

Optimizing Hypertension Management in Primary and Referral Care for Morbidity and Mortality Reduction

Hipertensi adalah penyakit yang sering dijumpai dalam pelayanan kesehatan primer di Indonesia dengan prevalensi sebesar 26,5% (Riskesdas 2013). **Dr. dr. Yuda Turana, Sp.S** sebagai ketua pelaksana *The 8th Annual Scientific Meeting of*

Indonesian Society of Hypertension (InaSH) dalam acara *press conference* yang diadakan di Jakarta pada tanggal 7 Maret 2014, menyebutkan bahwa baru 24,2% kasus hipertensi yang terdeteksi, sementara 75,8% kasus hipertensi belum terdeteksi maupun

ditangani dengan baik (Riskesdas 2007). Dari 24,2% kasus yang telah terdeteksi, hanya 18% yang memiliki tekanan darah terkontrol. Penanganan hipertensi di Indonesia belum adekuat walaupun berbagai jenis obat antihipertensi telah banyak tersedia.

Hal ini menunjukkan hipertensi masih merupakan masalah bersama yang memerlukan partisipasi seluruh pihak, baik dokter, pemerintah, swasta maupun masyarakat luas.

dr. Nani Hersunarti, Sp.JP, FIHA selaku ketua InaSH, menyebutkan



Prof. Dr. dr. Suhardjono, Sp.PD, KGH

pentingnya pemeriksaan tekanan darah (TD) secara berkala di fasilitas kesehatan untuk mendeteksi ada tidaknya hipertensi, dikarenakan hipertensi seringkali tidak memberikan gejala kecuali sudah terjadi komplikasi. Dalam acara ini juga, **Dr. Arieska Ann Soenarta, Sp.JP, FIHA** menjelaskan bahwa dalam tata laksana hipertensi, selain dengan terapi farmakologis diperlukan juga perubahan gaya hidup seperti membatasi konsumsi garam, melakukan aktivitas fisik secara teratur, menghindari rokok, mengonsumsi buah dan sayur lebih banyak, serta mengurangi konsumsi lemak jenuh dan kolesterol.

“...75,8% kasus hipertensi belum terdeteksi, maupun ditangani dengan baik...
-Riskesdas 2007”

Lebih lanjut dalam acara tersebut, **Prof. Dr. Dr. Suhardjono, Sp.PD, KGH** menyebutkan nilai TD $\geq 140/90$ mmHg sebagai batasan untuk mendiagnosis hipertensi. InaSH membuat panduan tata laksana hipertensi berdasarkan pada acuan yang terbaru. Semua kelas obat antihipertensi (diuretik, *angiotensin converting enzyme inhibitor/ACE inhibitor*, *angiotensin II receptor blocker/ARB*, *calcium channel blocker/CCB*, *beta-blocker*) dapat digunakan kecuali apabila ada indikasi khusus. Pemilihan obat antihipertensi antar pasien belum tentu sama, disesuaikan dengan kondisi pasien masing-masing. Hingga saat ini, diuretik atau *hydrochlorothiazide* (HCT) masih cukup efektif digunakan, terutama sebagai terapi tambahan/kombinasi dengan obat antihipertensi yang lain.

Concor®
Bisoprolol
Powered by outcomes

Hypertension
Coronary Artery Disease (angina pectoris)
Chronic Heart Failure

Start with Concor®
for cardioselective beta-blockade

Take the first step to cardioprotection

Merck Serono
Merck Serono is a division of Merck
MERCK

Keterangan lebih lengkap dapat diperoleh di:
Merck Serono is a Division of Merck
PT. Merck Tbk, Perkantoran Hijau Arkadia Tower F Level 15, Jl. TB. Simatungkar Kav. 88 Ps. Minggu - Jakarta Selatan 12520, Telp.: +62 21 2868 5000, Fax.: +62 21 2856 5416

Sementara pada pasien hipertensi dengan penyakit jantung misal: *post-MI* (myokard infark) dan gagal jantung kronik harus diberikan *beta-blocker* selama tidak ada kontraindikasi dan dapat ditoleransi dengan baik (obat kelas I). *Beta-blocker* sama efektifnya dengan obat antihipertensi lainnya dalam menurunkan tekanan darah dan terbukti mencegah kejadian kardiovaskular pada pasien dengan gangguan jantung. Pada pasien dengan gagal ginjal yang menjalani dialisis, aktivasi saraf simpatis akan meningkat sehingga penggunaan *beta-*

blocker lebih menguntungkan.

Peningkatan tekanan darah sistolik >20 mmHg diatas target pengobatan, biasanya langsung diberikan terapi kombinasi dengan 2 obat antihipertensi dengan tujuan untuk mendapatkan penurunan tekanan darah yang berarti dan mengurangi risiko kerusakan organ. Penanganan hipertensi yang baik dapat menurunkan risiko terjadinya berbagai komplikasi seperti *stroke*, penyakit kardiovaskular dan gagal ginjal yang dapat menyebabkan kematian. **ET**



Panduan Tatalaksana Dislipidemia Terkini Berdasarkan ACC/AHA 2013 “Sudah *update*-kah anda?”

Dislipidemia merupakan masalah yang cukup sering ditemui dalam praktik sehari-hari, sehingga para dokter diharapkan mampu untuk melakukan tatalaksana terhadap pasien-pasien dengan gangguan metabolisme lipoprotein tersebut. Dalam melakukan tatalaksana dislipidemia, setidaknya ada tiga pertanyaan mendasar yang harus dijawab oleh dokter, di antaranya “apakah kadar kolesterol pasien saya harus diturunkan?”, “berapakah dosis statin yang harus saya berikan?” dan “berapakah target kadar kolesterol yang harus saya capai?”

“...ada perbedaan cukup mendasar panduan ACC/AHA 2013 dengan NCEP ATP III ...”

Untuk dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut dengan tepat, diperlukan adanya suatu panduan tatalaksana dislipidemia. Sebelum akhir tahun 2013, tatalaksana dislipidemia mengacu kepada panduan dari National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) berupa *Updated NCEP ATP III* yang dipublikasikan pada tahun 2004. Setelah hampir 10 tahun lamanya, American College of Cardiology dan American Heart Association (ACC/AHA) bersama dengan NHLBI mempublikasikan panduan terkini mengenai tatalaksana dislipidemia.

Terdapat perbedaan yang cukup mendasar antara panduan tatalaksana dislipidemia ACC/AHA 2013 dengan panduan *Updated NCEP ATP III* yang dipublikasikan

pada tahun 2004, beberapa di antaranya : (1) Tidak adanya target spesifik tertentu yang harus dicapai di dalam menurunkan kadar kolesterol LDL. Hal ini disebabkan usaha untuk menurunkan kadar kolesterol LDL hingga mencapai target tertentu seringkali berakibat pada *under-* maupun *overtreatment*; (2) Tatalaksana dislipidemia dalam mengurangi risiko kejadian penyakit jantung aterosklerosis membagi pasien di dalam 4 kelompok besar, yaitu: kelompok I-Pasien-pasien yang sudah menderita penyakit jantung aterosklerosis (*secondary prevention*), kelompok II-Pasien-pasien dengan kadar kolesterol LDL ≥ 190 mg/dL, kelompok III-Pasien-pasien diabetes yang berusia 40-75 tahun, dengan kadar kolesterol LDL 70-189 mg/dL yang tidak menderita penyakit jantung aterosklerosis, dan kelompok IV-Pasien-pasien tanpa diabetes atau tanpa penyakit jantung aterosklerosis dengan kadar kolesterol LDL 70-189 mg/dL tetapi memiliki risiko untuk mendapat penyakit jantung aterosklerosis dalam 10 tahun sebesar $\geq 7,5\%$ yang dihitung dengan new Pooled Cohort Equations (Yang dimaksud dengan penyakit jantung aterosklerosis di sini adalah *acute coronary syndromes*, riwayat infark miokard, angina stabil maupun tak stabil, riwayat revaskularisasi koroner ataupun arteri lainnya, *stroke*, TIA dan penyakit arteri perifer yang diduga disebabkan oleh aterosklerosis); (3) Pasien-pasien kelompok I dan II direkomendasikan untuk mendapat *high-intensity statin therapy*, sementara kelompok III dan IV dengan *moderate-intensity statin therapy*. *High-intensity statin* adalah kelompok statin yang dianggap mampu menurunkan kadar kolesterol LDL awal hingga

High-intensity statin	Moderate-intensity statin
Atorvastatin 40-80 mg	Atorvastatin 10 (20) mg
Rosuvastatin 20 (40) mg	Rosuvastatin (5) 10 mg
	Simvastatin 20-40 mg
	Pravastatin 40 (80) mg
	Lovastatin 40 mg
	Fluvastatin 2x40 mg

*Dosis statin yang tidak dicetak tebal adalah dosis yang disetujui oleh FDA namun tidak turut diuji dalam RCT pada penelitian ini

$\geq 50\%$ dan *moderate-intensity statin* adalah kelompok statin yang dianggap mampu menurunkan kadar kolesterol LDL awal hingga 30- $<50\%$; dan (4) Pasien dengan diabetes yang berusia <40 atau >75 tahun, terapi statin diberikan dengan mempertimbangkan keuntungan yang didapat pasien

dengan mengurangi risiko terjadinya penyakit jantung aterosklerosis terhadap efek samping serta interaksi obat yang dapat timbul.

Dengan demikian, panduan ACC/AHA 2013 ini membawa paradigma baru di dalam tatalaksana dislipidemia yang diharapkan dapat lebih baik dalam menurunkan

risiko terjadinya penyakit jantung aterosklerosis. **ST**

Referensi:

1. Stone NJ et al, 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults, *Journal of the American College of Cardiology* 2013)

