

# Beban Penyakit dan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Indonesia

## *Burden of Diseases and Program for the Prevention and Control Of Non-Communicable Diseases in Indonesia*

Mugi Wahidin<sup>a,b,c</sup>, Rozana Ika Agustiya<sup>a\*</sup>, Gurendro Putro<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Badan Riset dan Inovasi Nasional, Gedung BJ Habibie Jl. M.H Thamrin Jakarta Pusat 10340, Indonesia

<sup>b</sup> Universitas Esa Unggul, Jl. Arjuna Utara No. 9 Duri Kepa, Jakarta Barat 11510, Indonesia

<sup>c</sup> Perhimpunan Ahli Epidemiologi Indonesia, Jakarta, Indonesia

### ABSTRAK

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi masalah kesehatan utama di Indonesia. Program pencegahan dan pengendalian PTM hendaknya sesuai dengan beban PTM di masyarakat. Penelitian bertujuan menganalisis beban penyakit (*burden of disease/BoD*) dan program pencegahan dan pengendalian PTM di Indonesia. Penelitian ini merupakan penelitian *mixed methods* (kuantitatif dan kualitatif) yang dilaksanakan di DKI Jakarta, Jambi, dan DI Yogyakarta pada Juli - Desember 2019. Desain studi yang digunakan pada penelitian kuantitatif adalah *descriptive cross-sectional*. Variabel yang dikaji adalah beban PTM, program pencegahan dan pengendalian PTM, dan gap antara program PTM dan beban PTM. Beban PTM menggunakan data sekunder hasil studi BoD 2017. Program dan gap PTM menggunakan data primer yang digali dari informan yang berasal dari Kementerian Kesehatan, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, dan dinas kesehatan provinsi. Pedoman wawancara dan panduan *round table discussion (RTD)* digunakan untuk mengumpulkan data primer. Data sekunder dianalisis secara deskriptif kuantitatif dan data primer dianalisis kualitatif dengan *content analysis*. Triangulasi data menggunakan triangulasi metode yaitu wawancara mendalam dan RTD. Hasil kajian menunjukkan beban PTM sangat tinggi yaitu 70% dari seluruh beban penyakit, faktor risiko utama PTM adalah tekanan darah tinggi, diet, gula darah tinggi, obesitas, dan merokok. Program promosi, pencegahan, dan deteksi dini PTM kurang optimal. Data BoD dapat dimanfaatkan di tingkat nasional maupun provinsi. Terdapat gap antara program dengan beban PTM. Solusi yang ditawarkan yaitu peningkatan promosi kesehatan melalui teknologi informasi, peningkatan deteksi dini, pengendalian faktor risiko terutama diet dan rokok.

**Kata Kunci:** Beban Penyakit, PTM, Program PTM, Indonesia

### Pendahuluan

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi masalah kesehatan utama di dunia dan di Indonesia. Penyakit tidak menular utama seperti penyakit kardiovaskular, diabetes mellitus, kanker, dan penyakit paru obstruktif kronik sangat tinggi di Indonesia. Prevalensi stroke meningkat dari 7‰ menjadi 10,9‰, prevalensi kanker meningkat dari 1,4‰ menjadi 1,8‰, prevalensi diabetes mellitus meningkat dari 6,9% menjadi 8,5%, hipertensi meningkat dari 25,8% menjadi 34,1%.<sup>1,2</sup> PTM menyebabkan 59,5% kematian di

### ABSTRACT

Non-communicable diseases (NCDs) are a major health problem in Indonesia. NCD prevention and control programs should match the burden of NCDs in the community. The study aimed to analyze the burden of disease (BoD) and NCD prevention and control programs in Indonesia. This study is mixed methods research (quantitative and qualitative) conducted in DKI Jakarta, Jambi, and DI Yogyakarta from July to December 2019. The study design used in quantitative research is descriptive cross-sectional. The variables studied were NCD burden, NCD prevention and control programs, and the gap between NCD programs and NCD burden. NCD burden used secondary data from the 2017 BoD study. NCD programs and gaps used primary data extracted from informants from the Ministry of Health, professional organizations, non-governmental organizations, and provincial health offices. Interview guidelines and round table discussion (RTD) guides were used to collect primary data. Secondary data were analyzed descriptively quantitatively, and primary data were analyzed qualitatively with content analysis. Data triangulation used method triangulation, namely in-depth interviews and round table discussions. The results of the study showed that the burden of NCDs is very high at 70% of the total burden of disease, the main risk factors for NCDs are high blood pressure, diet, high blood sugar, obesity, and smoking. NCD promotion, prevention and early detection programs are less than optimal. BoD data can be utilized at the national and provincial levels. There is a gap between the program and the burden of NCDs. Solutions offered are increased health promotion through information technology, increased early detection, control of risk factors, especially diet and smoking.

**Key words:** Burden of Disease; NCD; NCD Program; Indonesia

Indonesia pada 2007 dan meningkat menjadi 71% tahun 2014.<sup>3,4</sup> PTM juga menyerap pembiayaan tertinggi untuk BPJS Kesehatan, yaitu penyakit jantung, gagal ginjal, dan kanker.<sup>5</sup> Meningkatnya PTM di Indonesia memerlukan kebijakan dan program pencegahan dan pengendalian yang memadai.

Program pencegahan dan pengendalian PTM hendaknya sesuai dengan beban masalah di masyarakat Indonesia dengan wilayah yang sangat luas dan sosial budaya serta risiko yang beragam tentu

\*Korespondensi: Rozana Ika Agustiya, Badan Riset dan Inovasi Nasional, Gedung BJ Habibie Jl. M.H Thamrin Jakarta Pusat 10340, Indonesia Email: rozanaika@gmail.com HP: 088212034313.

memiliki beban penyakit PTM yang bervariasi dan memerlukan upaya pencegahan dan pengendalian yang sesuai. Akan tetapi, upaya pencegahan dan pengendalian tersebut diduga belum sepenuhnya menggunakan data beban penyakit sesuai wilayahnya masing-masing karena keterbatasan data dan informasi.

Program pencegahan dan pengendalian PTM dikembangkan terstruktur di Kementerian Kesehatan sejak 2005 ketika Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular berdiri. Program tersebut meliputi upaya promosi, pencegahan faktor risiko dan tatalaksana penyakit.<sup>6</sup> Target rencana strategis PTM 2015-2019 meliputi pembentukan kawasan tanpa rokok, deteksi dan pemantauan faktor risiko PTM melalui Pos Pembinaan terpadu PTM, deteksi dini kanker leher rahim dan inspeksi visual dengan asam asetat, pemeriksaan payudara klinis, dan Pelayanan terpadu.<sup>7</sup> Adapun target Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 adalah menurunkan prevalensi perokok remaja (<18 tahun) dan menahan laju prevalensi obesitas.<sup>8</sup> Untuk menilai tercapainya program dan mengembangkan rencana berikutnya diperlukan dukungan data baik dari sistem surveilans maupun riset yang kredibel.

Pencegahan dan pengendalian PTM juga masuk ke dalam standar pelayanan minimal bidang kesehatan, yaitu tentang skrining faktor risiko PTM.<sup>9</sup> Selain itu, program PTM juga menjadi bagian dalam indikator Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga, terutama terkait pengendalian hipertensi dan merokok.<sup>10,11</sup> Hal tersebut menunjukkan bahwa program pencegahan dan pengendalian PTM telah menjadi kebijakan nasional yang harus dilaksanakan dari tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.

## Metode

Penelitian ini merupakan penelitian *mixed methods*, yaitu gabungan penelitian kuantitatif menggunakan data sekunder dan penelitian kualitatif dengan data primer. Desain yang digunakan adalah *embedded mixed methods design*. Desain ini digunakan untuk membandingkan dan membedakan hasil statistik kuantitatif dengan temuan kualitatif atau memvalidasi serta memperluas hasil kuantitatif dengan data kualitatif dengan pendekatan *concurrent triangulation*. Desain studi yang digunakan pada penelitian kuantitatif adalah *descriptive cross-sectional*. Variabel yang diteliti adalah beban PTM, program dan pencegahan pengendalian PTM, dan gap antara beban dan program pengendalian PTM. Variabel beban PTM menggunakan data sekunder hasil studi BoD 2018. Program dan gap PTM menggunakan data primer yang digali dari informan yang berasal dari Kementerian Kesehatan,

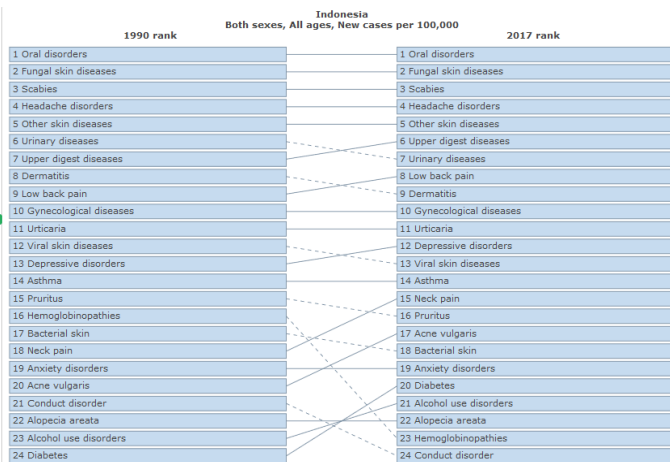
organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, dan dinas kesehatan provinsi.

Lokasi penelitian adalah DKI Jakarta, Jambi dan DI Yogyakarta. Pemilihan sampel berdasarkan *purposive* berdasarkan kriteria umur harapan hidup, prevalensi, dan DALY (tinggi-rendah). Penelitian dilaksanakan pada Juli sampai dengan Desember 2019. Pengumpulan data sekunder menggunakan lembar isian Studi Beban Penyakit di Indonesia tahun 2018. Data primer dikumpulkan melalui *round table discussion* dan wawancara mendalam. *Round table discussion* dilaksanakan di DKI Jakarta yang melibatkan 8 orang dari pemegang program di Direktorat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan (P2PTM) serta ahli dari profesi Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia, Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, Perhimpunan Onkologi Indonesia.

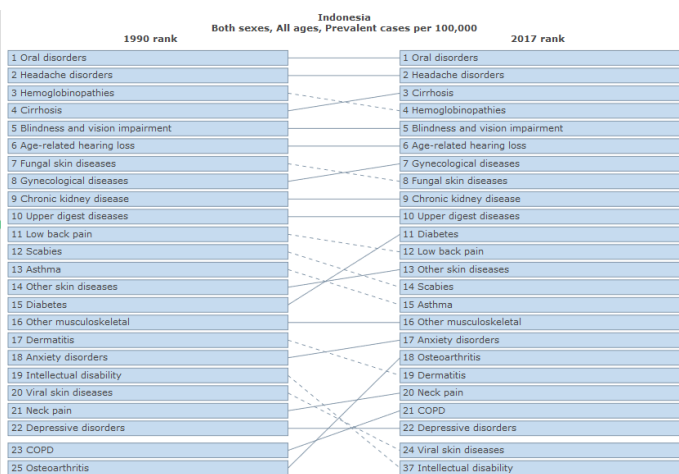
Wawancara dan konfirmasi data dilakukan kepada direktur P2PTM, Kasubdit Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah, Kasubdit DM dan Penyakit Metabolik, Kasubdit Penyakit Kronis dan Degeneratif, dan Kasubdit Kanker. Wawancara mendalam juga dilakukan kepada yayasan terkait PTM yaitu Persatuan Diabetes Indonesia, Yayasan Jantung Indonesia, Yayasan Kanker Indonesia, dan Komisi Kardio Serebro Vaskular, Kepala Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, Kasie PTM Dinas Kesehatan Provinsi DI Yogyakarta, dan Kasien PTM dan Keswa Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Data diolah melalui proses manajemen data berupa transkrip data, coding data, triangulasi data. Analisis kuantitatif deskriptif dilakukan untuk variabel beban PTM berdasarkan data sekunder yang bersumber dari hasil BoD 2017. Analisis kualitatif dilakukan melalui *content analysis* untuk variabel program pencegahan dan pengendalian PTM dan variabel gap antara beban dan program pengendalian PTM. Triangulasi data menggunakan triangulasi metode yaitu metode wawancara mendalam dan RTD. Penelitian ini telah mendapat persetujuan etik dari Komisi Etik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Nomor: LB02.01/2/KE.336/2019 tanggal 19 Agustus 2019.

## Hasil

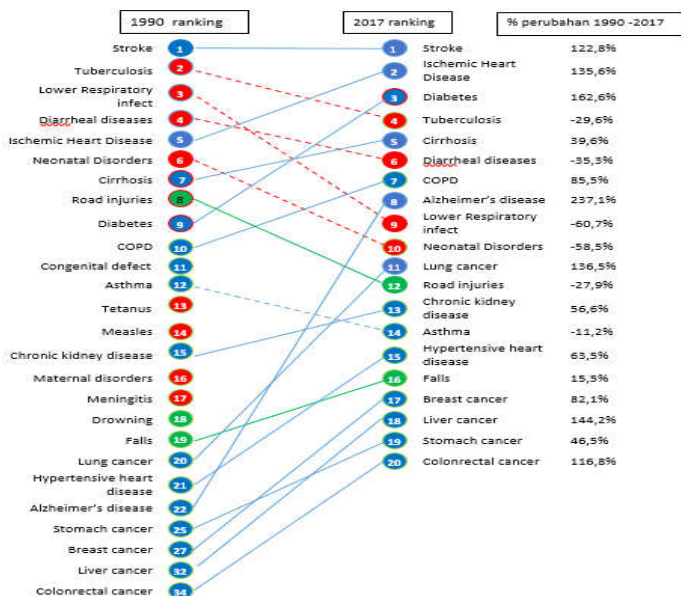
Berdasarkan hasil analisis beban penyakit (*Burden of Disease*), insidens PTM di Indonesia tidak mengalami kenaikan antara tahun 1990 sampai 2017, kecuali penyakit diabetes dari peringkat 24 menjadi peringkat 20 (Gambar 1).<sup>12,13</sup> Sedangkan prevalensi PTM yang mengalami kenaikan signifikan adalah cirrhosis, COPD, dan diabetes mellitus pada 1990 sampai 2017 (Gambar 2)<sup>12,13</sup>



Gambar 1. Insidens Penyakit di Indonesia, 1990 dan 2017



Gambar 2. Prevalens Penyakit di Indonesia, 1990 dan 2017

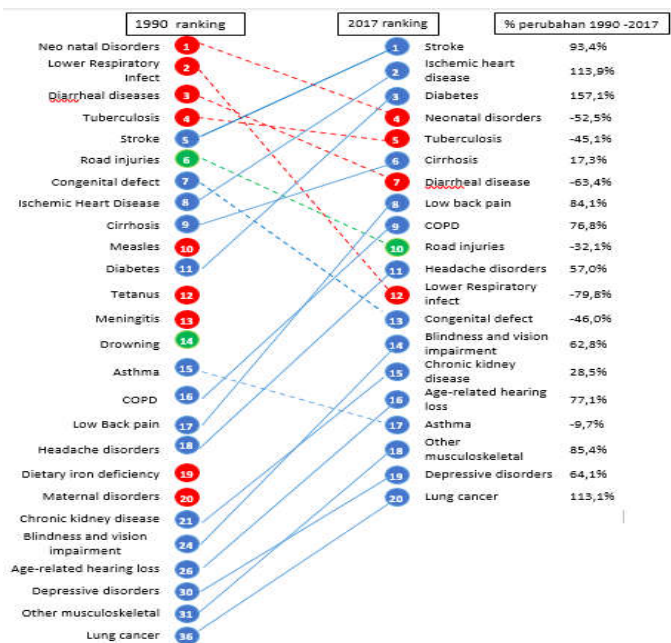


Gambar 3. Penyebab Kematian di Indonesia, 1990 dan 2017

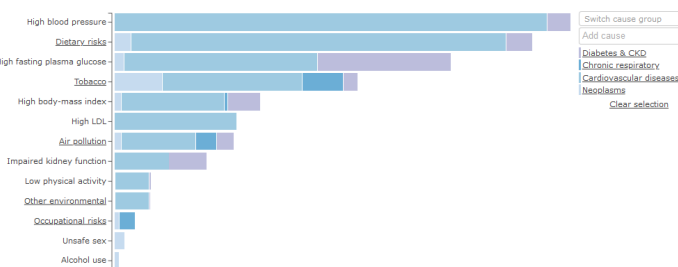
PTM merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia tahun 2017, meningkat dari tahun 1990. Penyebab kematian tertinggi tahun 1990 adalah stroke,

tuberkulosis, dan penyakit saluran pernafasan bawah, sedangkan pada 2017 kematian tertinggi akibat stroke, ischemic heart disease, dan diabetes (Gambar 3).<sup>12,13</sup>

Disability Adjusted Life Years (DALYs) akibat PTM yang menjadi beban tertinggi di Indonesia tahun 2017 yaitu stroke, ischemic heart disease, dan diabetes. Ketiga penyakit tersebut meningkat secara signifikan sejak tahun 1990. Dari urutan DALYs PTM yang meningkat tertinggi adalah Diabetes (157%), disusul Ischemic heart disease (113%) dan Stroke (93,4%) (Gambar 4).<sup>12,13</sup>



Gambar 4. Disability Adjusted Life Years (DALYs) akibat Penyakit di Indonesia, 1990 dan 2017



Gambar 5. Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular di Indonesia, 2017

Faktor risiko penyakit kardiovaskuler tertinggi adalah tekanan darah tinggi, diet berisiko (diet tidak sehat), kadar gula darah puasa tinggi, merokok, dan indeks massa tubuh (obesitas). Sedangkan pada Diabetes dan penyakit ginjal kronis faktor risiko yang tertinggi adalah tingginya kadar gula darah puasa, fungsi ginjal terganggu, obesitas, tekanan darah tinggi dan diet tidak sehat. Penyakit keganasan (kanker) dipengaruhi oleh faktor risiko antara lain merokok, hubungan seks tidak aman (berisiko), dan obesitas. Sedangkan penyakit paru obstruktif kronik dipengaruhi

oleh merokok, polusi udara, dan faktor risiko pekerjaan.<sup>12,13</sup>

### **Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular**

Program utama pencegahan dan pengendalian PTM Kementerian Kesehatan adalah promosi, pencegahan, deteksi dini dan pengobatan, dimana prioritas program lebih difokuskan pada promosi dan pencegahan serta deteksi dini pada faktor risiko berbasis bukti (*Riset Kesehatan Dasar dan Burden of Diseases*). Program tersebut ditetapkan berdasarkan beban penyakit dan amanah dari kebijakan yang lebih tinggi. Mekanisme penetapan program dimulai dari penetapan indikator dan definisi operasional. Setiap indikator akan direview untuk kemudian ditentukan apa saja yang akan masuk ke dalam program prioritas. Sumber data dalam penetapan program adalah hasil riset, data rutin program, dan hasil evaluasi program sebelumnya. Sejak tahun 2019 data *Burden of Diseases*, yang meliputi insidens, prevalens, kematian, umur harapan hidup, faktor risiko, DALY sudah mulai digunakan sebagai dasar penetapan prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional PTM. Adapun sumber pembiayaan program pencegahan PTM berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan tanggung jawab sosial perusahaan.

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) merupakan salah satu strategi pencapaian program. Dalam kegiatan PIS-PK, Puskesmas harus mengetahui kondisi dan memonitor kesehatan anggota rumah tangga di wilayah mereka. Ada 12 indikator PIS-PK, termasuk merokok dan hipertensi. Kegiatan PIS-PK perlu terintegrasi dengan program, yaitu di mana data skrining PIS-PK dapat dicek terlebih dahulu untuk kemudian dianalisa oleh program.

*“aplikasi keluarga sehat seharusnya terintegrasi di program”* (A, Staf Direktorat Pelayanan kesehatan primer)

Terdapat beberapa kendala dalam penentuan dan pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian PTM. Pertama, kendala pada proses penetapan program. Pada tahapan ini, diperlukan waktu yang lama dalam penajaman definisi operasional. Selain itu, terkadang masih ada perbedaan persepsi antar pemegang program. Kedua, kendala dalam pelaksanaan program, yaitu pembiayaan. Hal ini dapat terlihat bahwa Beban PTM yang besar tidak diikuti dengan pembiayaan yang besar, khususnya untuk promotif dan preventif. Hal ini senada dengan pernyataan Direktorat Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (P2PTM).

*“Anggaran PTM terendah kedua...anggaran promotive dan preventif kurang prioritas”* (B, staf

direktorat P2PTM)

Selain pembiayaan yang rendah, kendala lain dalam upaya pencegahan PTM adalah minimnya data faktor risiko dari sistem informasi, kurangnya atensi di tingkat daerah serta belum maksimalnya peran lintas sektor.

Program pencegahan dan pengendalian PTM juga dilakukan organisasi profesi. Organisasi profesi yang terlibat adalah perhimpunan dokter spesialis kardiovaskular, perkumpulan endokrinologi Indonesia, perhimpunan dokter paru Indonesia, dan perhimpunan onkologi Indonesia. Upaya yang dilakukan oleh organisasi profesi ini meliputi kuratif seperti pengobatan jantung, diabetes mellitus, penyakit paru obstruktif kronis dan kanker. Upaya lain yang dilakukan meliputi pembuatan pedoman nasional pelayanan kedokteran, pedoman standar klinis, registrasi penyakit, formulir nasional standar alat kesehatan, tarif dan klasifikasi RS dan rujuk balik. Organisasi profesi juga bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan untuk melakukan pelatihan ke dokter Puskesmas. Terkait dengan upaya promotif, organisasi perkumpulan endokrinologi Indonesia (PERKENI) melibatkan tenaga kesehatan masyarakat.

*“PERKENI akan melibatkan SKM untuk promosi di masyarakat”* (C, Anggota PERKENI)

Hambatan yang dirasakan oleh organisasi profesi dalam upaya pengendalian PTM adalah kurangnya dukungan farmasi, kurangnya implementasi program di daerah dan belum adanya penilaian dokter yang sudah dilatih oleh organisasi profesi ini.

Lembaga swadaya masyarakat juga memiliki program penanganan PTM. Lembaga swadaya yang terkait PTM adalah komisi kardio serebro vaskular, yayasan jantung Indonesia, yayasan kanker Indonesia, dan persatuan diabetes Indonesia. Komisi kardio serebro vaskular bekerja sama dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Direktorat Penyakit Tidak Menular membuat modul dan pedoman serta pengembangan program pelayanan jantung dan stroke pada anak dan dewasa. Organisasi ini juga melakukan pelatihan untuk profesi di seluruh Indonesia. Yayasan jantung Indonesia memberikan pemeriksaan kesehatan gratis bagi masyarakat seperti pemeriksaan jantung sederhana yaitu tekanan darah, tinggi badan, berat badan, pemeriksaan darah (gula, kolesterol) dan pembentukan klub jantung sehat. Persadia menyelenggarakan kegiatan senam bersama, pemeriksaan gula darah setiap minggu, seminar untuk orang awam serta penyuluhan. Yayasan Kanker Indonesia melakukan upaya promotif melalui penerbitan majalah, seminar dan kampanye kesehatan. Yayasan ini juga melakukan pencatatan data kanker melalui registrasi kanker. Kendala yang dihadapi organisasi ini terkait PTM adalah kurangnya

pendanaan dan sumber daya manusia.

“Jumlah SDM riset di Y\*\* kurang, hanya 1 orang saja” (D, anggota LSM)

Di tingkat provinsi, program PTM yang menjadi prioritas di Dinas Kesehatan provinsi terpilih (Yogyakarta, Jakarta dan Jambi) adalah promosi dan preventif. Upaya promosi dilakukan melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, edukasi oleh kader dan edukasi di sekolah. Di Provinsi Jambi, promosi PTM dilakukan melalui radio dan televisi. Upaya preventif dilakukan dengan menerbitkan peraturan Kawasan tanpa rokok dan deteksi dini. Kegiatan deteksi dini dilakukan melalui skrining, seperti skrining kanker serviks dan kanker payudara, ataupun skrining lainnya yang dilakukan di Posbindu masyarakat ataupun institusi. Program PTM ditetapkan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah, Data Program Indonesia Sehat berbasis Pendekatan Keluarga, data riset kesehatan dasar dan data penghitungan beban penyakit/ *burden of diseases*. Sumber pembiayaan program berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Dana Alokasi Khusus dan Badan Layanan Umum Daerah. Sementara Provinsi DKI Jakarta memiliki sumber tambahan dari dana tanggung jawab sosial perusahaan (CSR) untuk upaya promotif dan kuratif berupa skrining kesehatan ginjal untuk pasien diabetes mellitus dan hipertensi serta kegiatan penanggulangan diabetes mellitus melalui penguatan Posbindu PTM.

“Ada program CSR untuk program PTM yaitu skrining untuk kesehatan ginjal untuk pasien DM dan hipertensi dengan pilot project di Jakarta Timur” (E, staf Dinas Kesehatan DKI Jakarta)

Kendala yang dihadapi dalam penanganan PTM di provinsi adalah kurangnya SDM dan dukungan dari lintas sektor serta minimnya kontribusi Organisasi Perangkat Daerah lainnya. Masih rendahnya kesadaran dan masih adanya mispersepsi di masyarakat membuat perilaku masyarakat terkait PTM masih sulit diubah.

“Kendala yang dihadapi adalah bagaimana mengubah kebiasaan masyarakat” (F, staf Dinas Kesehatan Provinsi Jambi)

### **Gap antara Program dan Beban Pengendalian Penyakit Tidak Menular**

Berdasarkan *content analysis* dari hasil wawancara dan RTD, terdapat kesenjangan (gap) antara beban PTM dengan program pencegahan dan pengendalian PTM, yaitu:

1. Faktor risiko diet tidak sehat belum mendapat prioritas pengendalian padahal beban faktor risiko tersebut paling tinggi. Berdasarkan hasil analisis *burden of disease*, faktor diet tidak sehat seperti konsumsi garam berlebih, konsumsi gula berlebih,

konsumsi lemak berlebih, kurang konsumsi buah dan sayur merupakan risiko tertinggi PTM. Akan tetapi, program pengendalian faktor risiko ini belum optimal. Belum ada intervensi terhadap konsumsi gula berlebih di masyarakat, terutama anak-anak. Dengan meningkatnya produksi dan promosi minuman bergula (manis) tentu dapat meningkatkan konsumsi minuman tersebut di masyarakat. Demikian juga dengan menjamurnya restoran siap saji yang menyajikan makanan tinggi kalori, tinggi lemak, tinggi garam, tinggi gula, tentu dapat meningkatkan risiko PTM di masyarakat. Di sisi lain, konsumsi buah dan sayur juga masih rendah.

2. Pencegahan faktor risiko obesitas dan faktor risiko lainnya belum optimal sehingga DM mengalami peningkatan sangat tinggi. Obesitas merupakan salah satu faktor risiko PTM, khususnya DM. Data analisis *Burden of Diseases* (BoD) menunjukkan obesitas menjadi faktor risiko utama tertinggi terjadinya DM. Obesitas saat ini masih tinggi sedangkan intervensi belum terlihat optimal. Posbindu PTM belum optimal menjadi saran intervensi obesitas melalui aktivitas fisik maupun pengendalian diet. Demikian juga Germas belum optimal dilaksanakan di lintas sektor.

3. Pencegahan dan pengendalian tekanan darah tinggi belum optimal sehingga hipertensi masih tinggi dan cenderung mengalami peningkatan. Dari hasil analisis *Burden of Diseases* (BoD), tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko utama penyakit jantung dan pembuluh darah. Untuk seluruh PTM, tekanan darah tinggi juga merupakan faktor risiko utama. Prevalensi tekanan darah tinggi juga mengalami peningkatan, tetapi upaya pengendalian masih belum optimal.

4. Deteksi dini gula darah tinggi belum optimal, sehingga DM mengalami peningkatan tertinggi di antara PTM lainnya. Deteksi dini gula darah sudah dilakukan melalui kegiatan Posbindu PTM baik di masyarakat maupun di institusi. Akan tetapi, cakupan Posbindu masih rendah. Selain itu, pelaksanaan Posbindu di institusi juga belum rutin. Dengan adanya SPM seharusnya deteksi dini menjadi program unggulan untuk mencapai target yang ditetapkan. Akan tetapi, hal ini belum terlaksana.

5. Kebijakan melalui Peraturan Menteri Kesehatan terkait pembatasan gula garam lemak belum diimpelentasikan. Kebijakan pencegahan faktor risiko sejak dini juga belum dilaksanakan, padahal perilaku terbentuk sejak dini. Pencegahan faktor risiko perilaku pada seperti merokok pada anak sekolah, pembatasan konsumsi makanan berisiko pada anak-anak belum digalakkan.

6. Pembiayaan pencegahan faktor risiko PTM dirasa masih kurang padahal beban PTM paling besar dari beban penyakit lainnya. Berdasarkan wawancara, hampir semua responden mengeluhkan kurangnya anggaran untuk promosi dan prevensi faktor risiko

PTM, padahal beban PTM merupakan beban terbesar dari seluruh penyakit. Proporsi anggaran terbesar masih untuk kuratif, seperti melalui Jaminan Kesehatan nasional maupun pelayanan kesehatan di rumah sakit. 7. Peran lintas sektor dalam pengendalian faktor risiko PTM masih belum optimal, terutama dalam penerapan gerakan masyarakat hidup sehat dan Posbindu di institusi. PTM bukan hanya masalah kesehatan, tetapi merupakan ujung dari masalah perilaku dan lingkungan. Sayangnya, peran lintas sektor di luar sektor kesehatan masih belum optimal. Hal ini terlihat dari kurangnya kegiatan penerapan gerakan masyarakat hidup sehat dan Posbindu PTM di luar sektor kesehatan.

## Pembahasan

Beban PTM tertinggi di Indonesia adalah stroke, *ischemic heart disease*, dan diabetes, baik pada kematian maupun DALY. Sedangkan faktor risiko PTM tertinggi adalah tekanan darah tinggi, diet tidak sehat, gula darah tinggi, obesitas, dan merokok. Hasil wawancara juga menunjukkan beban PTM yang sama. Hasil Riskesdas 2007 dan *Sample Registration System* (SRS) 2014 menunjukkan penyebab kematian tertinggi adalah stroke.<sup>3,4</sup> Diet tidak sehat dan merokok merupakan faktor risiko utama PTM.<sup>14</sup> Diet tidak sehat, tekanan darah tinggi, dan gula darah tinggi menjadi faktor risiko utama yang perlu mendapat prioritas untuk dikendalikan.

Program PTM sudah dilaksanakan melalui upaya promotif, preventif, deteksi dini, pengobatan, dan rehabilitasi. Upaya tersebut perlu terus diperkuat melalui kerja sama lintas program dan lintas sektor, dengan memperhatikan beban penyakit. Dukungan manajemen, dari perencanaan dan evaluasi program PTM merupakan bagian dari manajemen yang tidak terpisahkan. Menurut George R. Terry, manajemen terdiri dari empat fungsi dasar, yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan.<sup>15</sup> Dalam program PTM, seluruh tahapan tersebut dilaksanakan sesuai dengan beban penyakit di masyarakat yang dapat diperoleh melalui riset, termasuk riset *Burden of Diseases* (BoD). Program PTM harus terus dikembangkan secara aktif, diperluas, dan dipertajam target dapat dicapai. Menurut Robbins manajemen adalah proses menyelesaikan pekerjaan secara efektif dan efisien dengan melalui orang lain.<sup>16</sup>

Proses manajemen terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengkomandoan, koordinasi, dan pengendalian.<sup>17</sup> Proses perencanaan dimulai dari identifikasi masalah dan penentuan prioritas masalah yang ditentukan berdasarkan data dan informasi yang memadai dari laporan kegiatan, surveilans, maupun survei atau penelitian. Dalam identifikasi dan

penetapan prioritas masalah diperlukan data prevalensi penyakit, keparahan penyakit, dan tren penyakit. Demikian juga dalam hal pengawasan dan evaluasi program, diperlukan dukungan laporan, data, dan informasi yang diperlukan.<sup>18</sup> Program perlu dikembangkan berdasarkan bukti (evidence) termasuk hasil riset. Untuk itu, disarankan pada para pengambil kebijakan untuk dapat menggunakan data hasil studi BoD, baik data insiden, prevalens, kematian, DALY, maupun faktor risiko untuk pengembangan program pengendalian dan pencegahan PTM. Data tersebut dapat digunakan untuk bahan perencanaan, monitoring dan evaluasi program.

Adanya gap dalam pencegahan dan pengendalian PTM seperti intervensi faktor risiko utama yaitu diet tidak sehat yang belum optimal, pengobatan hipertensi yang belum optimal, intervensi obesitas, memerlukan perhatian serius dari berbagai pihak. Hal ini mengingat pencegahan dan pengendalian faktor risiko merupakan kunci dalam pencegahan PTM. Gap lain seperti deteksi dini DM yang belum optimal, kebijakan pencegahan faktor risiko belum dimulai sejak usia dini, dan kerja sama lintas sektor yang belum massif memerlukan upaya bersama agar dapat dilakukan perbaikan. Proses perencanaan memerlukan informasi gap ini, sehingga program PTM dapat terus ditingkatkan. Gap yang mendefinisikan masalah yaitu gap antara apa yang diharapkan dengan kenyataan yang terjadi diperoleh dengan data dan informasi yang sesuai.<sup>19</sup>

Solusi yang ditawarkan para responden untuk menjawab beban PTM yang semakin besar antara lain: peningkatan promosi kesehatan berbasis teknologi informasi seperti media sosial, advokasi, peningkatan deteksi dini, pengendalian faktor risiko terutama diet dan rokok perlu dipertimbangkan menjadi prioritas ke depan. Surveilans PTM perlu diperkuat oleh program PTM, mengingat surveilans ini menjadi kewajiban setiap program.<sup>20</sup> Penggunaan teknologi informasi juga merupakan keniscayaan di era revolusi industri 4.0. Perlu dikembangkan berbagai aplikasi untuk menjadi media promosi dan edukasi bagi masyarakat, selain edukasi melalui media elektronik lainnya. Peningkatan deteksi dini, terutama pada masyarakat berisiko perlu diperluas. Hal ini karena masih rendahnya cakupan deteksi dini. Pengendalian faktor risiko sejak dini, terutama diet dan merokok, perlu dikembangkan secara luas.

Selain itu, untuk mengubah perilaku, salah satu upaya yang diperlukan adalah intervensi melalui agen perubahan di masyarakat. Penelitian di Kota Tasikmalaya tentang peran agen perubahan dalam pencegahan dan pengendalian PTM menunjukkan bahwa terjadi perubahan perilaku dari perilaku negatif sebelumnya berubah menjadi perilaku positif untuk

mencegah munculnya PTM seperti mengurangi jumlah rokok, mengurangi konsumsi makanan yang digoreng dan mengandung lemak berlebihan juga makanan bersantan. Selain itu dilakukan juga kegiatan fisik dengan latihan minimal seminggu sekali.<sup>21</sup>

Untuk meningkatkan program PTM, tentu ada implikasi yang harus disiapkan, seperti Peningkatan SDM, nakes maupun teknologi informasi, Peningkatan peralatan, terutama deteksi dini, obat hipertensi dan DM disediakan cukup/ Pembiayaan, terutama untuk promosi dan deteksi dini, Inovasi program, melalui integrasi program, kegiatan lintas sektor. Pemerintah dan pemerintah daerah, swasta, profesi, LSM, dan masyarakat perlu terlibat secara lebih luas dalam pencegahan dan pengendalian PTM.

Program pencegahan dan pengendalian PTM melalui Posbindu PTM perlu diperkuat dengan melibatkan daerah. Penelitian di Mojokerto menunjukkan bahwa pembiayaan Posbindu PTM dapat berasal dari dana desa. Pemerintah Desa Ngrowo mengalokasikan biaya penyenggaraan Posbindu-PTM melalui Dana Desa 2018, hal ini berdampak positif: 90% (50 orang) masyarakat memiliki antusias yang tinggi untuk mengikuti Posbindu-PTM dan masyarakat yang sukarela menjadi Kader Posbindu-PTM.<sup>22</sup>

Dalam penguatan Posbindu PTM, diperlukan SDM dan pelatihan yang memadai. Penelitian di Kota Bogor menunjukkan bahwa Posbindu PTM kota Bogor telah dikunjungi oleh masyarakat dari kalangan usia muda hingga tua, namun jumlah kader dan peralatan setiap Posbindu berbeda, kader kurang mendapatkan pelatihan dan pendanaan yang belum maksimal. Strategi berupa pelatihan yang lebih intensif terhadap kader mengenai PTM dari tenaga kesehatan, penambahan kegiatan kesehatan untuk meningkatkan intensitas kehadiran warga dan kerja sama lintas sektor menjadi alternatif yang dapat diterapkan untuk penguatan program Posbindu PTM.<sup>23</sup>

Rekomendasi yang disarankan dari hasil wawancara tingkat nasional antara lain peningkatan edukasi, sinkronisasi/integrasi program, prioritas pada pengendalian faktor risiko, dan penertiban iklan menyedapkan. Adapun di tingkat provinsi, rekomendasi kebijakan antara lain intergasi program, kebijakan yang memaksa, skrining pada usia produktif, dan perluasan pengendalian faktor risiko. Rekomendasi-rekomendasi tersebut patut dilaksanakan agar program PTM semakin kuat. Implementasi kebijakan dan program pencegahan dan pengendalian PTM di Indonesia perlu terus diperluas dan diperkuat. Program terutama pencegahan dan deteksi dini perlu terus diperkuat di tingkat nasional maupun daerah. Di beberapa negara, upaya terus dilakukan dengan berbagai strategi. Di Amerika Latin, strategi dalam pengendalian PTM meliputi 4 hal yaitu kebijakan dan

advokasi, surveilans, promosi kesehatan dan pencegahan, dan manajemen terintegrasi PTM dan faktor risikonya. Strategi tersebut dilaksanakan dengan mobilisasi sumber daya, komunikasi, pelatihan, jaringan dan kemitraan.<sup>24</sup> Di Afrika Timur, kemitraan dalam pengendalian PTM dilakukan melalui kerja sama antara Pemerintah di regional tersebut. Kemitraan ini untuk menurunkan biaya penelitian PTM dan obat-obatan, serta untuk mencegah duplikasi upaya dalam pengendalian PTM. Kemampuan Negara di Afrika Timur bekerja sama secara sinergis menghasilkan rencana penelitian bersama. Selain itu, kemitraan dengan masyarakat sipil dan universitas juga dilakukan untuk membentuk dasar dalam evaluasi program.<sup>25</sup>

Pelayanan PTM di Puskesmas juga perlu terus ditingkatkan. Pelayanan terpadu (Pandu) PTM yang sudah berjalan perlu terus dilaksanakan dan diperkuat. Hal ini untuk mengendalikan kasus PTM, khususnya hipertensi dan DM. Upaya serupa juga dilaksanakan di Bangladesh, melalui Pojok PTM di Puskesmas. Pojok PTM tersebut baru mulai terbentuk sebagai upaya pencegahan dan pelayanan PTM.<sup>26</sup>

## Kesimpulan

Beban PTM (penyakit kardiovaskular, Diabetes Mellitus/DM, Penyakit Paru Obstruktif Kronik/PPOK, kanker) sangat tinggi terkait dengan kematian dan DALY. Faktor risiko utama PTM adalah tekanan darah tinggi, diet tidak sehat, gula darah tinggi, obesitas, dan merokok. Program promosi, pencegahan, dan deteksi dini terkait PTM saat ini dirasa masih kurang. Dasar penentuan program pencegahan dan pengendalian PTM yang digunakan oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian PTM dan Dinas Kesehatan sudah cukup komprehensif meliputi data riset, data rutin program tingkat nasional dan tingkat provinsi, akan tetapi, diperlukan data beban ekonomi akibat PTM. Terdapat gap antara program pencegahan dan pengendalian PTM dengan beban PTM yaitu intervensi yang kurang untuk diet, obesitas, dan tekanan darah tinggi. Kebijakan pengendalian faktor risiko saat ini belum menyasar usia dini.

## Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang memberikan izin melaksanakan penelitian ini

## Daftar Pustaka

1. Kemenkes. Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) 2013. Jakarta; 2013. 1-384 p.
2. Kemenkes. Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) 2018. 2019.

3. Kemenkes. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Laporan Nasional 2007. 2008;
4. Kemenkes. Laporan Sample Registration System. Jakarta; 2015.
5. BPJS. Laporan Serapan Pembiayaan BPJS 2018. 2018.
6. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. 2015;
7. Kemenkes. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan R.I. tahun 2015-2019. 2015.
8. Presiden RI. Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah Nasional. Jakarta; 2015.
9. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan No.43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. 2016;
10. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta; 2016.
11. Kemenkes. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta; 2016.
12. IHME. Global Burden of Disease 2017. 2018.
13. Kemenkes. Analisis Beban Penyakit Nasional dan Sub Nasional Indonesia 2017. Jakarta; 2018.
14. Bustan MN. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Cetakan Ke. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
15. Terry GR. Principles of Management Homewood: IRWIN; 1977.
16. Robbins et al. Fundamentals of Management: Essential Concepts and Applications. Pearson Prentice Hall; 2011.
17. Montana P, Charnov B. Management. Barron's Educational Series. 2008.
18. Notoatmodjo S. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
19. Swarjana IK. Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsep, Startegi, dan Praktik. Yogyakarta: CV Andi Offset; 2017.
20. Kemenkes. Peraturan Menteri KEsehatan R.I Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan. Jakarta; 2014.
21. Kartika V, Rachmawati T. Peranan Agen Perubahan Dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Ptm) Di Kecamatan Indihiang, Kota Tasikmalaya. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. 2017;20(4):182-90.
22. Kusuma YLH, Puspitaningsih D, Dwisyalfina A, Widayanti E. Pembentukan Program Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) Penyakit Tidak Menular (Ptm) Dengan Memanfaatkan Dana Desa Pemerintah Desa Ngrowo Kecamatan Bangsal – Mojokerto. Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan. 2018;4(2):68-75.
23. Nugraheni WP, Hartono RK. Strategi Penguatan Program Posbindu Penyakit Tidak Menular Di Kota Bogor. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat 2018;9(3):198-206.
24. Hospedales CJ, Barcelo A, Luciani S, Legetic B, Ordunez P, Blanco A. NCD prevention and control in Latin America and the Caribbean: A regional approach to policy and program development. Glob Heart. 2012;7(1):73-81.
25. Siddharthan T, Ramaiya K, Yonga G, Mutungi GN, Schwartz JI. Noncommunicable Diseases In East Africa: Assessing The Gaps In Care And Identifying Opportunities For Improvement Fogarty Global Health Fellow in Kampala, Uganda and fellow in the HHS Public Access. Health Aff (Millwood. 2015;34(9):1506-13.
26. Rawal LB, Kanda K, Biswas T, Tanim MI, Poudel P, Renzaho AMN, et al. Non-communicable disease (NCD) corners in public sector health facilities in Bangladesh: A qualitative study assessing challenges and opportunities for improving NCD services at the primary healthcare level. BMJ Open. 2019;9(10).