
Artikel

ANALISIS

Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah pada Usia 55 Tahun menurut Survai Kesehatan Rumah Tangga 1992

R. Wasis Sumartono*, Ni Ketut Aryastami **

* Pusat Penelitian Penyakit Tidak Menular, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan RI, Jakarta

** Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian, dan Pengembangan kesehatan
Departemen Kesehatan RI, Jakarta

Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (PJP) yang paling penting untuk diperhatikan adalah Penyakit Jantung Koroner (PJK)⁽¹⁾. Hipertensi dan penyakit serebrovaskular mendapat perhatian juga, tapi tidak terlalu mendalam. Sedangkan PJP lain yang secara global cukup penting seperti penyakit jantung rematik, kardiomiopati dan *venous pulnionary embolism* tidak dipertimbangkan. PJK mempunyai makna kesehatan masyarakat yang amat luas mengingat PJK merupakan penyebab utama kematian di negara-negara maju dan mulai timbul sebagai penyebab bermakna atas kepenyakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) di negara berkembang.

Meningkatnya usia harapan hidup di negara-negara berkembang—termasuk Indonesia—akan menyebabkan peningkatan prevalensi PJP dan kecacatan yang berkaitan dengannya di tahun-tahun yang akan datang jika upaya-upaya pencegahan tidak dilakukan mendahului kecenderungan-kecenderungan kependudukan. Oleh karena itu masalah kesehatan usia lanjut, yang seringkali berarti masalah PJP, akan menjadi lebih penting di negara ini baik secara medik, sosial maupun ekonomi. Makalah ini akan membahas PJP pada usia 55 tahun menurut SKRT 1992.

KECENDERUNGAN-KECENDERUNGAN PADA POPULASI USILA DI INDONESIA

Yang dimaksud dengan Populasi Usia Lanjut menurut Kelompok Studi WHO adalah orang-orang berumur 65 atau lebih⁽²⁾. Sedangkan di Indonesia, berdasarkan UU No.4Th. (965, orang-orang berumur 45 tahun ke atas dikelompokkan sebagai: (1) Pra Usda yaitu yang berumur 45–54 tahun, (2) Usila Dini :55–64 tahun, (3) Usila: 65–69 tahun, dan (4) Usila Berrisiko tinggi:70 tahun ke atas ini dapat diartikan bahwa di Indonesia orang yang berumur 55 tahun sudah dianggap Usila.

Tiga dasawarsa terakhir ini ditandai dengan peningkatan yang nyata pada usia harapan hidup penduduk Indonesia dan 45

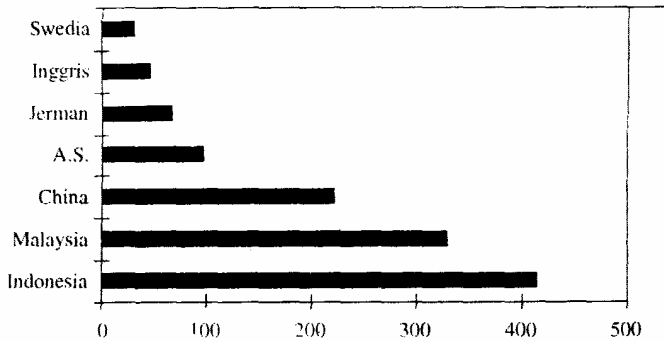
tahun pada tahun 1967 menjadi 63 tahun pada tahun 1995 (Data Pengkajian Kecenderungan Pembangunan Kesehatan di Indonesia, 1993). Kalau data ini diproyeksikan ke tahun-tahun yang akan datang, terlihat bahwa populasi Usila di Indonesia akan meningkat dalam jumlah besar. Hal ini tentu akan berpengaruh pada struktur sosial, ekonomi dan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.

Berdasarkan perkiraan pertumbuhan penduduk, jumlah Usila (di atas 55 tahun) di Indonesia akan naik dari 11.319.000 jiwa tahun 1985 menjadi 23.172.000 jiwa pada tahun 2000 (Budi Darmojo 1989), ini menunjukkan kenaikan 65%. Penuaan populasi ini merupakan hasil penurunan angka kematian (mortalitas) dan kesuburan (fertilitas). Bahkan Kelompok Studi WHO mengenai Epidemiologi dan Pencegahan PJP pada Usila memproyeksikan persentase peningkatan populasi penduduk Usila di Indonesia tahun 1990–2025 sebagai persentase peningkatan tertinggi di dunia yaitu 415%. Sebagai perbandingan, pada rentang waktu itu persentase peningkatan populasi-populasi Usila di Malaysia 321%, China 220%, Amerika Serikat 101%, Jerman 66%, Inggris 45%, dan yang paling rendah Swedia 33% (**Gambar 1**).

Secara umum di Indonesia wanita mempunyai usia harapan hidup tiga sampai empat tahun lebih tinggi dari usia harapan hidup pria. Sebagai contoh tahun 1976, 1986, dan 1990 berturut-turut usia harapan hidup pria adalah 42,1, 50,64 dan 58,6 tahun sedangkan usia harapan hidup wanita adalah 53,69, 61,54 dan 63,28 tahun (sumber dari BPS 1993).

Kelompok Studi WHO mengenai Epidemiologi dan Pencegahan PJP pada Usila memperkirakan bahwa di negara maju maupun berkembang akan lebih banyak wanita maupun pria yang menjanda atau menduda. Status perkawinan ini akan berpengaruh pada pengaturan hidup pada populasi Usila. Proporsi orang-orang Usila yang hidup sendirian di negara berkembang,

Gambar 1. Peningkatan persentasi yang diproyeksikan pada populasi Usila (60 tahun ke atas), 1990–2025



Sumber : US Bureau of Census, Center for Internasional Research, International Database on Aging, dalam Epidemiology and prevention of Cardiovascular Diseases in Elderly People, Report at WHO Study Group. WHO 1995 (Hal 6)

termasuk Indonesia. memang lebih sedikit dibanding di negara-negara maju. Hal ini karena adanya tradisi rumah tangga multi-generasi, orang-orang Usila yang masih berpasangan hidup maupun ang sudah menjanda atau menduda secara umum tinggal bersama anak-anak dan cucu-cucunya. Pola seperti ini sekarang dirasakan sudah banyak berubah karena banyak anggota keluarga yang masih muda urhanisasi ke perkotaan untuk bekerja, sehingga di masa depan akan terjadi keadaan banyak orang-orang Usila di negara-negara berkembang—seperti Indonesia – juga hidup sendirian.

PJP PAPA USIA 55 TAHUN MENURUT SKRT 1992

Dalam SKRT 1992 tidak dilakukan pengumpulan data kepenyakit (morbiditas) PJP secara langsung sehingga dari SKRT 1992 belum diketahui populasi survai yang menderita PJK, hipertensi, stroke, penyakit jantung rematik, kardiomiopati dan venous pulmonary embolism. Di bidang PJP, yang dilakukan dalam SKRT 1992 adalah pengumpulan data kematian (mortalitas) dengan cara yang disebut otopsi verbal. Anggota Rumah Tangga yang menjadi sampel SKRT 1992 yang salah seorang anggota keluarganya meninggal pada satu tahun terakhir ditanyai tentang gejala yang timbul pada anggota keluarga yang meninggal tersebut sebelum ia meninggal. Berdasarkan keterangan-keterangan inilah ditentukan apa penyebab nieninggalnya misalnya karena PJP atau karena sebab lain.

Dr. Suhardi MPH, seperti Yang dikemukakan Kelompok Ilmiah WHO mengenai Faktor-faktor Risiko NP: Bidang-bidang Baru untuk Penelitian (1994) – memperkirakan bahwa di antara semua jenis PJP yang paling banyak di Indonesia adalah PJK, sedangkan yang lainnva relatif rendah. Lebih lanjut karena dasar SKRT 1992 se luruh kematian yang ditemukan dalam Survai ini berjumlah 1235 orang, dimana 778 orang (atau 63%) di antaranya terjadi pada usia 15 tahun ke atas. Kematian akibat PJP pada kelompok umur 25 sampai 34 tahun memiliki persentase sebesar 5.8% dari total kematian .Proporsi ini semakin meningkat pada usia 35 sampai 44 tahun (11%). pada usia 45 sampai 54 tahun (20.9%) dan mencapai 33.2% pada umur 55

tahun ke atas. Menurut hasil SKRT 1992, PJP telah menjadi penyebab dari 16.4% dari total kematian di Indonesia (**Tabel 1**).

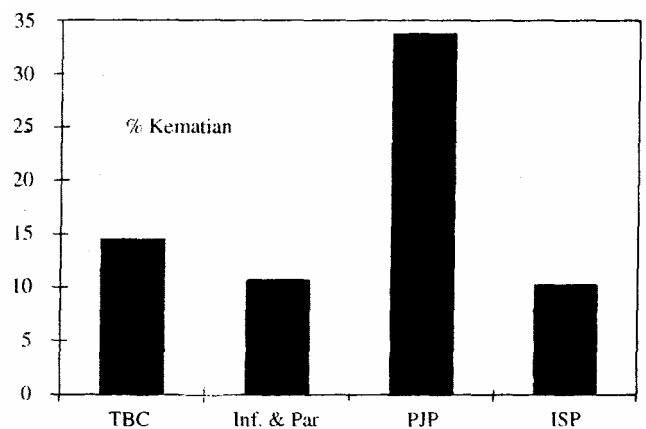
Tabel 1. Pola penyakit sebab utama kematian menurut kelompok umur pada SKRT 1992

Kelompok penyakit Sebab Utama Kematian	25-35 thn		35-55 thn		45-54 thn		> 55 thn		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Tuberkulosis	10	19.2	15	18.3	20	17.4	70	14.3	120	9.8
Infeksi dan parasit	4	7.7	6	7.3	6	5.2	26	5.3	86	7
Neoplasms	1	1.9	13	15.9	6	5.2	25	5.1	54	4.4
PJP	3	5.8	9	11	24	20.9	162	33.2	200	16.4
Infeksi Sal. Nafas	1	1.9	-	-	1	0.9	15	3.1	112	9.2
Bronkhitis, Empi-sema dan Asma	-	-	7	8.5	9	7.8	36	7.4	61	5

* Diambil dari SKRT 1992, halaman 42.

Aryastami dkk. (1994)—dalam laporannya mengenai Analisis Faktor Risiko terhadap Kematian Usia Lanjut dan Kelompok Usia Produktif disebabkan PJP berdasar SKRT 1992 – meng-gambarkan urutan penyebab utama kematian kelompok Usila seperti **Gambar 2**.

Gambar 2. Proporsi Penyakit Penyebab Kematian pada Usila



Keterangan :

TBC = tuberkulosis

inf. & Par. = parasit dan Infeksi lain

PJP = penyakit jantung; dan pembuluh darah

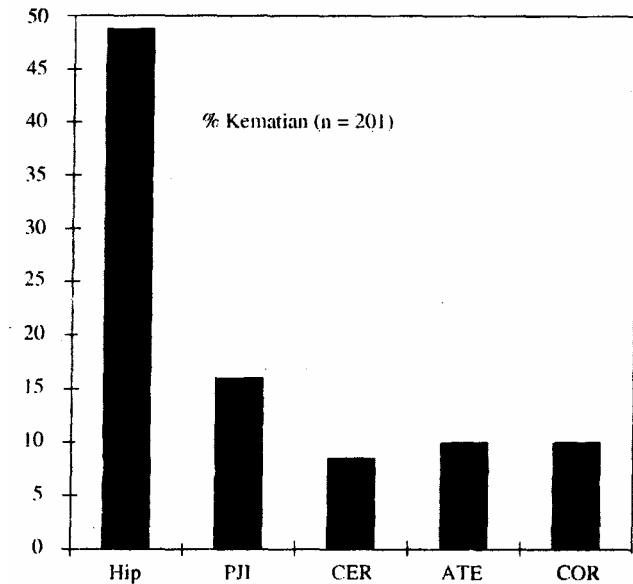
ISP = infeksi saluran pernafasan

Jenis PJP sebagai penyebab kematian utama usia lanjut adalah hipertensi 48.1%. penyakit jantung iskemik 16% (**Gambar 3**)

Pada semua kelompok umur (yaitu jumlah kelompok-kelompok usia anak-anak, remaja, pra-usila dan usila) berdasarkan wilayah kepulauan, insidens tertinggi kematian PJP terdapat di wilayah Jawa-Bali (16.2%), diikuti oleh Sumatera sebesar 5.3% (**Gambar 4**).

Pada semua kelompok umur persentase kematian akibat PJP di daerah perkotaan menunjukkan angka yang lebih tinggi (28.8%) dibandingkan dengan daerah pedesaan (24.7%). Kematian karena PJP pada laki-laki 1,2 kali lebih banyak dibanding wanita. Dari total kematian akibat PJP, 26.1 % almarhum berobat sebelum meninggal dan sisanya sebanyak 24.2% penderita tidak

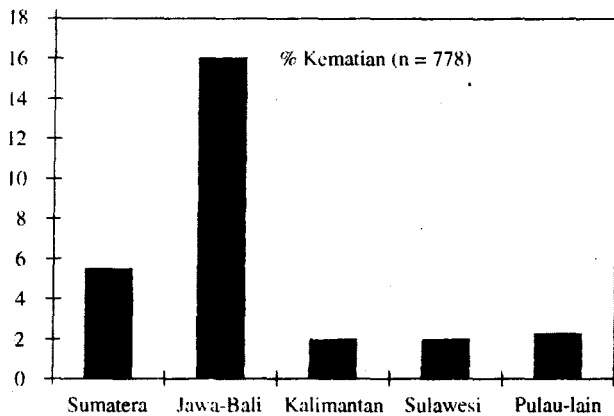
Gambar 3. Proporsi Kematian karena PJP Kelompok Usila berdasarkan jenis PJP



Keterangan :

Hip = hipertensi
 PJI = penyakit jantung iskemik
 CER = penyakit serebrovaskular
 ATE = aterosklerosis
 COR = Cor-pulmonale

Gambar 4. Proporsi Kematian karena PJP Kelompok Usila berdasarkan jenis PJP



menjalani pengobatan. 25.8% penderita yang mengalami kematian karena PJP mencari pengobatan ke tempat pelayanan dan 27.7% melakukan pengobatan di rumah sendiri.

KESIMPULAN DAN SARAN

Jumlah Usila di Indonesia dewasa ini cukup besar dan terus meriingkat dengan cepat. Jika pertumbuhan jumlah Usila tidak segera mendapat perhatian yang memadai dan pembuat kebijaksanaan, dampak sosial ekonominya mungkin akan lebih besar dibandingkan dampak sosial ekonomi pertumbuhan jumlah Usila di negara-negara maju. Hal yang penting dan segi kependudukan barangkali adalah meningkatnya Usila berisiko tinggi (di atas 70 tahun) di samping jumlah yang besar dari wanita Usila yang

hidup sendirian.

PJP merupakan penyebab kematian utama pada populasi berumur 55 tahun atau lebih di Indonesia. Ada keaneka ragaman antara wilayah mengenai kematian karena PJP dengan wilayah Jawa Bali dan Sumatera sebagai wilayah yang paling tinggi mortalitas PJPnya. Rate mortalitas pada orang-orang di atas 55 tahun menunjukkan potensi besar untuk program pencegahan yang efektif.

Analisis Faktor Risiko terhadap Kematian Usia Lanjut dan Kelompok Usia Produktif disebabkan PJP berdasar SKRT 1992 yang dilakukan Aryastami menunjukkan bahwa penyebab kematian PJP utama usia lanjut adalah hipertensi, yaitu sebesar 48.1%. Oleh karenanya, suatu upaya yang kuat untuk pencegahan hipertensi pada Usila perlu dilakukan. Meskipun upaya-upaya preventif yang bermanfaat bagi Usila seharusnya dilakukan sejak usia anak-anak dan remaja, namun tetap masih ada manfaatnya untuk melakukan upaya pencegahan di usia lanjut. Dengan demikian kejadian fatal atau kecacatan dapat ditunda sampai usia yang benar-benar lanjut.

Perubahan gaya hidup (berhenti merokok, membiasakan pola makan yang sehat, melakukan kegiatan jasmani yang moderat, dan mengendalikan berat badan) perlu lebih dimasyarakatkan untuk mengurangi PJP dan meningkatkan kesehatan pada semua kelompok umur, termasuk Usila. Kebijakan untuk Usila perlu diarahkan menuju tujuan memelihara kemandirian Usila, dan ini mencakup pencegahan dan perawatan PJP serta rehabilitasi penderita.

Strategi populasi (*population strategies*) sebaiknya digunakan untuk melakukan perubahan gaya hidup di wilayah yang kematian karena PJPnya tinggi, yaitu Jawa dan Bali. Strategi ini mencakup penyempurnaan kebijaksanaan mengenai tembakau, komunikasi media, serta penyuluhan melalui petugas kesehatan. Biaya dan efektifitas strategi yang berbeda juga perlu dikaji.

Pada wilayah-wilayah yang kematian karena PJPnya rendah saat ini, pencegahan primer sebaiknya menjadi strategi kunci. Pendekatan gaya hidup yang sehat, khususnya upaya memerangi epidemi merokok, perlu dipusatkan pada anak-anak sekolah dan remaja dalam rangka mencegah PJP dalam kehidupan dewasanya di kelak kemudian hari.

Strategi risiko tinggi (*high risk strategies*) akan relevan untuk sejumlah besai populasi di atas 55 tahun, karena faktor risiko PJP tertentu—tekanan darah yang tinggi, kolesterol serum yang tinggi dan diabetes—umum terjadi pada Usila. Bukti-bukti dan uji coba (*trials*) intervensi diperlukan untuk mengkonfirmasi manfaat terapi dengan penggantian hormon (*hormone replacement therapy*) dan suplementasi vitamin dalam pencegahan PJP pada Usila.

Dukungan antar sektor sangat penting untuk keberhasilan kebijaksanaan kesehatan Usila. Pendekatan antar sektor diperlukan untuk menencanakan dan memantau kesehatan dan pelayanan lain yang herkaitan dengan kesejahteraan umum Usila. Kebijakan Nasional mengenai Usila akan mempunyai efek yang diharapkan hanya jika personil kesehatan dan mitranya pada semua tingkatan, khususnya pada tingkat pelayanan kesehatan dasar, dilatih— atau dilatih kembali— mengenai prinsip-

prinsip promosi kesehatan dan perawatan jantung dan pembuluh darah pada Usila.

KEPUSTAKAAN

1. Cardiovascular Diseases Risk Factor New Areas For Research, Report of WHO Scientific Group, WHO TRS 841, WHO Geneva 994: Rh. 3-4.
2. Epidemiology Prevention of Cardiovascular Diseases in Elderly People. Report of a WHO Study Group. WHO TRS 853. WHO Geneva 1995: Hh. I. 2. 5. 54-55.
3. Aryastami NK dkk. Analisis Faktor Risiko terhadap Kematian pada Usia Lanjut dan Kelompok Usia Produktif disebabkan oleh Penyakit Kardiovaskular. Balitbangkes. Jakarta 1994 Hh. 1. 13-19.
4. SKRT 1992. Balitbangkes. Jakarta 1994: Hh. 41-44.
5. Suhardi. Puslit Penyakit Tidak Menular. (Anggooa Tim Peneliti Pusat SKRT 1992 Bidang Penyakit Kardiovaskular dan Degeneratif Komunikasi Pribadi November 1996.



Satu dari dua jenis
tanaman di dunia
terancam punah !