

MENGUKUR YANG PENTING:

Kerangka pelaporan PTM yang disempurnakan untuk Indonesia.



Pesan-pesan pokok

[1]

PTM mencakup lebih luas dari penyakit kardiovaskular, diabetes, kanker dan penyakit pernapasan kronis, fokus dari kebijakan saat ini.

Implikasi bagi kebijakan: Pelaporan PTM di Indonesia harus juga mencakup gangguan muskuloskeletal, kesehatan mental yang buruk, penyakit kardiovaskular, kanker, diabetes, kondisi kulit kronis, gangguan penglihatan dan pendengaran serta kondisi pernapasan kronis, karena semua ini berkontribusi pada beban penyakit di Indonesia dan sebagian dapat dicegah.

[2]

PTM terjadi di semua usia, tidak hanya di masa dewasa.

Implikasi bagi kebijakan: PTM yang muncul pada masa anak-anak dan remaja memberikan target yang sangat penting untuk intervensi karena ini dapat meningkatkan kesehatan remaja saat sekarang, kesehatan mereka sebagai orang dewasa, dan kesehatan generasi berikutnya.

[3]

Di Indonesia, PTM utama bervariasi berdasarkan wilayah.

Implikasi bagi kebijakan: Ketimpangan kesehatan secara geografis di seluruh kepulauan Indonesia membutuhkan pemantauan per wilayah (sub-nasional) yang reguler agar dapat memanfaatkan peluang unik untuk perubahan.

[4]

Sistem data saat ini di Indonesia mengukur beberapa tetapi tidak mencakup semua PTM yang relevan. Terjadi kesenjangan tertentu di beberapa PTM utama, dan terutama data untuk remaja sangat kurang.

Implikasi bagi kebijakan: Ada kebutuhan untuk berinvestasi lebih lanjut dalam pengukuran objektif yang lebih baik (misalnya peningkatan pengukuran kesehatan mental untuk RISKESDAS, perluasan registrasi kanker), dan memperluas pengumpulan data untuk kelompok usia yang lebih muda (misalnya pengukuran risiko POSBINDU untuk dimulai pada usia 10).

Apakah PTM itu?

PTM mewakili sekelompok kondisi yang berbagi karakteristik umum yaitu kronisitas dan sifatnya yang tidak dapat ditularkan; banyak yang terkait dengan stigma yang signifikan dan ditentukan oleh perilaku dan kondisi hidup (dalam tingkatan yang berbeda-beda).

PTM utama di Indonesia meliputi: kanker, penyakit kardiovaskular, penyakit hati kronis, penyakit ginjal, gangguan mental, diabetes, gangguan muskuloskeletal, gangguan organ indra, demensia dan penyakit pernapasan kronis.

Penyakit tidak menular (PTM) atau Non-communicable diseases (NCD) telah muncul sebagai penyebab utama dari kematian dan kesehatan yang buruk di Indonesia. Meskipun beberapa penyakit menular terus menjadi tantangan kesehatan yang besar bagi Indonesia, kerugian kesehatan dari PTM telah meningkat secara dramatis [2].

Dalam hubungannya dengan kebijakan, PTM umumnya dapat dicegah melalui modifikasi risiko yang terakumulasi di semua usia: merokok tembakau, hipertensi, kelebihan berat badan dan obesitas, dan pola makan yang rendah serat dan tinggi lemak adalah beberapa contoh kunci. Banyak intervensi

pengecahan efektif secara biaya dan merupakan peluang penting untuk menghindari beban ekonomi dari penyakit ini [3, 4].

Hambatan utama terhadap kebijakan adalah kurang memadainya pengukuran dan pelaporan PTM hingga saat ini. Indikator yang ada saat ini tidak mengukur semua PTM yang penting, tidak mengukur beban penyakit ini secara memadai di awal kehidupan dan tidak mengukur perbedaan antar kelompok populasi. Laporan ini merekomendasikan sebuah pendekatan yang lebih baik, untuk mengukur PTM di Indonesia dengan tujuan agar dapat menginformasikan kebijakan yang efektif.

Kerangka pelaporan umumnya didefinisikan sebagai sekelompok indikator yang disatukan untuk menggambarkan status populasi tertentu. Indikator [1] merupakan komponen penting dari tindakan yang dapat dipertanggungjawabkan, dan harus:

- Menjadi topik prioritas untuk kebijakan publik, atau suatu aspek penting dari program yang signifikan; menjadi katalis untuk tindakan.
- Valid, dapat diandalkan, dapat dibandingkan, tepat waktu, dan mudah ditafsirkan.
- Dapat diukur melalui sistem data saat ini, atau memiliki rencana untuk suatu strategi pengukuran yang baru dan layak dilaksanakan.
- Berkaitan dengan kebijakan/prioritas program nasional atau global.

[1]

PTM adalah lebih luas dari penyakit kardiovaskular, diabetes, kanker dan pernapasan kronis.

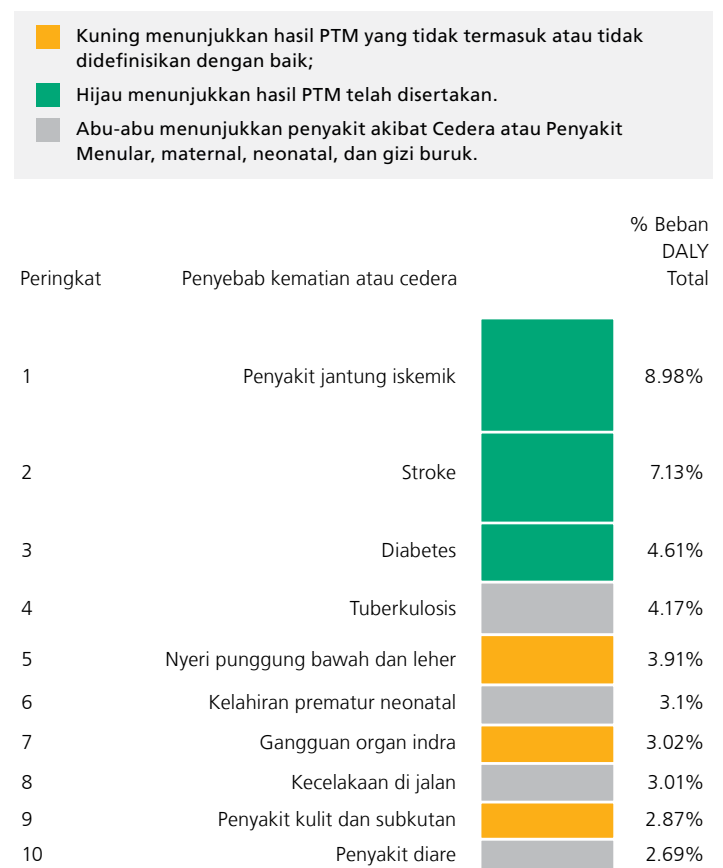
Kerangka pelaporan yang kuat disertai dengan indikator-indikator yang terdefinisi dengan baik memberikan dasar akuntabilitas untuk PTM secara global [5], dan di Indonesia. Saat ini ada dua kerangka kerja utama di Indonesia yang berfokus pada PTM: Rencana Aksi Strategis Nasional untuk Pencegahan dan Pengendalian PTM 2015- 2019; dan Rencana Aksi WHO untuk Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Asia Tenggara 2013-2020.

Kedua kerangka ini, beserta indikator-indikator dan target terkait, keduanya didasarkan pada Rencana Aksi Global WHO dan sangat mirip. Meskipun kedua kerangka tersebut mengakui cakupan PTM di Indonesia dan di kawasan ini lebih luas daripada yang digariskan oleh WHO, target dan indikator yang mereka rekomendasikan tidak mencerminkan hal tersebut.

Gambar 1. Ringkasan kerangka kerja PTM utama di Indonesia.

	Rencana Aksi Indonesia untuk PTM (versi 2)	Rencana Aksi WHO untuk Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Asia Tenggara 2013-2020
Fokus Inti	Pencegahan dan pengendalian PTM dari 2015-2019.	Kebijakan tentang pencegahan, pengendalian dan pemberitahuan 2013-2020.
Kekuatan-Kekuatan Kunci	Rencana aksi yang terperinci untuk PTM. Mencakup prinsip-prinsip dasar yang terperinci dalam Rencana Aksi WHO (termasuk pendekatan sepanjang kehidupan, pendekatan multi sektoral). Juga mencakup perincian tentang koordinasi dan akuntabilitas seputar PTM untuk Indonesia.	Rencana aksi WHO mencakup target yang jelas, indikator yang terdefinisi dengan baik, dan saran untuk reformasi kebijakan berbasis bukti yang terbaik untuk digunakan.
PTM apa saja yang termasuk?	✘ Prioritas dari WHO memang telah diperluas, tetapi masih ada kekurangan yang signifikan. Beberapa PTM yang relevan untuk Indonesia tidak ada, atau, data dilaporkan tetapi tidak terkait dengan target tertentu.	✘ Prioritas WHO adalah: Penyakit Kardiovaskular, Kanker, Penyakit Pernapasan Kronis, Diabetes dan Kanker; risiko-risiko meliputi: merokok, penggunaan alkohol yang berisiko, tekanan darah tinggi, pola makan, aktivitas fisik dan obesitas.
Apakah indikator-indikatornya didefinisikan dengan baik?	✓ Indikator cukup terdefinisi dengan baik, namun umumnya hanya terbatas pada 18 tahun ke atas, sejumlah kecil 15 tahun ke atas.	✓ Indikator cukup terdefinisi dengan baik, namun sebagian besar berfokus pada orang dewasa.
Fokus pada faktor-faktor risiko?	✓ Ya, dibatasi oleh definisi PTM yang sempit.	✓ Ya, dibatasi oleh definisi PTM yang sempit.
Fokus pada determinan?	→ ✓ Ada beberapa, tidak terkait dengan target atau indikator secara spesifik. Pemilahan data oleh berbagai indikator jika dilaporkan ada ketidaksetaraan.	→ ✓ Ada beberapa, dan nilai pentingnya dicatat. Didefinisikan secara luas dan beberapa contoh diberikan - tetapi tidak rinci.

Tabel 1. Sepuluh penyebab utama kematian atau disabilitas di Indonesia dan representasi mereka dalam kerangka pelaporan PTM yang ada. Beban diukur dalam Disability Adjusted Life Years (DALY/Tahun-Tahun Kehidupan yang hilang karena Kecacatan).



Sumber untuk Peringkat dan % Daly: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD 2016

Pada intinya, ada dua masalah utama. Pertama, kerangka kerja saat ini tidak mencakup beberapa PTM penting. Kedua, banyak indikator dalam kerangka kerja saat ini tidak didefinisikan dengan baik, dengan sedikit panduan tentang apa PTM utama dan bagaimana cara mengukur risikonya. Setiap pelaporan PTM di Indonesia harus diperluas untuk memasukkan fokus pada gangguan muskuloskeletal, kesehatan mental yang buruk, penyakit kardiovaskular, kanker, diabetes, kondisi kulit kronis, gangguan penglihatan dan pendengaran dan kondisi pernapasan kronis mengingat bahwa semua ini berkontribusi pada beban penyakit di Indonesia, dan sebagian dapat dicegah.

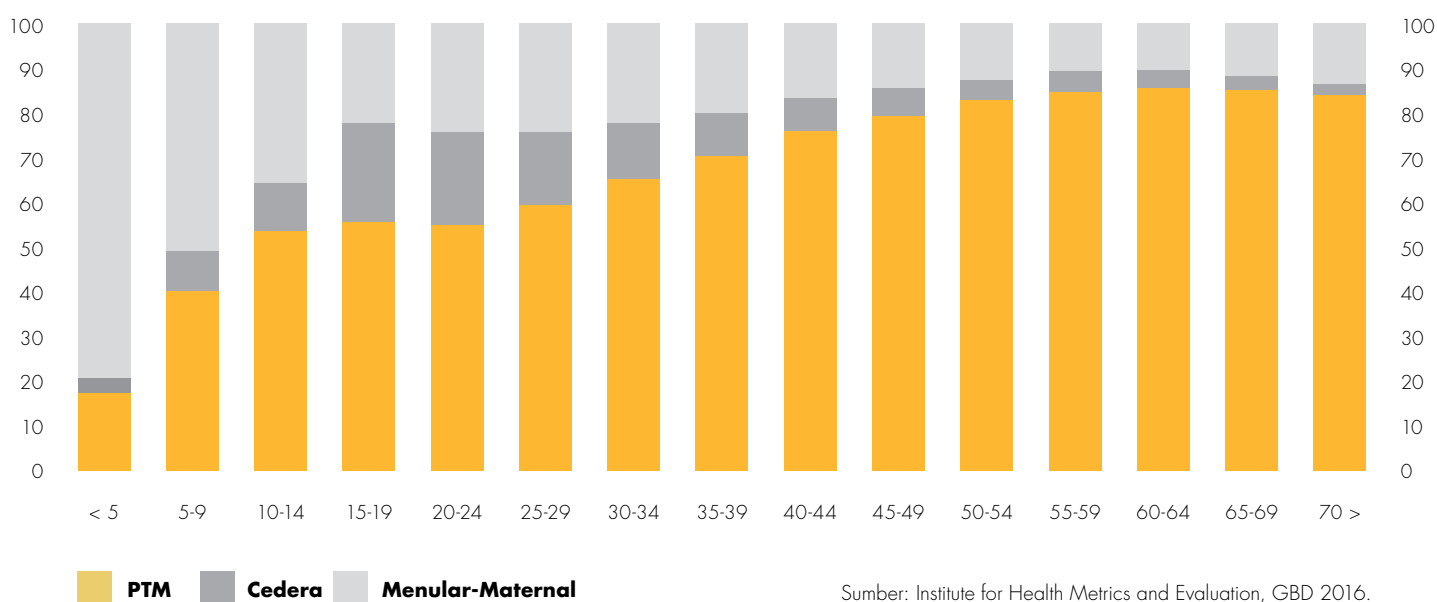
[2]

PTM signifikan pada semua usia, tidak hanya di masa dewasa.

Seperti yang ditunjukkan pada Gambar 2, PTM menyebabkan sebagian besar penyakit membebani semua usia di Indonesia, tidak hanya di masa dewasa. Sementara masa anak-anak dan remaja memberikan saat penting bagi intervensi untuk pencegahan primer dari faktor-faktor risiko untuk PTM dewasa, beban PTM yang dialami oleh anak-anak dan remaja tidak boleh diabaikan.

Gambar 2. Proporsi DALY di semua umur.

Angka ini menunjukkan proporsi DALY di semua usia yang disebabkan oleh PTM, Cedera dan Penyakit Menular/Maternal.



PTM spesifik yang menyebabkan penyakit di Indonesia sangat berubah di seluruh kelompok usia (tabel 2). Misalnya, penyakit pernapasan kronis, penyakit kulit kronis, penyakit organ indra, dan kelainan kongenital merupakan kontributor penting untuk anak-anak (1-9 tahun). Untuk remaja hingga dewasa muda (10-24 tahun), gangguan mental, migrain dan gangguan muskuloskeletal menjadi kontributor penting untuk beban penyakit, sementara penyakit kulit dan penyakit

organ indra tetap bertahan. Untuk orang dewasa (25-59 tahun), sakit punggung, stroke, diabetes dan penyakit jantung iskemik meningkat secara signifikan, sementara penyakit organ indra terus menjadi beban penyakit yang signifikan. Dalam rentang usia 60+ ada peningkatan penyakit pernapasan kronis dan dampak penyakit Alzheimer, bersama dengan banyak penyebab yang berkontribusi terhadap beban penyakit pada kelompok 25-59 tahun.

[2]

PTM signifikan pada semua usia, tidak hanya di masa dewasa.

Tabel 2. Penyebab utama kematian atau disabilitas di Indonesia, 2016.

	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60+
1	Penyakit Diare	Infeksi usus	Penyakit Kulit	Penyakit Kulit	Kecelakaan di jalan	Nyeri punggung bawah / leher	Penyakit jantung iskemik	Penyakit jantung iskemik
2	Infeksi saluran pernapasan bawah	Penyakit Kulit	Infeksi usus	Kecelakaan di jalan	Penyakit Kulit	Tuberkulosis	Stroke	Stroke
3	Campak	Penyakit Diare	Gangguan perilaku	Migrain	Tuberkulosis	Penyakit jantung iskemik	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
4	Penyakit Kulit	Asma	Kecelakaan di jalan	Infeksi usus	Nyeri punggung bawah / leher	Kecelakaan di jalan	Nyeri punggung bawah / leher	Penyakit Paru Obstruktif Kronik
5	Malnutrisi energi-protein	Kekurangan zat besi	Asma	Tuberkulosis	Migrain	Migrain	Tuberkulosis	Penyakit organ indra
6	Cacat bawaan	Tenggelam	Penyakit Diare	Nyeri punggung bawah / leher	Gangguan depresif	Stroke	Penyakit organ indra	Tuberkulosis
7	Infeksi usus	Cacat bawaan	Migrain	Gangguan perilaku	Kekurangan zat besi	Penyakit Kulit	Kecelakaan di jalan	Nyeri punggung bawah / leher
8	Dengue (Demam Berdarah)	Penyakit organ indra	Gangguan kecemasan	Gangguan kecemasan	Gangguan kecemasan	Penyakit organ indra	Penyakit ginjal kronis	Asma
9	Batuk rejan	Infeksi saluran pernapasan bawah	Kekurangan zat besi	Gangguan depresif	Penyakit organ indra	Diabetes mellitus	Penyakit Paru Obstruktif Kronik	Penyakit Alzheimer
10	Tenggelam	Epilepsi	Penyakit organ indra	Penyakit organ indra	Muskuloskeletal lain	Muskuloskeletal lain	Asma	Penyakit Diare

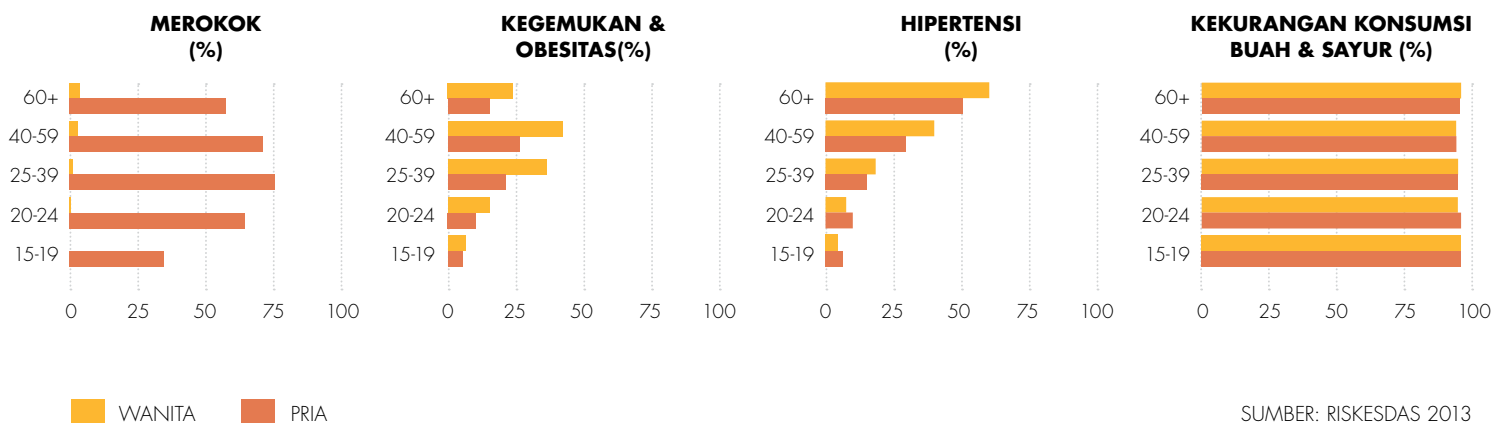
Sumber: Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD 2016.

Faktor risiko utama bervariasi di semua usia dan berdasarkan jenis kelamin (Gambar 3). Penggunaan tembakau lebih umum pada pria Indonesia dari usia 15 tahun ke atas, memuncak pada kelompok usia 25-39 tahun; merokok lebih jarang pada wanita, dalam pola yang secara bertahap meningkat seiring usia ke puncaknya pada kelompok usia 60+. Kegemukan/ obesitas dan hipertensi memiliki pola yang mirip, lebih umum terjadi pada wanita dan signifikan

di semua usia. Puncak prevalensi kegemukan terjadi pada usia 40-59 sementara puncak hipertensi di kelompok usia 60+. Prevalensi pola makan yang buruk (kurangnya konsumsi buah dan sayuran) sangat tinggi di semua usia, dengan sedikit perbedaan berdasarkan jenis kelamin. Sebagai catatan, RISKESDAS memiliki data kelompok usia <15 tahun untuk beberapa faktor risiko tetapi tidak dapat diakses untuk laporan singkat ini.

Gambar 3. Prevalensi populasi faktor-faktor risiko utama di Indonesia, dipilih berdasarkan jenis kelamin.

Merokok setiap hari, Kegemukan &/atau obesitas: BMI \geq 25, Hipertensi: sistolik atau diastolik \geq 140/90 mmHg, dan pola makan rendah buah dan sayuran berdasarkan laporan sendiri.



SUMBER: RISKESDAS 2013

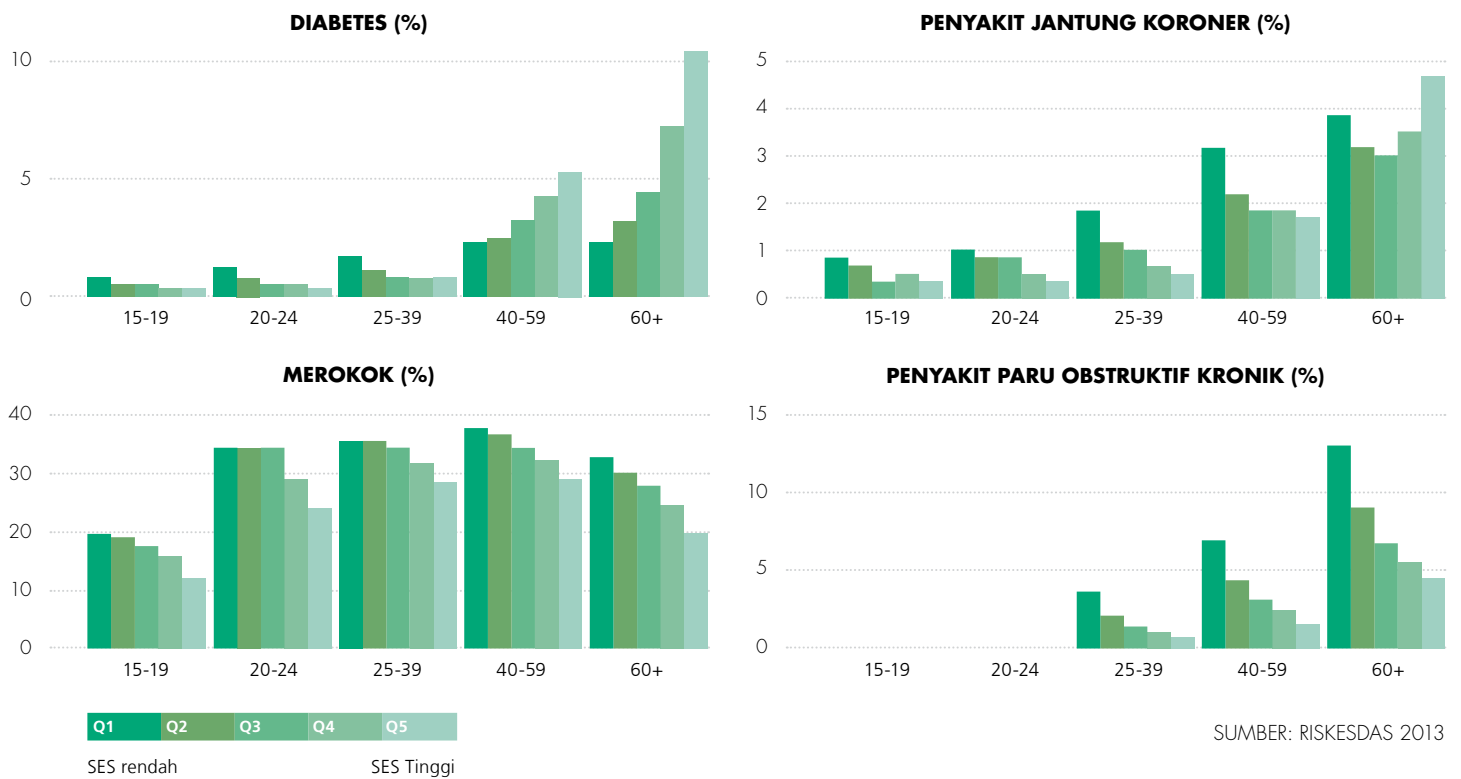
[3]

PTM bervariasi berdasarkan wilayah di Indonesia.

Terlihat ketidaksetaraan di Indonesia berdasarkan status sosial-ekonomi (SES/*socio-economic status*) dan antar wilayah geografis. Prevalensi diabetes (Gambar 4) lebih tinggi pada kuintil yang lebih kaya (Q5) pada usia 40-59 (3% lebih tinggi daripada kuintil termiskin, Q1), dan pada usia 60+ (8% lebih tinggi dari Q1). Penyakit Jantung Koroner secara konsisten lebih tinggi pada

kelompok SES yang lebih rendah di semua kelompok usia, sampai usia 60+ di mana terjadi peningkatan prevalensi pada kuintil terkaya. Merokok secara konsisten lebih tinggi pada kelompok SES yang lebih rendah di semua usia. Demikian pula, penyakit paru obstruktif kronis lebih banyak terjadi pada kuintil SES rendah di semua kelompok usia yang terpengaruh.

Gambar 4. Prevalensi hasil dan risiko tertentu, berdasarkan usia dan kuintil sosial ekonomi. Diabetes: didiagnosis oleh dokter atau gejala, Penyakit Jantung Koroner: didiagnosis oleh dokter atau gejala, Merokok setiap hari, Penyakit Paru Obstruktif Kronik: didiagnosis oleh dokter atau gejala.



Gambar 5. Prevalensi Kegemukan & Obesitas di berbagai Kota dan Kabupaten di Indonesia.



Gambar 5 menunjukkan seberapa luas variasi prevalensi kegemukan dan obesitas di seluruh Indonesia di tingkat kabupaten; kabupaten yang saling bertetangga melaporkan prevalensi yang sangat berbeda. Ini makin menandakan pentingnya data yang representatif untuk memanfaatkan peluang unik untuk pencegahan yang ditargetkan dan penyediaan layanan kesehatan.



[4]

Sistem data saat ini di Indonesia mengukur beberapa PTM, tetapi tidak mencakup semua PTM yang relevan.

Indonesia telah membuat investasi yang signifikan dalam Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) untuk mengukur kesehatan penduduk di seluruh Indonesia. Telah diambil langkah-langkah pengukuran untuk meningkatkan pengawasan seputar registrasi kanker, faktor risiko untuk PTM (inisiatif POSBINDU), dan mortalitas (Sistem Registrasi Sampel - SRS), namun inisiatif ini belum sepenuhnya dilaksanakan

di seluruh penduduk. Meskipun registrasi vital di Indonesia tidak lengkap, RISKESDAS menyediakan data yang paling dapat diandalkan mengenai kesehatan penduduk, perwakilan untuk tingkat provinsi dan kabupaten. Tabel 3 mengeksplorasi kecukupan data ini untuk hasil laporan dan risiko utama PTM di semua usia.

Tabel 3. Ringkasan ketersediaan dan kualitas data di semua usia untuk PTM di Indonesia.

RISKESDAS 2013 adalah set data yang diperiksa di bawah ini. Dalam ringkasan ini, beberapa kelompok penyakit dikumpulkan bersama (mis. kanker dan penyakit kardiovaskular).

Hasil laporan	Sumber	Masa Bayi/Anak-anak			Masa remaja & dewasa muda			Masa dewasa		
		<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60+
Kanker ¹	RISKESDAS									
Penyakit Kardiovaskular ¹	RISKESDAS									
Penyakit Pernapasan kronis	RISKESDAS									
Penyakit Hati Kronis										
Gangguan neurologi										
Gangguan Mental	RISKESDAS									
Menyakiti diri sendiri/ bunuh diri ²										
Diabetes mellitus	RISKESDAS									
Penyakit Ginjal & Tiroid Kronis	RISKESDAS									
Anemia	RISKESDAS									
Muskuloskeletal	RISKESDAS									
Cacat lahir bawaan										
Organ indra	RISKESDAS									
Kulit Kronis										
Sindrom kematian bayi mendadak										
Risiko										
Pola Makan ³	RISKESDAS									
Aktivitas Fisik ³	RISKESDAS									
Tekanan Darah	RISKESDAS									
Gula darah puasa	RISKESDAS									
Indeks massa tubuh	RISKESDAS									
Kolesterol	RISKESDAS									
Fungsi ginjal	RISKESDAS									
Polusi udara & lingkungan										
Risiko pekerjaan										
Penggunaan/ pemaparan tembakau ³	RISKESDAS									
Penggunaan alkohol										
Penggunaan narkoba										
Seks tidak aman										
Pelecehan seksual										
Kekerasan dalam rumah tangga										

■ KUALITAS BAIK DAN TERSEDIA
 ■ DATA TERSEDIA TAPI KUALITAS PENGUKURAN MASIH KURANG BAIK
 ■ TERJADI KESENJANGAN DATA

Catatan:

1. Penggunaan laporan diri (*self-report*) kurang optimal: lebih disarankan penggunaan registri penyakit atau metodologi alternatif.
2. Data menyakiti diri sendiri (Self harm) diperoleh dari pertanyaan tentang cedera yang ditimbulkan oleh diri sendiri.
3. Penggunaan pengukuran dewasa pada kelompok masa remaja kurang optimal: lebih disarankan penggunaan pertanyaan laporan diri yang sesuai dengan usia.

[4]

Sistem data saat ini di Indonesia mengukur beberapa PTM, tetapi tidak mencakup semua PTM yang relevan.

Meskipun survei penduduk di Indonesia memberikan dasar yang baik untuk data kesehatan masyarakat, ada banyak data yang tidak tersedia. Kesenjangan data terjadi pada laporan seperti penyakit hati kronis, gangguan neurologi, gangguan mental dan menyakiti diri sendiri, cacat lahir bawaan, penyakit kulit, sindrom kematian bayi mendadak; dan faktor-faktor risiko seperti alkohol dan penggunaan narkoba, seks yang tidak aman, pelecehan seksual dan kekerasan dalam rumah tangga. Pengukuran lain juga telah dimasukkan, tetapi masih kurang optimal dalam kualitas pengukuran, seperti pengukuran untuk gangguan jiwa, kanker, dan penyakit kardiovaskular. Kekuatan RISKESDAS adalah tes darah dan urin yang menyediakan penanda berkualitas untuk penyakit kronik dan defisiensi nutrisi.

Profil PTM di Indonesia mencakup lebih luas dari penyakit kardiovaskular, diabetes, kanker dan penyakit pernapasan kronis. Ada beberapa langkah yang dapat meningkatkan pengawasan dan pemantauan di Indonesia. Antara lain memasukkan data kematian yang terkait dengan PTM ke dalam SRS, memperkuat tingkat populasi dalam Registrasi Kanker, memperkuat dan memperluas kegiatan skrining POSBINDU (baik secara geografis dan untuk kelompok usia yang lebih muda), dan perluasan RISKESDAS untuk mencakup PTM utama di usia yang lebih muda akan meningkatkan pengawasan untuk PTM. Secara spesifik, fokus yang lebih besar pada PTM saat terjadi pada anak-anak dan remaja, serta dimasukkannya pengukuran objektif untuk kelompok usia ini, akan membantu meningkatkan tindakan terhadap PTM di Indonesia.

Tentang penelitian ini: Kami ditugaskan oleh Australia Indonesia Centre untuk mengembangkan kerangka pelaporan yang komprehensif untuk PTM di Indonesia dan Australia (fokus dari kebijakan yang terpisah). Kami telah mendefinisikan kerangka kerja yang komprehensif untuk PTM di Indonesia yang dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat dan relevansinya pada kebijakan. Kami melakukan penilaian terhadap kualitas data PTM yang tersedia saat ini, beserta indikator-indikator yang telah ditetapkan untuk mengukur penyakit-penyakit utama dan risikonya. Kami juga membuat laporan profil PTM di Indonesia, dengan analisis per wilayah (sub-nasional) dari beberapa PTM utama.

Sumber:

Policy Brief ini didasarkan pada laporan proyek 'Menuju kerangka pelaporan PTM yang komprehensif untuk Indonesia' yang tersedia di sini: https://figshare.com/articles/Towards_a_Comprehensive_NCD_Reporting_Framework_for_Indonesia/7413986

Penulis:

Karly Cini¹
Ansariadi²
Susan Sawyer¹
Peter Azzopardi^{1,3}

1. Centre for Adolescent Health, The Royal Children's Hospital, Murdoch Children's Research Institute, dan Departemen Pediatri University of Melbourne
2. Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin
3. Global Adolescent Health Group, Burnet Institute

Referensi:

1. Azzopardi, P., E. Kennedy, and G.C. Patton, *Data and Indicators to Measure Adolescent Health, Social Development and Well-being, Innocenti Research Briefs no. 2017-04*. 2017, UNICEF Office of Research - Innocenti: Florence.

1. Mboi, N., et al., *On the road to universal health care in Indonesia, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. The Lancet, 2018.

3. World Health Organisation, *Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings*. 2010: Geneva.

4. World Health Organization, *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. 2013: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>. p. 55.

5. Beaglehole, R., et al., *UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions*. The Lancet, 2011. 378(9789): p. 449-455.