

TOPIK 6
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
PENYAKIT TIDAK MENULAR

PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM)

Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyebab kematian terbanyak di Indonesia. Keadaan dimana penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan penting dan dalam waktu bersamaan morbiditas dan mortalitas PTM makin meningkat merupakan beban ganda dalam pelayanan kesehatan, tantangan yang harus dihadapi dalam pembangunan bidang kesehatan di Indonesia.

PTM Merupakan salah satu kelompok penyakit yang memberikan beban kesehatan masyarakat tersendiri, karena keberadaannya cukup prevalen, tersebar di seluruh dunia, menjadi penyebab utama kematian dan cukup sulit untuk di kendalikan.

jenis penyakit tidak menular menurut WHO adalah penyakit kardiovaskular (seperti serangan jantung dan [stroke](#)), kanker, penyakit pernapasan kronis (seperti penyakit obstruksi paru kronis dan [asma](#)) dan diabetes.

Istilah Penyakit Tidak menular digunakan dengan maksud untuk membedakan kelompok penyakit lainnya yang tidak termasuk dalam penyakit menular. istilah PTM kurang lebih mempunyai kesamaan dengan beberapa sebutan lainnya yang digunakan sebagai pengganti nama PTM, seperti:

a. Penyakit Kronik

disebut penyakit kronik karena keberlangsungan penyakit TPM sangat lama, biasanya menahun.

b. Penyakit Noninfeksi

disebut penyakit noninfeksi karena proses patologi PTM bukanlah suatu proses infeksi yang dipicu oleh mikroorganisme.

c. New Communicable Diseases

disebut dengan New Communicable Diseases karena penyakit PTM ini lebih didominasi penyebab gaya hidup yang tidak sehat.

d. Penyakit Degeneratif

disebut degeneratif penyakit PTM memiliki tanda pada orang yang telah berumur lanjut dan penyakit ini juga dapat terjadi karena adanya riwayat keluarga menderita PTM yang sama

e. Penyakit Perilaku

disebut penyakit perilaku karena PTM merupakan penyakit yang dapat disebabkan oleh perilaku yang tidak sehat seperti merokok, minum alkohol, mengkonsumsi makan-makanan yang tidak sehat dan sebagainya.

KARAKTERISTIK PENYAKIT TIDAK MENULAR

yang menjadi perbedaan antara penyakit menular dan penyakit tidak menular berdasarkan karakteristiknya:

- a. Penularan penyakit tidak melalui suatu rantai penularan tertentu
- b. Masa Inkubasi yang panjang dan laten, sehingga disebut masa laten
- c. Perlangsungan penyakit yang berlarut-larut
- d. Sering menghadapi kesulitan diagnosis
- e. Mempunyai variasi penyakit yang luas
- f. Memerlukan biaya yang tinggi dalam upaya pencegahan maupun penanggulangannya
- g. Faktor Penyebabnya bermacam-macam

FAKTOR RISIKO PENYAKIT TIDAK MENULAR

Sebagian besar penyakit tidak menular dapat dicegah bila kita menghindari 4 faktor risiko (perilaku) yang utama:

- a. Pemakaian tembakau
- b. kurangnya aktivitas fisik
- c. konsumsi alkohol
- d. diet yang tidak sehat

Pemakaian Tembakau

Menurut WHO, setiap tahun, hampir 6 juta manusia meninggal dunia akibat merokok baik perokok aktif maupun pasif. Pada tahun 2020 jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi 7,5 juta atau 10% dari seluruh kematian. 71% kanker paru, 42% penyakit pernafasan kronik dan hampir 10% penyakit kardiovaskuler disebabkan oleh kebiasaan merokok. Insiden merokok yang tertinggi diantara laki-laki ada di negara-negara berpenghasilan menengah kebawah, sedangkan untuk seluruh populasi, prevalensi merokok tertinggi ada di negara-negara berpenghasilan menengah ke atas.

Kurangnya Aktifitas Fisik

sekitar 3,2 juta orang meninggal dunia disebabkan tidak/kurang melakukan aktifitas fisik. Kurangnya aktifitas fisik tertinggi di negara-negara berpenghasilan tinggi, tetapi sekarang terlihat tinggi pula di negara-negara berpenghasilan menengah terutama dikalangan kaum perempuan. Aktifitas fisik secara teratur akan mengurangi risiko terkena penyakit kardiovaskular termasuk darah tinggi, diabetes, kanker payudara dan kanker usus besar, serta depresi.

Konsumsi alkohol

Sekitar 2,3 juta kematian yang terjadi setiap tahun disebabkan oleh penggunaan alkohol, jumlah ini merupakan 3,8% dari seluruh kematian di dunia. sementara itu, konsumsi alkohol per kapita tertinggi di negara berpenghasilan tinggi

Diet yang tidak sehat

mengonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran secara adekuat dan teratur dapat mengurangi risiko terkena penyakit kardiovaskular, kanker lambung (perut), kanker kolorektal. sebaliknya mengonsumsi garam dan lemak jenuh secara berlebihan dapat meningkatkan risiko terkena penyakit-penyakit kardiovaskular. menurut WHO, konsumsi lemak meningkatkan pesat sejak tahun 1980-an di negara-negara berpenghasilan menengah kebawah.

Faktor Risiko Lain PTM

faktor-faktor risiko PTM di atas merupakan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan perilaku dan dapat dikontrol dari diri kita sendiri. sebenarnya masih ada faktor-faktor risiko lain bagi terjadinya penyakit tidak menular tetapi biasanya faktor-faktor ini sulit dikontrol dari diri sendiri, seperti: faktor stress, kegemukan, kultur/budaya dan pencemaran lingkungan.

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

Strategi dari WHO dalam menurunkan angka kejadian penyakit tidak menular bertujuan untuk advokasi pentingnya menangani beban nasional atas meningkatnya penyakit tidak menular dan peran utama pencegahan, memberi dukungan pemantauan epidemiologi penyakit tidak menular dan faktor risiko terkait, serta mendukung pengembangan dan pelaksanaan nasional, antar strategi sektoral untuk perbaikan diet dan aktivitas fisik.

Strategi pengendalian dan pencegahan PTM yaitu mempertahankan kondisi sekarang untuk meminimalkan insidensi baru yang akan terjadi. Alternatif pendekatan manajerial PTM:

- a. Pendekatan Epidemiologi
- b. WHO *The Stepwise Framework*
- c. Manajemen Upaya Pencegahan Komprehensif
- d. Manajemen Berbasis Faktor Penyebab
 -) Teori Determinan Kesehatan Blum
 -) Berbasis Faktor Risiko Penyakit
- e. Manajemen Pengendalian Gaya Hidup
- f. Pendekatan berbasis Tingkat Pelayanan
- g. Self-Management

PROGRAM PENYAKIT TIDAK MENULAR

Pengendalian Konsumsi Rokok

Rokok terbukti sebagai faktor risiko utama penyakit stroke dengan kecenderungan kesakitan sebesar 12,1%, penyakit hipertensi 31.7%, penyakit jantung 0.3% (Riskesdas, 2013). Penyakit-penyakit tersebut merupakan 60% penyebab kematian di dunia maupun di Indonesia (RISKESDAS 2010, WHO 2008).

Rokok mengandung 4000 bahan kimia, termasuk 43 bahan penyebab kanker. Rokok berhubungan dengan 25 penyakit di tubuh manusia. Di Indonesia, rokok meningkatkan risiko kematian penderita penyakit kronis menjadi 1.3-8.17 kali lebih besar (Surkesnas 2001). Berdasarkan Studi Beban Biaya Kesehatan (Study on Medical Expenditure and Burden of Major of Tobacco Attributed Disease in Indonesia) yang dilakukan Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan tahun 2010, pengeluaran total biaya rawat inap dan rawat jalan karena penyakit terkait tembakau adalah sebesar 2,11 triliun rupiah. Tahun 2010 diperkirakan 190.260 orang di Indonesia meninggal akibat penyakit terkait tembakau. WHO, 2010 data hasil dari Global Report on NCD (Non Communicable Disease) menunjukkan bahwa prosentase kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) menempati proporsi yang cukup besar (63%).

Konsumsi rokok di Indonesia yang tinggi dan terus meningkat di berbagai kalangan mengancam kesehatan dan kualitas sumber daya manusia Indonesia. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan prevalensi perokok pada tahun 2007, 2010 dan 2013 berturut-turut sebesar 34,2%, 34,7%, dan 36,3%.

Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 yang dilakukan oleh Balitbang Kemenkes RI menunjukkan proporsi terbanyak perokok aktif setiap hari adalah pada kelompok umur 30-34 tahun sebesar 33,4% diikuti kelompok umur 35-39 tahun sebesar 32,2%. Sementara proporsi perokok aktif setiap hari pada anak umur 10-14 tahun adalah 0,5%, dan pada kelompok umur 15-19 tahun adalah 11,2%. Proporsi perokok setiap hari pada laki-laki lebih banyak di bandingkan perokok perempuan (47,5% banding 1,1%). Data Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2009, menunjukkan 20,3% remaja 13-15 tahun merokok. Perokok pemula remaja usia 10-14 tahun naik 2 kali lipat dalam 10 tahun terakhir dari 9,5% pada tahun 2001 menjadi 17,5% pada tahun 2010 (SKRT, 2001; RISKESDAS, 2010).

Tujuan :

1. Terjadinya perubahan perilaku merokok pada pasien
2. Meningkatnya kesadaran perokok dan keluarganya tentang bahaya rokok terhadap kesehatan
3. Terlaksananya layanan upaya berhenti merokok berupa kegiatan edukasi dan konseling

Sasaran:

1. Perokok aktif dan masyarakat terutama kelompok rentan berisiko (wanita hamil dan anak-anak)
2. Petugas kesehatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (FPK) primer

Kegiatan:

1. Pengendalian tembakau dilakukan secara komprehensif, berkelanjutan, terintegrasi dengan harmonisasi kebijakan publik dan melalui periode pentahapan pembangunan jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang.
2. Komitmen pemerintah dalam penyelenggaraan pengendalian tembakau melalui APBN, APBD dan sumber penganggaran lainnya.
3. Peningkatan kapasitas sumber daya dan kelembagaan dalam pengendalian tembakau.
4. MPOWER mencakup :
 - a. Monitor (prevelensi) penggunaan tembakau dan kebijakan preventifnya;
 - b. Perlindungan masyarakat dari asap tembakau;
 - c. Optimalisasi dukungan berhenti merokok, dengan menyediakan upaya layanan berhenti merokok di fasyankes primer
 - d. Waspadakan masyarakat akan bahaya (asap) tembakau;
 - e. Eliminasi iklan, promosi serta sponsor tembakau/ rokok;
 - f. Raih kenaikan cukai tembakau/rokok.
5. Indikator dan target dari program ini adalah
6. penurunan prevalensi perokok relatif di Indonesia sebesar 5% pada akhir tahun 2019.
7. 50% puskesmas sudah memberikan pelayanan berhenti merokok terintegrasi dengan pengendalian penyakit pada akhir tahun 2019

Kawasan Tanpa Rokok

Asap rokok sangat membahayakan kesehatan si perokok maupun orang lain yang ada di sekitarnya. Pemerintah telah menetapkan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) untuk melindungi seluruh masyarakat dari bahaya asap rokok melalui Undang-Undang Kesehatan No 36/2009 pasal 115 ayat 1 dan 2 yang mengamanatkan kepada Pemerintah daerah (wajib) untuk menetapkan dan menerapkan KTR di wilayahnya.

Asap rokok mengandung lebih dari 4000 jenis senyawa kimia. Sekitar 400 jenis diantaranya merupakan zat beracun (berbahaya) dan 43 jenis tergolong zat penyebab kanker (karsinogenik). Orang yang tidak merokok namun menghirup asap rokok yang dihisap orang lain mempunyai risiko yang sama dengan yang merokok. Tidak ada batas aman untuk pemaparan asap rokok orang lain.

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan dan/atau mempromosikan produk tembakau. KTR merupakan upaya efektif untuk melindungi seluruh masyarakat dari asap rokok orang lain apabila seluruh ruang tertutup di dalam gedung 100% bebas asap rokok. Ruang merokok di dalam gedung tidak dibenarkan karena tidak ada sistem ventilasi atau saringan udara yang mampu menghilangkan racun asap rokok. Demikian pula pemisahan ruang untuk merokok dan tidak merokok dalam satu gedung juga tidak efektif untuk melindungi masyarakat dari paparan asap rokok orang lain.

Selain dampak kesehatan, asap rokok orang lain juga akan berdampak terhadap ekonomi individu, keluarga dan masyarakat akibat hilangnya pendapatan karena sakit dan tidak dapat bekerja, pengeluaran biaya obat dan biaya perawatan.

KTR merupakan tanggung jawab seluruh komponen bangsa, baik individu, masyarakat, parlemen maupun pemerintah, untuk melindungi generasi sekarang maupun yang akan datang. Komitmen bersama dari lintas sektor dan berbagai elemen akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan KTR. Tujuan dari kebijakan KTR adalah melakukan upaya perlindungan masyarakat terhadap bahaya asap rokok orang lain dan menurunkan angka kesakitan, kematian akibat penyakit yang disebabkan oleh paparan asap rokok orang lain.

Kegiatan:

1. Pengembangan regulasi tentang KTR di berbagai tingkat pemerintahan dan didukung oleh semua pihak terkait dan masyarakat diberbagai tatanan. Dengan telah ditandatanganinya PP nomor 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan, harusnya hal ini sudah merupakan salah satu komitmen pemerintah dalam pengendalian tembakau.
2. Penegakan hukum (law enforcement) secara konsisten sesuai dengan ketentuan yang ada dalam melindungi dampak kesehatan akibat rokok
3. Peningkatan pemahaman tentang bahaya rokok kepada seluruh lapisan masyarakat dengan melibatkan stakeholder termasuk masyarakat, organisasi profesi, akademisi, lembaga sosial masyarakat (LSM).
4. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam penerapan/implementasi KTR di lapangan.

Ruang Lingkup KTR meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, rumah ibadah, tempat belajar mengajar, sarana bermain anak, angkutan umum, tempat kerja dan tempat-tempat umum lain yang ditetapkan. Pemerintah bersama-sama dengan organisasi masyarakat melakukan edukasi bagi masyarakat. Keberhasilan KTR tergantung dari dukungan masyarakat, sehingga masyarakat perlu terlibat sejak awal pembentukan KTR.

Indikator dan target penilaian program KTR ini adalah persentase provinsi dan kabupaten/kota yang mempunyai peraturan perundangundangan tentang pencegahan dan penanggulangan dampak merokok terhadap kesehatan (surat edaran/ instruksi/sk/peraturan walikota/ bupati/ perda), dimana pada akhir tahun 2014 diharapkan seluruh provinsi dan 30% kabupaten/kota sudah memiliki aturan perundang-undangan terkait KTR.

Posbindu PTM

Posbindu PTM merupakan peran serta masyarakat dalam kegiatan deteksi dini, pemantauan dan tindak lanjut faktor risiko PTM secara mandiri dan berkesinambungan. Kegiatan ini dikembangkan sebagai bentuk kewaspadaan dini masyarakat dalam mengendalikan faktor risiko PTM karena pada umumnya faktor risiko PTM tidak bergejala dan seringkali masyarakat datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dalam keadaan komplikasi. Sasaran utama Posbindu PTM yang

dilakukan untuk pengendalian faktor risiko PTM, yaitu masyarakat sehat, masyarakat berisiko dan masyarakat dengan PTM berusia mulai dari 15 tahun ke atas.

Pengendalian faktor risiko PTM yang dilakukan meliputi masalah konsumsi rokok, alkohol, kurang makan sayur-buah, potensi terjadinya cedera dan kekerasan dalam rumah tangga, aktivitas fisik, Indeks Massa Tubuh (IMT), analisa lemak tubuh dan tekanan darah, sedangkan peman-tauan lengkap yaitu meliputi pemeriksaan kadar gula darah, kolesterol darah, pemeriksaan uji fungsi paru sederhana, pemeriksaan kadar alko-hol pernafasan, dan tes amfetamin urin. Tindak lanjutnya berupa pembinaan secara terpadu dengan peningkatan pengetahuan dan kemampuan masyarakat tentang cara mencegah dan mengendalikan faktor risiko PTM, yang dilakukan melalui penyuluhan/ dialog interaktif secara massal dan atau konseling faktor risiko secara terintegrasi pada individu dengan faktor risiko, sesuai dengan kebutuhan masyarakat termasuk rujukan terstruktur.

Dengan Posbindu PTM diperkenalkan kata CERDIK yang merupakan jargon berisikan implementasi perilaku sehat untuk pengendalian fakto risiko PTM. Kata CERDIK itu sendiri terdiri dari beberapa huruf awal yang dirangkaikan menjadi kalimat perilaku sehat untuk mencegah terjadinya penyakit tidak menular, yaitu Cek Kondisi Kesehatan secara Berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin berolahraga, Diet yang sehat dengan kalori berimbang, Istirahat yang cukup, Kendalikan stres.

Perilaku CERDIK ini menjadi aktifitas rutin yang dilakukan masyarakat melalui Posbindu PTM. Implementasi Perilaku CERDIK tidak hanya terbatas pada saat pelaksanaan Posbindu PTM sedang berlangsung, namun dapat disosialisasikan membumi lebih jauh ke berbagai tatanan dengan menggunakan media/metode yang ada. Melalui perilaku CERDIK, diharapkan masyarakat lebih termotivasi minatnya untuk dapat mengendalikan faktor risiko PTM secara mandiri sehingga kejadian PTM dapat dicegah peningkatannya.

Dalam penyelenggaraannya, Posbindu PTM diintegrasikan ke dalam kegiatan masyarakat yang sudah aktif berjalan baik, antara lain kegiatan-kegiatan di sekolah, di tempat kerja, maupun di lingkungan tempat tinggal di desa/kelurahan. Saat ini, sudah terselenggara 7.225 Posbindu PTM dari 3.314 pada tahun 2010 di seluruh Indonesia. Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) nanti, Posbindu PTM merupakan upaya kesehatan yang strategis dalam mencegah meningkatnya PTM, karena PTM merupakan salah satu penyakit katastrofik.

Mengapa Posbindu Diperlukan?

Dengan tingginya angka kematian (dari 10 penyebab kematian disebabkan oleh Penyakit Tidak Menular). Di sisi lain, PTM merupakan penyakit katastrofik yang menimbulkan beban sosial ekonomi besar bagi penderita, keluarga dan negara. Ketidaktahuan dan ketidakpedulian masyarakat terhadap PTM, menjadi permasalahan yang mengakibatkan keterlambatan dalam penanganan sehingga komplikasi dan kematian terjadi lebih dini. Oleh karena itu, diperlukan partisipasi masyarakat sehingga dikembangkanlah suatu model pengendalian PTM yang berbasis masyarakat dikenal dengan nama Posbindu PTM.

Kegiatan Posbindu PTM merupakan peran serta masyarakat dalam kegiatan deteksi dini, pemantauan dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM secara mandiri dan berkesinambungan.

Posbindu PTM merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) dalam upaya pengendalian faktor risiko PTM dibawah pembinaan Puskesmas.

Wawancara sederhana tentang :

1. Riwayat PTM pada keluarga dan diri peserta,
 - a. aktivitas fisik
 - b. merokok
 - c. kurang makan sayur dan buah
2. Pengukuran Indeks Massa Tubuh, lingkar perut
3. Pemeriksaan fungsi paru sederhana.
4. Pemeriksaan gula darah
5. Pemeriksaan kolesterol total darah dan trigliserida
6. Pemeriksaan kadar alkohol pernafasan dan tes amfetamin urin bagi kelompok pengemudi umum yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkompentensi.
7. Konseling dan penyuluhan
8. Aktivitas fisik atau olah raga bersama
9. Rujukan ke fasilitas layanan kesehatan dasar di wilayahnya dengan pemanfaatan sumber daya tersedia termasuk upaya respon cepat sederhana dalam penanganan prarujukan.

Kegiatan Posbindu PTM merupakan partisipasi masyarakat dalam rangka mawas diri terhadap faktor risiko PTM. Oleh karena itu, kegiatan ini sepatutnya mendapatkan legitimasi dari Pemerintah daerah, di mana dalam pelaksanaannya menjadi tanggung jawab dan pengawasan Puskesmas.

Posbindu PTM merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) dalam upaya pengendalian faktor risiko PTM dibawah pembinaan Puskesmas.

Biaya penyelenggaraan Kegiatan Posbindu PTM dapat berasal dari berbagai sumber. Pada awal pelaksanaan mungkin mendapat stimulasi atau subsidi dari pemerintah. Diharapkan masyarakat mampu membiaya kesehatan secara mandiri, bisa dalam bentuk jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM), asuransi kesehatan, maupun iuran peserta yang dikumpulkan setiap bulan. Pengembangan mekanisme dalam penghimpunan dana masyarakat untuk penyelenggaraan posbindu PTM disesuaikan dengan karakteristik wilayah setempat.

Pemerintah melalui Puskesmas selaku pembina kesehatan di wilayah kerjanya juga dapat memanfaatkan sumber-sumber pembiayaan yang potensial untuk mendukung dan memfasilitasi penyelenggaraan Kegiatan Posbindu PTM. Salah satunya melalui pemanfaatan Bantuan Operasional Kesehatan yang ada di Puskesmas untuk fasilitasi transport petugas Puskesmas untuk melakukan pemantauan tumbuh kembang.

Pelayanan PTM di Fasilitas Kesehatan Dasar

Pelayanan PTM di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar adalah pelayanan PTM yang meliputi : deteksi dini, tindak lanjut dini, respon cepat kegawatdaruratan,

pengobatan, rehabilitatif dan paliatif dengan pendekatan faktor risiko dan gejala PTM (rokok, obesitas, hiperkolesterol, hipertensi, alkohol dan stress) secara terintegrasi dan komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) di fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

Upaya pengendalian PTM di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar ditekankan pada masyarakat yang masih sehat (well being) dan masyarakat yang berisiko (at risk) dengan tidak melupakan masyarakat yang berpenyakit (deseased population) dan masyarakat yang menderita kecacatan dan memerlukan rehabilitasi (Rehabilitated population).

Tujuan pelayanan PTM di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar adalah agar terselenggaranya rujukan PTM dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar lain yang belum memiliki layanan PTM dan Posbindu. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar dengan pelayanan PTM dapat berfungsi sebagai rujukan penyakit tidak menular dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar lainnya dan terselenggaranya pelayanan PTM secara komprehensif.

Target yang telah ditetapkan pada tahun 2014 diharapkan setiap Kab/Kota memiliki minimal 1(satu) Puskesmas yang mampu melaksanakan pelayanan PPTM terintegrasi yang ditentukan oleh Kab/Kota sendiri

Program Pengendalian Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmhg dan atau diastolik 90 mmhg. Peningkatan Tekanan Darah ini sering tanpa gejala. Tekanan darah yang tidak terkontrol dapat mengakibatkan komplikasi, stroke, aneurisma, gagal jantung, serangan jantung dan kerusakan ginjal.

Tujuan Program pengendalian Hipertensi adalah terselenggaranya upaya Pengendalian Hipertensi guna menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan dan akibat hipertensi di Indonesia.

KEBIJAKAN PROGRAM PENGENDALIAN HIPERTENSI

- a. Mengembangkan dan memperkuat pengendalian faktor risiko hipertensi yang terintegrasi dan berbasis masyarakat melalui kegiatan Posbindu PTM
- b. Mengembangkan dan memperkuat kegiatan promosi pencegahan faktor risiko dan perilaku CERDIK dalam pengendalian hipertensi
- c. Mengembangkan dan memperkuat kegiatan deteksi dini faktor risiko hipertensi
Mengembangkan dan memperkuat kegiatan tindak lanjut dini faktor risiko dan respon cepat kegawatdaruratan hipertensi
- d. Meningkatkan dan memperkuat pelayanan rujukan hipertensi di rumah sakit
- e. Mengembangkan rehabilitasi berbasis masyarakat
- f. Meningkatkan advokasi dan sosialisasi pengendalian faktor risiko hipertensi
- g. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia dalam pengendalian faktor risiko hipertensi
- h. Meningkatkan dan memperkuat manajemen, pemerataan dan kualitas peralatan deteksi dini faktor risiko hipertensi
- i. Mengembangkan dan memperkuat surveilans epidemiologi faktor risiko dan kasus hipertensi
- j. Mengembangkan dan memperkuat sistem informasi pengendalian hipertensi
- k. Meningkatkan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengendalian hipertensi

1. Mengembangkan dan memperkuat jejaring kerja pengendalian hipertensi yang terintegrasi dengan jejaring nasional pengendalian penyakit tidak menular

STRATEGI PENGENDALIAN HIPERTENSI

1. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan faktor risiko hipertensi
2. Mengembangkan dan memperkuat upaya promosi kesehatan dan pengendalian faktor risiko hipertensi
3. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan deteksi dini dan tatalaksana faktor risiko hipertensi yang berkualitas
4. Mengembangkan dan memperkuat sistem surveilans epidemiologi dan sistem informasi, serta monitoring dan evaluasi pengendalian hipertensi
5. Mengembangkan dan memperkuat jejaring kerja pengendalian hipertensi yang terintegrasi dengan jejaring kerja nasional pengendalian penyakit tidak menular

PROGRAM PENGENDALIAN HIPERTENSI

1. Prevensi Dan Penurunan Faktor Risiko
2. Deteksi Dini Dan Pengobatan Kontinyu
3. Surveilans Dan Monitoring

KEGIATAN PROGRAM PENGENDALIAN HIPERTENSI

1. Di Masyarakat

Wawancara dan pengukuran faktor risiko di masyarakat melalui kegiatan posbindu PTM dan Implementasi Perilaku **CERDIK**.

2. Deteksi dini dengan melakukan pengukuran tekanan darah :

- a. Deteksi dini dengan melakukan pengukuran tekanan darah
- b. Melakukan tindakan pencegahan primer

) Promosi, preventif dengan perubahan pola hidup (penurunan BB, Aktifitas fisik teratur, mengurangi minum alkohol, mengurangi asupan garam, berhenti merokok (sesuai Buku Pedoman/materi pola hidup sehat)

) Manajemen faktor risiko

) KIE merupakan upaya promosi kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pencegahan penyakit dan berperilaku “ CERDIK” yaitu:
Melalui

1. Penyuluhan langsung ke perorangan dan kelompok
2. Penyuluhan melalui media massa

- c. Tatalaksana / Pengobatan

-) Risiko penyakit dinilai berdasarkan tingginya tekanan darah, adanya faktor risiko lain, adanya kerusakan target organ dan adanya penyakit penyerta
-) Jika modifikasi gaya hidup tidak menurunkan tekanan darah ke tingkat yang diinginkan, harus diberikan obat.
-) Tentukan tingkatan tekanan darah tinggi dan dirujuk ke Puskesmas untuk penggunaan obat
-) Tentukan ada tidaknya keadaan krisis tekanan darah tinggi dan tatalaksananya

PRINSIP-PRINSIP PENCEGAHAN PTM

Pertama, mengutamakan preventif, promotif melalui berbagai kegiatan edukasi dan promotif-preventif, dengan tidak mengesampingkan aspek kuratif-rehabilitatif melalui peningkatan jangkauan dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan.

Kedua, melaksanakan pencegahan pada seluruh siklus hidup manusia, sejak dalam kandungan, hingga bayi, balita, anak sekolah, remaja, dewasa, diikuti perbaikan budaya hidup bersih dan sehat. Yang dimaksud seluruh siklus hidup adalah sejak hamil, lahir, anak sekolah, remaja, dewasa, usia lanjut sesuai dengan masalah pada kelompok usia tersebut. Pada kelompok usia 1000 hari pertama, fokus pencegahan diarahkan pada pemenuhan kebutuhan dasar gizi dan kesehatan agar tidak terjadi gangguan pertumbuhan.

Ketiga, menerapkan Pedoman Gizi Seimbang, yang difokuskan pada peningkatan konsumsi sayur dan buah, pangan hewani, dengan mengurangi lemak serta minyak dan membatasi gula dan garam.

Keempat, menggerakkan masyarakat untuk melakukan aktivitas fisik dan menimbang berat badan secara teratur.

Kelima, melibatkan semua sektor, baik Pemerintah maupun masyarakat, untuk secara nyata melakukan sinergi dalam melakukan PTM.

REGULASI YANG TELAH DAN AKAN DIKELUARKAN PEMERINTAH TERKAIT DENGAN PTM

Pertama, untuk menjamin agar bayi memperoleh haknya untuk mendapatkan ASI Eksklusif sebagaimana diamanatkan Undang Undang Nomor 36 tahun 2009, telah dikeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif.

Selain itu, telah diterbitkan pula dua Peraturan Menteri Kesehatan, yaitu tentang penyediaan fasilitas khusus menyusui di tempat umum dan tempat kerja; serta tentang penggunaan susu formula dan produk bayi lainnya. Menkes menghimbau agar seluruh organisasi profesi bidang kesehatan untuk benar-benar memahami dan menjalankan peraturan tersebut.

Kedua, peraturan Pemerintah nomor 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang mengandung zat adiktif berupa tembakau bagi kesehatan yang antara lain mengatur perlindungan kesehatan masyarakat dari bahaya penggunaan bahan yang mengandung karsinogenik dan adiktif.

Ketiga, peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 tahun 2013 tentang pencantuman informasi kandungan gula, garam dan lemak serta pesan kesehatan untuk pangan olahan dan pangan siap saji.

Keempat, telah diterbitkan Peraturan Presiden Nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, yang menekankan pada peningkatan pemenuhan kebutuhan dasar pangan, gizi dan kesehatan pada ibu hamil sampai anak usia 2 tahun.

Kelima, dalam waktu dekat Menteri Kesehatan akan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Angka Kecukupan Gizi dan Pedoman Gizi Seimbang sesuai dengan rekomendasi Widyakarya Pangan dan Gizi tahun lalu.

CONTOH PROGRAM PTM “DETEKSI DINI PROGRAM PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM)” ---- sumber: <http://dkk.sukoharjokab.go.id/read/deteksi-dini-program-penyakit-tidak-menular-ptm>

LATAR BELAKANG

Pola penyakit yang sekarang berkembang telah menunjukkan terjadinya kecenderungan masalah kesehatan yang biasa disebut transisi epidemiologi. Secara garis besar transisi epidemiologi adalah terjadinya perubahan pola penyakit dan kematian yang ditandai dengan beralihnya penyebab kematian yang semula didominasi oleh penyakit infeksi yang masih tetap menjadi masalah kesehatan, bergeser ke penyakit non infeksi atau penyakit tidak menular yang menjadi masalah kesehatan baru. Penyakit tidak menular pada saat ini diperkirakan menjadi masalah kesehatan utama di Jawa Tengah, demikian juga di masa akan datang. Hal ini karena meningkatnya umur harapan hidup dan semakin meningkatnya paparan faktor risiko.

Penyakit tidak menular (PTM) secara umum meliputi penyakit jantung, stroke, kanker, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit sendi yang sebagian non infeksi, nyeri punggung yang menyebabkan ketidakmampuan bekerja, cedera berat yang disebabkan kecelakaan lalu lintas dan trauma serta penyakit-penyakit dan kelainan bentuk lain yang menyebabkan kecacatan.

PTM tertentu dapat digolongkan menjadi satu kelompok utama dengan faktor risiko yang sama (*common underlying risk faktor*) seperti jantung dan pembuluh darah, stroke, kencing manis, penyakit paru obstruktif kronik, dan kanker tertentu. Faktor risiko tersebut antara lain mengkonsumsi tembakau, pola makan yang tidak seimbang misalnya tinggi lemak dan rendah serat, pola makan yang salah seperti mengandung zat pengawet, zat pewarna dan lain-lain, kurang olah raga dan kondisi lingkungan yang tidak kondusif terhadap kesehatan.

PTM merupakan penyakit yang dapat dicegah apabila faktor risikonya dikendalikan, sehingga perawatan pasien PTM mencerminkan kegagalan dari pengelolaan program penanggulangan PTM. Penanggulangan PTM merupakan kombinasi upaya inisiatif pemeliharaan mandiri oleh petugas, masyarakat dan individu yang bersangkutan. Tantangan yang kita hadapi adalah bagaimana mengembangkan sistem pelayanan yang dapat mendukung upaya pemeliharaan kesehatan mandiri pada masyarakat, dengan lebih mengedepankan pendekatan promotif dan preventif.

Organisasi kesehatan dunia (WHO) telah merekomendasikan agar memusatkan penanggulangan PTM melalui tiga komponen utama yaitu surveilans faktor risiko, promosi kesehatan dan pencegahan serta inovasi dan reformasi manajemen pelayanan kesehatan yang diterapkan secara integratif/terpadu dan komprehensif/menyeluruh.

Departemen Kesehatan RI telah merujuk rekomendasi ketiga komponen WHO tersebut dengan menyusun Kebijakan dan Strategi Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular secara komprehensif. Kegiatan tersebut tidak dapat berjalan sendiri-sendiri tetapi harus bersama-sama karena ketiganya saling terintegrasi.

Upaya kesehatan paripurna yang terintegrasi dan komprehensif sesungguhnya sudah dicanangkan oleh pemerintah yaitu berupa upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dinas Kesehatan sebagai penggerak upaya promotif dan rehabilitatif harus semakin giat mengumandangkan pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit yang harus terintegrasi dengan pelayanan kesehatan yang bertindak selaku lokomotif penggerak upaya kuratif dan rehabilitatif. Kalau hal ini dapat terwujud, merupakan suatu keniscayaan visi kesehatan yang ingin membuat rakyat sehat akan dapat tercapai.

Kebijakan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit harus ditangkap secara cerdas untuk selanjutnya diimplementasikan kepada masyarakat secara intensif, mengingat banyaknya masyarakat yang belum tahu tentang berbagai faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit, terutama penyakit tidak menular.

Untuk mengejawantahkan kebijakan Departemen Kesehatan RI dan WHO tersebut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah bersama-sama dengan DKK Kabupaten/Kota akan melakukan upaya pengendalian PTM dengan melibatkan masyarakat dan organisasi kemasyarakatan melalui deteksi dini berupa surveilans faktor risiko PTM berbasis masyarakat.

Kegiatan yang melibatkan masyarakat langsung ini, akan dilaksanakan oleh kalangan masyarakat seperti tokoh masyarakat, kader kesehatan, dan lain-lain. Sedangkan Dinas Kesehatan dan jajarannya bertindak sebagai motivator, fasilitator dan kendali mutu pelaksanaan kegiatan tersebut.

PROMOSI DAN PENCEGAHAN PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM)

Kebijakan	Nasional	Penanggulangan	PTM
Kerangka konsep pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular didasari oleh kerangka dasar blum, bahwa derajat kesehatan dipengaruhi oleh faktor keturunan, lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan. Kebijakan Pencegahan dan penanggulangan PTM ini ditujukan pada penyakit-penyakit yang mempunyai faktor resiko yang sama yaitu : jantung, stroke, hipertensi, diabetes militus, penyumbatan saluran napas kronis.			

Tujuan

Memacu kemandirian masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan PTM untuk nmenurunkan kejadian penyakit tidak menular (PTM) dan meningkatkan kualitas hidup sehat masyarakat yang berada di semua tatanan.

Program

Dengan cara menghilangkan atau mengurangi faktor resiko PTM dan memperhatikan faktor lain yang dapat mempengaruhi kesehatan. Departemen kesehatan, melalui Pusat promosi kesehatan memfokuskan pada :

1. Meningkatkan upaya kesehatan melalui promotif dan preventif baik Pusat maupun Propinsi dan Kabupaten.
2. Melakukan intervensi secara terpadu pada 3 faktor resiko yang utama yaitu : rokok, aktifitas fisik dan diet seimbang.
3. Melakukan jejaring pencegahan dan penanggulangan PTM.
4. Mencoba mempersiapkan strategi penanganan secara nasional dan daerah terhadap diet, aktivitas fisik, dan rokok.
5. Mengembangkan System Surveilans Perilaku Beresiko Terpadu (SSPBT) PTM.
6. Kampanye pencegahan dan penanggulangan PTM tingkat nasional maupun local spesifik.

Untuk di masa datang upaya pencegahan PTM akan sangat penting karena hal ini dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu dokok, diet seimbang dan aktivitas fisik. Pencegahan PTM perlu didukung oleh para semua pihak terutama para penentu kebijakan baik nasional maupun local. Tanpa itu semua akan menjadi sia-sia saja.

Sasaran

Penentu kebijakan baik di pusat maupun di daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota). Penentu kebijakan pada sektor terkait baik di Pusat dan daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota).

- a. Organisasi profesi yang ada.
- b. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) sektor Swasta serta Masyarakat.
- c. Landasan Hukum

Promosi dan Pencegahan PTM tentunya mengacu pada landasan hukum yang sudah ada secara Nasional yaitu :

1. Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan.
2. Undang-undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah.
3. Undang-undang Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah Pusat dan Daerah.
5. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Struktur Organisasi dan tatalaksana Departemen Kesehatan RI.
6. Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) Sistem Kesehatan Nasional.
7. Surat Keputusan menteri Kesehatan tahun 1999 tentang Rencana Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 Depkes RI tahun 1999.
8. Global Strategy for The Prevention and Control of Non Communicable Diseases (WHA 53 tahun 2000).
9. Megacountry Health Promotion Network Initiatives (Geneva, Desember 2002).
10. Kebijakan Promosi dan pencegahan PTM dilakukan pada seluruh fase kehidupan, melalui pemberdayaan berbagai komponen di masyarakat seperti organisasi profesi, LSM, media Massa, dunia usaha/swasta.

Upaya promosi dan pencegahan PTM tersebut ditekankan pada masyarakat yang masih sehat (well being) dan masyarakat yang beresiko (at risk) dengan tidak melupakan masyarakat yang berpenyakit (deseased population) dan masyarakat yang menderita kecacatan dan memerlukan rehabilitasi (Rehabilitated population). Penanggulangan PTM mengutamakan pencegahan timbulnya faktor resiko utama dengan meningkatkan aktivitas fisik, menu makanan seimbang dan tidak merokok.

1. Promosi dan pencegahan PTM juga dikembangkan melalui upaya-upaya yang mendorong/memfasilitasi diterbitkannya kebijakan public yang mendukung upaya pencegahan dan penanggulangan PTM.
2. Promosi dan Pencegahan PTM dilakukan melalui pengembangan kemitraan antara pemerintah, masyarakat, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi termasuk dunia usaha dan swasta.

3. Promosi dan pencegahan PTM merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam semua pelayanan kesehatan yang terkait dengan penanggulangan PTM.
4. Promosi dan pencegahan PTM perlu didukung oleh tenaga profesional melalui peningkatan kemampuan secara terus menerus (capacity building).
5. Promosi dan pencegahan PTM dikembangkan dengan menggunakan teknologi tepat guna sesuai dengan masalah, potensi dan social budaya untuk meningkatkan efektifitas intervensi yang dilakukan di bidang penanggulangan PTM.

Strategi

Sasaran Promosi dan pencegahan PTM secara operasional di lakukan pada beberapa tatanan (Rumah tangga, Tempat kerja, tempat pelayanan kesehatan, tempat sekolah, tempat umum, dll) Area yang menjadi perhatian adalah Diet seimbang, Merokok, Aktivitas fisik dan kesehatan lainnya yang mendukung.

Strategi promosi dan pencegahan PTM secara umum meliputi Advokasi, Bina suasana dan Pemberdayaan masyarakat. Di Tingkat Pusat lebih banyak dilakukan pada advokasi dan bina suasana. Sedangkan di tingkat kabupaten/Kota lebih ditekankan pada pemberdayaan masyarakat? 3 (tiga) strategi untuk semua hanya materinya beda. Ingat otonomi daerah, sosial budaya, local spesifik dsb.

1. Mendorong dan memfasilitasi adanya kebijakan public berwawasan kesehatan yang mendukung upaya pencegahan dan penanggulangan PTM
2. Mendorong dan memfasilitasi berfungsinya jaringan kerjasama antar institusi penyelenggara promosi dan mitra potensi dalam upaya pencegahan dan penanggulangan PTM.
3. Meningkatkan peran aktif tenaga promosi kesehatan di dalam upaya penanggulangan PTM secara komprehensif baik dalam upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif di masing-masing institusi pelayanan.
4. Meningkatkan Kapasitas tenaga profesional bidang promosi kesehatan baik di pusat maupun daerah khususnya dalam pencegahan dan penanggulangan PTM.
5. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pemeliharaan kesehatan mandiri masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan PTM.
6. Melibatkan masyarakat secara aktif dalam proses pemecahan masalah PTM yang dihadapi untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dan lingkungannya dalam pencegahan dan penanggulangan PTM.
7. Mengembangkan daerah kajian teknologi promosi kesehatan tepat guna dalam penanggulangan PTM

Indikator

Untuk mengetahui sampai seberapa jauh keberhasilan pelaksanaan strategi penanggulangan PTM, ada beberapa patokan yang dapat dipergunakan untuk

monitoring dan evaluasi melalui system pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanggulangan PTM.

Indikator keberhasilan strategi promosi dan pencegahan PTM yaitu :

1. Indikator Umum

- a. Menurunnya angka kematian (mortalitas) penderita PTM utama.
- b. Menurunnya angka kesakitan (morbiditas) penderita PTM utama.
- c. Menurunnya angka kecacatan (disabilitas) penderita PTM utama.
- d. Menurunnya angka faktor risiko bersama PTM utama.

2. Indikator Khusus

- a. Penurunan 3 faktor risiko utama PTM (merokok, kurang aktifitas fisik dan konsumsi rendah serat).
- b. Penurunan proporsi penduduk yang mengalami obesitas, penyalahgunaan alcohol dan BBLR.
- c. Peningkatan kebijakan dan regulasi lintas sector yang mendukung penanggulangan PTM.
- d. Peningkatan bina suasana melalui kemitraan dalam pemberdayaan potensi masyarakat.
- e. Tersedianya model-model intervensi yang efektif dalam promosi dan pencegahan PTM.
- f. Peningkatan pelaksanaan promosi dan pencegahan di institusi pelayanan.