DPRD, lintas program, lintas sektor, swasta, dan masyarakat
8. Melaksanakan pertemuan lintas program maupun lintas sektor
9. Membangun dan memantapkan jejaring kerja secara berkesinambungan
10. Melaksanakan dan memfasilitasi kegiatan pemberdayaan dan peningkatan partisipasi masyarakat dalam upaya pengendalian DM & PM yang sesuai dengan kondisi daerah (*local area specific*)

11. Melaksanakan bimbingan dan pembinaan teknis di Puskesmas
12. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program di Puskesmas
13. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan serta mengirimkan ke Provinsi.

D. Rumah Sakit (RS).

1. Melaksanakan deteksi dini terhadap faktor risiko DM dan PM
2. Melaksanakan penemuan dan tatalaksana kasus penyakit DM dan PM secara aktif di RS
3. Menangani rujukan pasien DM dan PM secara berjenjang
4. Menyelenggarakan pelatihan pengendalian DM dan PM
5. Melaksanakan surveilans epidemiologi DM dan PM
6. Melaksanakan KIE melalui berbagai metode dan media penyuluhan di lingkungan RS
7. Memfasilitasi pembentukan, pembinaan dan pemantapan jejaring kerja antara Profesi dan LSM bidang DM dan PM secara berkesinambungan
8. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan serta mengirimkan ke Kabupaten / Kota, Provinsi dan Pusat

E. Puskesmas.

1. Melaksanakan deteksi dini terhadap faktor risiko DM dan PM di masyarakat
2. Melaksanakan penemuan dan tatalaksana kasus penyakit DM dan PM di Puskesmas
3. Melaksanakan rujukan pasien DM dan PM ke RS
4. Melaksanakan surveilans epidemiologi DM dan PM
5. Menyelenggarakan penyuluhan/KIE pengendalian DM dan PM kepada tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh pemuda dan sektor swasta maupun masyarakat melalui berbagai metode dan media penyuluhan
6. Memfasilitasi pembentukan, pembinaan dan pemantapan jejaring kerja / kelompok kerja di masyarakat dalam bidang DM dan PM secara berkesinambungan
7. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan di bidang DM dan PM serta mengirimkan ke Kabupaten/Kota.

BAB IV

MEKANISME KERJA

Mekanisme kerja pengendalian DM dan PM secara bertahap di mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan sampai dengan monitoring dan evaluasi.

A. Perencanaan

1. Estimasi kebutuhan masyarakat dan advokasi /kebijakan.

Estimasi kebutuhan masyarakat dimaksudkan untuk mengetahui besaran masalah DM dan PM serta faktor risikonya sebagai bahan dasar dalam advokasi kepada pembuat kebijakan. Estimasi ini dapat dilaksanakan melalui pemanfaatan hasil survei yang telah ada seperti Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), Survei Ekonomi Nasional (SUSENAS), Survei Kesehatan Daerah (SURKESDA), Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), dan surveilans DM dan PM yang berbasis masyarakat. Data / informasi tentang prevalensi DM dan prevalensi faktor risikonya dapat dipergunakan sebagai bahan dasar perencanaan dan evaluasi kegiatan pengendalian DM & PM serta dalam rangka advokasi untuk mendapatkan dukungan baik dukungan kebijakan maupun dukungan pendanaan. Sedangkan data / informasi tentang *Case Fatality Rate* (CFR) DM dan PM akan lebih efektif untuk penilaian kinerja dan fasilitas/sarana pelayanan kesehatan.

2. Koordinasi integrasi kebijakan dan strategi pengendalian DM dan PM.

Pengendalian DM dan PM difokuskan kepada pengendalian faktor risikonya secara menyeluruh dan terintegrasi. Oleh karena itu, sangat diperlukan koordinasi kebijakan kepada seluruh lintas program dan lintas sektor terkait bersama-sama dengan swasta dan masyarakat. Untuk keberhasilan pengendalian DM & PM sebaiknya merujuk kepada kebijakan-kebijakan yang sudah ada, sehingga dalam pelaksanaan kegiatan dapat terintegrasi, komprehensif dan berkesinambungan. Dalam hal ini diperlukan komitmen pemerintah daerah melalui sektor terkait, komitmen DPRD, dan unsur lain (misalnya asuransi kesehatan). Komitmen tersebut berupa kebijakan pengendalian DM dan PM dan pembiayaannya, sumber daya dan sarana yang memadai untuk pencegahan, diagnostik dan pengobatan DM dan PM, serta dukungan kebijakan berupa Peraturan

Daerah (PERDA) dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada penyandang DM / diabetisi dan PM. Upaya tersebut dapat dilakukan dengan mengintegrasikan kebijakan Pusat dengan kebutuhan Pemerintah Daerah (PEMDA) melalui pengembangan jejaring PPTM / DM dan PM berupa forum komunikasi, koordinasi, advokasi kepada seluruh *stakeholder* dalam rangka pengendalian DM dan PM.

3. Identifikasi kebijakan dan strategi untuk pelaksanaan kegiatan.

Pelaksanaan kegiatan pengendalian DM dan PM perlu memperhatikan kebijakan Pusat dan Daerah agar kegiatan yang dilaksanakan dapat sinkron/ sesuai kebutuhan dan berkelanjutan.

Misalnya kebijakan pembangunan daerah dalam meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Pengendalian DM dan PM perlu diintegrasikan dengan kebijakan Pemda lainnya, khususnya dalam rangka peningkatan IPM antara lain Indeks Pendidikan, Indeks Daya Beli, dan Usia Harapan Hidup. Informasi besaran masalah DM dan PM serta dampak komplikasi yang ditimbulkannya seperti : impotensi, gagal ginjal, kebutaan, jantung, kecacatan dan kematian, serta beban pembiayaan yang dikaitkan dengan Indeks Pembangunan Manusia. Hal ini akan lebih mendorong perhatian para pengambil keputusan dalam memprioritaskan kegiatan pengendalian DM dan PM.

B. Pelaksanaan

Pelaksanaan pengendalian DM dan PM dilakukan melalui tiga tahapan, baik di Pusat, di Daerah, maupun terhadap individu.

Ketiga tahapan tersebut adalah :

1. Tahap pelaksanaan inti (*core*)

Yaitu kegiatan pengendalian tepat guna sesuai dengan sumber daya yang sudah dimiliki dengan kondisi daerah setempat dan segera dapat dilaksanakan.

Misalnya peningkatan aktivitas fisik dan pengaturan makan dalam penatalaksanaan kasus faktor risiko DM dan PM di Puskesmas

Daerah (PERDA) dalam Misalnya penyelenggaraan pelayanan DM dan PM melalui pelatihan edukator diabetes bagi dokter umum, perawat dan tenaga gizi di puskesmas serta penyelenggaraan kegiatan Posyandu PTM di kelompok masyarakat aktif melalui peningkatan kemampuan kader dalam deteksi dini faktor risiko dan screening DM dan PM.

3. Tahap implementasi yang diinginkan (*desirable*)

Yaitu intervensi yang sesuai standard tatalaksana dan berdasarkan fakta (evidence-based) untuk jangka waktu panjang.

Misalnya pelaksanaan pengendalian DM dan PM secara terintegrasi dan komprehensif yang berkelanjutan pada seluruh sasaran di setiap upaya pencegahan, setelah mendapatkan dukungan tenaga profesional, biaya, sarana dan prasarana yang diperlukan dari Pemda setempat.

C. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi diperlukan untuk menjamin agar strategi pengendalian DM & PM dapat dilaksanakan, dipantau dan dievaluasi secara efisien dan efektif.

1. Monitoring

Adalah penilaian secara terus menerus terhadap fungsi kegiatan baik dalam jadwal pelaksanaan maupun input dan sasaran kegiatan. Monitoring merupakan bagian penting yang integral dalam manajemen sehari-hari (Casey & Kumar, 1987).

Monitoring dilakukan dengan metoda pengumpulan dan analisis informasi secara teratur dan dilakukan secara internal untuk menilai apakah semua masukan sudah diakomodir dan dipergunakan, bagaimana kegiatan sudah dilaksanakan dan apakah keluaran sudah sesuai dengan rencana kegiatan. Secara khusus, monitoring lebih mengutamakan pada *efisiensi*.

Sumber data yang penting dalam monitoring adalah laporan verifikasi kegiatan dan keluaran atau output internal berupa laporan bulanan/triwulan/tahunan, catatan kerja atau laporan perjalanan, catatan hasil pelatihan dan notulen rapat.

Monitoring dilakukan dengan 2 (dua) cara yaitu:

- a. Monitoring dengan melakukan kunjungan lapangan (field visit)
- b. Monitoring dengan mendapatkan laporan kemajuan (progress report) yang diperoleh dari laporan masing-masing pengelola program. Biasanya berbentuk prosentase target dan realisasi penyerapan dana serta realisasi kemajuan kegiatan.

2. Evaluasi

Adalah penilaian secara berkala terhadap relevansi, penampilan, efisiensi dan dampak kegiatan tentang waktu, tempat dan sasaran (Casey & Kumar, 1987).

Evaluasi kegiatan disebut juga kaji ulang atau penilaian yang menyeluruh terhadap keluaran atau output dan kontribusinya pada tujuan kegiatan. Evaluasi dapat dilakukan secara internal maupun eksternal untuk membantu pembuat keputusan mempelajari dan menerapkan hasil evaluasi tersebut. Secara khusus, evaluasi lebih mengutamakan pada efektifitas, dampak dan sustainabilitas.

Evaluasi dapat dilakukan pada tahap:

- a. Perencanaan (*Ex-ante Evaluation*)
- b. Kegiatan sedang berjalan (*On-going Evaluation*)
- c. Kegiatan sudah selesai (*Terminal Evaluation*)
- d. Kegiatan sudah berfungsi (*Ex-post Evaluation*)

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi (*monev*) kebijakan kegiatan / program DM & PM perlu didasarkan pada kejujuran, motivasi dan keinginan yang kuat dari para pelaku kegiatan, baik dari Pusat, Propinsi maupun Kabupaten/Kota.

Prinsip-prinsip dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi sebagai berikut:

1. Obyektif dan profesional

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilakukan secara profesional berdasarkan analisis data yang lengkap dan akurat agar menghasilkan penilaian secara obyektif dan masukan yang tepat terhadap pelaksanaan kebijakan pengendalian DM & PM.

2. Transparan

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilakukan secara terbuka dan dilaporkan secara luas melalui berbagai media yang ada agar masyarakat dapat mengakses dengan mudah tentang informasi dan hasil kegiatan monitoring dan evaluasi pengendalian DM & PM.

3. Partisipatif

Pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan dengan melibatkan secara aktif dan interaktif para pelaku program DM & PM.

4. Akuntabel

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi harus dapat dipertanggungjawabkan secara internal maupun eksternal.

5. Tepat waktu

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi harus dilakukan sesuai dengan waktu yang dijadwalkan.

6. Berkesinambungan.

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkesinambungan agar dapat dimanfaatkan sebagai umpan balik bagi penyempurnaan kebijakan.

7. Berbasis indikator kinerja.

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria atau indikator kinerja, baik indikator masukan, proses, luaran, manfaat maupun dampak.

Monitoring dan evaluasi (*monev*) pengendalian DM dan PM dilakukan sebagai berikut:

1. Pelaksana monev adalah Direktorat Pengendalian PTM dibantu oleh Dinas Kesehatan Propinsi.
2. Sasaran monev; UPT, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota dan Puskesmas.
3. Monitoring dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali dan evaluasi *Output/ outcome* dilakukan setiap 3 tahun sekali.
4. Hasil monitoring dan evaluasi ini dipergunakan sebagai bahan penilaian kegiatan yang lalu dan sebagai bahan untuk menyusun perencanaan pengendalian DM dan PM pada tahun berikutnya.
5. Hasil dari monitoring dan evaluasi pengendalian DM dan PM disosialisasikan kepada lintas program, lintas sektor terkait dan masyarakat untuk mengambil langkah-langkah upaya tindak lanjut.

Seluruh mekanisme kerja di setiap jenjang administrasi dapat dilaksanakan melalui jejaring kerja lintas program dengan Direktorat SEPIM KESMA, Badan Litbangkes, Ditjen Yanmed, Pusat Promkes, Setjen Depkes, Ditjen Yanfar dan Alkes, Ditjen Bina Kesmas dan Rumah Sakit Pemerintah, RS TNI dan RS POLRI serta RS Swasta.

Jejaring kerja lintas sektor terkait dilaksanakan dengan Departemen Dalam Negeri, Departemen Pertanian, Departemen Pendidikan Nasional, Kementerian Negara Pemuda dan Olah Raga, Badan POM, Perguruan Tinggi, Organisasi

Profesi (PERKENI, PEDI) dan masyarakat (PERSADIA),. Bentuk jejaring kerja dapat berupa seminar, kajian/penelitian dan pengembangan sumber daya manusia (diklat dan studi banding di dalam dan luar negeri) dan juga berupa forum komunikasi koordinasi dan aksi bersama dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi serta pengembangan kegiatan pengendalian DM dan PM.

Pengukuran indikator diukur dengan batasan wilayah kabupaten/ kota. Dan untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan program pengendalian Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik, diperlukan beberapa indikator yang dapat dilihat pada tabel 2 dibawah ini.

Tabel 2.
Kegiatan Monitoring dan Evaluasi
(input, proses, output dan outcome)

KEGIATAN	INPUT	PROSES	OUTPUT
1. Pencegahan dan Pengendalian Faktor Risiko DM & PM	a. Pedoman umum pengendalian DM dan PM	a. Sosialisasi pedoman umum pengendalian DM dan PM	a. Proporsi faktor risiko DM dan PM di Puskesmas
	b. Pedoman teknis metode pencegahan dan penanggulangan faktor risiko DM dan PM	b. Sosialisasi pedoman teknis metode pencegahan dan penanggulangan faktor risiko DM dan PM	b. Jumlah Provinsi, Kabupaten/ kota yang telah tersosialisasi.

KEGIATAN	INPUT	PROSES	OUTPUT
	c. Modul TOT pencegahan dan penanggulangan faktor risiko DM dan PM	c. TOT pencegahan dan penanggulangan faktor risiko DM dan PM	c. Jumlah Provinsi, Kabupaten/ Kota dan Puskesmas yang telah melaksanakan pengendalian FR DM dan PM d. Jumlah kebijakan Provinsi, Kabupaten/ Kota yang mendukung pengendalian FR DM dan PM e. Jumlah program dan sektor lain yang berpartisipasi aktif dalam jejaring kerja pengendalian FR DM dan PTM
2. Penemuan dan Tatalaksana	a. Pedoman teknis penemuan dan tatalaksana penderita DM dan PM b. Modul TOT penemuan dan tatalaksana penderita DM dan PM	a. Sosialisasi pedoman teknis penemuan dan tatalaksana penderita b. TOT penemuan dan tatalaksana penderita	a. Proporsi kasus DM dan PM di Puskesmas b. Prevalensi DM & PM

KEGIATAN	INPUT	PROSES	OUTPUT
	c. Pengadaan dan pendistribusi-an bahan/ alat deteksi dini/ diagnostik penderita DM dan PM ke daerah	c. Lelang terbuka/ tender	c. Jumlah Provinsi, Kabupaten/Kota yang telah tersosialisasi d. Jumlah Provinsi, Kabupaten/ Kota yang telah melaksanakan kegiatan penemuan dan tatalaksana kasus DM dan PM e. Jumlah kebijakan Provinsi, Kabupaten/Kota yang mendukung kegiatan penemuan dan tatalaksana kasus DM dan PM f. Jumlah program dan sektor lain yg berpartisipasi aktif dalam jejaring kerja penemuan dan tatalaksana kasus DM dan PM

KEGIATAN	INPUT	PROSES	OUTPUT
			g. Diterbitkannya kebijakan tentang jumlah hari pemberian obat (minimal 10 hari pemakaian) hipoglikemik oral (OHO) di unit Yankes
3. Surveilans Epidemiologi DM dan PM	a. Modul TOT KIE b. Pengadaan dan pendistribusian bahan penyuluhan atau KIE melalui media cetak berupa poster, lembar balik, leaflet ke daerah.	a. Pelatihan KIE bagi tenaga kesehatan dan kader b. Kegiatan advokasi c. Diterbitkannya kebijakan jaminan kesehatan yang berhubungan dengan jenis dan jumlah obat maupun kualitas jenis pelayanan yang dapat dicakup oleh PT Askes.	a. Tersedianya data faktor risiko DM & PM. b. Tersedianya data kasus DM & PM c. Jumlah Provinsi, Kabupaten/Kota yang telah tersosialisasi SE

KEGIATAN	INPUT	PROSES	OUTPUT
			d. Jumlah Provinsi, Kabupaten/Kota yang telah melaksanakan SE DM dan PM
4. Peningkatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), Jejaring Kerja baik Lintas Program dan Lintas Sektor, dan Advokasi DM dan PM			a. Jumlah kebijakan yang mendukung kegiatan pengendalian DM & PM. b. Terbentuknya jejaring kerja Pokja DM & PM c. Tercapainya kesepakatan kelompok kerja (pokja) pengendalian DM dan PM di Pusat, Provinsi, Kabupaten/ Kota d. Forum/ kelompok kerja (pokja) di Pusat, Provinsi, Kabupaten/ Kota. e. Dihasilkannya kebijakan publik untuk mendukung pengendalian DM dan PM

BAB V

PENUTUP

Pedoman Pengendalian DM dan PM ini diharapkan dapat memberikan arahan bagi pengelola atau pemegang kegiatan pengendalian DM dan PM di Pusat dan di Daerah sehingga mampu merencanakan, melaksanakan dan melakukan penilaian kegiatan dalam pengendalian DM dan PM.

Disadari bahwa upaya pengendalian DM dan PM merupakan kegiatan yang relatif masih baru (tiga tahun), sehingga sangat diperlukan ekstra dalam upaya sosialisasi dan pengembangan kegiatannya. Diharapkan para pengambil kebijakan, dan masyarakat mau dan berperan aktif dalam pengendalian DM dan PM setelah mengetahui, dan memahami, masalah, tantangan dan peluang serta solusi permasalahan DM dan PM.

Oleh karena itu, berbagai upaya terutama peningkatan sumber daya baik tenaga, biaya, fasilitas peralatan pendukung dan waktu sangat diperlukan dalam pengembangan dan pemantapan maupun penguatan sistim dalam kegiatan pengendalian DM dan PM.

Akhir kata, masukan dan kritik membangun dari berbagai pihak sangat diperlukan guna perbaikan pedoman pengendalian DM dan PM sesuai dengan perkembangan dunia kesehatan di masa mendatang.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Casey & Kumar. 1987. Management Aspects: Monitoring and Evaluation. Diabetes Care, 2003. Evidence-based nutrition principle and recommendation in Diabetes Melitus. American Diabetes Association
- Diabetes Care, 2004. Nutrition principle and recommendation for treatment and prevention of diabetes and related complication. American Diabetes Association
- Departemen Kesehatan R.I. 2002. Pedoman Praktis Memantau Status Gizi Orang Dewasa". Ditjen Binkesmas. Jakarta
- Departemen Kesehatan R.I. 2003. Pedoman Umum Gizi Seimbang (Panduan untuk Petugas). Ditjen Binkesmas Jakarta
- Departemen Kesehatan R.I. 2003. Survei Kesehatan Rumah Tangga. Badan Litbangkes. Jakarta
- Departemen Kesehatan R.I. 2005. Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 1575. Jakarta
- Departemen Kesehatan R.I. 2006. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1575 Tahun 2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan. Jakarta
- Departemen Kesehatan R.I. 2008. Hasil-hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007. Badan Litbangkes Jakarta.
- Ekowati. R. 2002. Hasil Penelitian PTM Di Depok. Badan Litbangkes Jakarta
- Ermita Ilyas. 2006. Konsensus Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia. PERKENI. Jakarta
- Inoue. 2000. Asia Pacific: Diabetes Melitus Figures.
- Kartini Sukardji. 2004. Perencanaan Makan pada Diabetes Melitus. Pedoman Diet Diabetes Melitus. FKUI Jakarta.
- Kartini Sukardji. 2005. Terapi Gizi Medis pada Diabetes Tipe 2 Rawat Jalan. Pelatihan Terapi Gizi Medis Jakarta
- Sidartawan Soegondo 2002. Petunjuk Praktis Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe 2. PERKENI Jakarta

- Sidartawan Soegondo. 2005. *Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes Melitus Terkini. Penatalaksanaan Diabetes Terpadu*. FKUI Jakarta
- Kartini Sukardji. 2004. *Perencanaan Makan pada Diabetes Melitus*. Pedoman Diet Diabetes Melitus. FKUI Jakarta.
- Kartini Sukardji. 2005. *Terapi Gizi Medis pada Diabetes Tipe 2 Rawat Jalan*. Pelatihan Terapi Gizi Medis Jakarta
- Sidartawan Soegondo 2002. *Petunjuk Praktis Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe 2*. PERKENI Jakarta
- Sidartawan Soegondo. 2005. *Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes Melitus Terkini. Penatalaksanaan Diabetes Terpadu*. FKUI Jakarta
- Slamet Suyono. 2005. *Kecenderungan Peningkatan Jumlah Penyandang Diabetes*. Penatalaksanaan Diabetes Terpadu. Jakarta
- Suharyuni S. Argadikoesoema. 2006. *Peran Aktivitas Fisik pada Diabetes*. Perkemahan Diabetes. Bogor
- United Nation. 2006. *Press release Number 61/225 in Diabetes Melitus*
- World Health Organization. 2000. *Consultation Report*. Geneva
- World Health Organization. 2005. *Preventing Chronic Disease: a vital investment, WHO Global report*. Geneva

RANCANGAN (DRAFT)

KEPUTUSAN
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR :

TENTANG

PEDOMAN PENGENDALIAN DIABETES MELITUS
DAN PENYAKIT METABOLIK

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang** :
- a. Bahwa Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik (DM & PM) sebagai salah satu Penyakit Tidak Menular (PTM) akan menjadi ancaman kesehatan masyarakat bila tidak dikendalikan dapat menurunkan produktifitas, derajat kesehatan;
 - b. Bahwa agar penyakit Diabetes Melitus tidak menjadi ancaman pada masyarakat dikemudian hari perlu diadakan pengendalian penyakit Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik;
 - c. Bahwa untuk meningkatkan upaya pengendalian penyakit Diabetes Melitus, dipandang perlu untuk menyusun Pedoman yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan;

- Mengingat** : 1. Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Presiden Nomor 9 tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 574/ Menkes/ SK/IV/2000 tentang Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 131/Menkes/ SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1575/Menkes/Per/ XI/2005 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

- Kesatu** : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TENTANG PEDOMAN PENGENDALIAN DIABETES MELITUS DAN PENYAKIT METABOLIK.**
- Kedua** : Pedoman Pengendalian Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan ini;
- Ketiga** : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua merupakan acuan bagi pemerintah dan masyarakat dalam pengendalian Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik di Indonesia;
- Keempat** : Penyelenggaraan Pengendalian Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota serta Masyarakat;

- Kelima** : Pengaturan, Pembinaan, Pengawasan dan Evaluasi terhadap penyelenggaraan Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota;
- Keenam** : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 2008

MENTERI KESEHATAN

ttd.

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP(K)

FAKTOR RISIKO BERSAMA PTM UTAMA

No	Faktor Risiko	Kardio vaskuler	Stroke	Diabetes Melitus	Kanker Tertentu	PPOK
1.	Kurang Aktivitas Fisik	V	V	V	V	V
2.	Diet tak Sehat	V	V	V	V	
3.	Obesitas	V	V	V	V	V
4.	Hiperglikemi	V	V	V	V	
5.	Hipertensi	V	V	V		
6.	Hipekolesterol	V	V	V	V	
7.	Merokok	V	V	V	V	V
8.	Alkohol	V	V	V	V	V

TIM PENYUSUN

Pelindung : Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan
Penyehatan Lingkungan (Dirjen PP & PL)

Penanggung jawab : Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Tim Penyusun :

Dr. Ekowati Rahajeng, SKM, M.Kes
Dr. dr. Anie Indriastuti, MSc, SPGK
dr. Tri Juli Edi Tarigan, SpPD
dr. Enny Riangwati, SpKO
Hera Nurlita, S.ST, M.Kes
dr. Soeko W Nindito, MARS
Drg Yusra M.Kes
Netty Pakpahan, SH, MH
Ir. Anis Abdul Muis, MKes
Abdul Hanan, SH, MM
dr. Sophianita, MOH
dr. Isman, MSc
Bambang Suseno, SKM, MM

dr.Rimarky Oemar, M.Kes
Titi Sari Renowati, SKM, MSc.PH
Djoni Mardjozen, SKM
Andi Sari Bunga Untung, MSc.PH
Robert Saragih, M.Kes
dr. Sedya Dwisangka
dr. Rainy Fathiyah
Imam Setiaji, SH
Veronika Basaku Tarigan, M.Kes
Dewa Made Angga, MScPH
Dewi Nurul Triastuti, SKM
dr. Yoan Hotnida Naomi
dr. Mawardi

Sekretariat : Suharto
Endrawan