

Perbincangan Sejenak Bersama Ketua PERKI

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI) baru saja menggelar '24th Annual Scientific Meeting of Indonesian Heart Association' (ASMIHA) April lalu di Jakarta. TabloidMD melakukan perbincangan dengan **Dr. dr. Anwar Santoso, Sp.JP(K), FIHA** selaku Ketua PERKI. Berikut paparannya.



T: Mengapa ASMIHA ke-24 ini memilih tema 'The Current and Future Landscape of Cardiovascular Disease Management'?

J: Biaya yang dikeluarkan untuk *non-communicable diseases* (penyakit tidak menular) pada tahun 2014 mencapai 26% dari total 40 triliun rupiah anggaran yang dialokasikan oleh BPJS. Dan sebagian besar adalah dalam bentuk kuratif. Dari sinilah kami belajar agar mengubah strategi dengan lebih komprehensif yang bukan saja *clinic management*, dalam hal penanganan penyakit kardiovaskular khususnya. Hal ini tampak pada seminar atau *workshop* guna mengedepankan program preventif, promosi maupun rehabilitasi dalam penyakit kardiovaskular.

Tidak itu saja. Mengacu pada data yang ada, bila kondisi ini berlangsung secara kontinu maka negara pun akan gagal menekan biaya tersebut. Itu sebabnya kami membagi atau memberikan

semacam ilmu dan kompetensi pada dokter di layanan primer atau dokter umum. Karena sebagian besar (70-80%) persoalan kesehatan di masyarakat harus selesai di layanan primer agar biaya kesehatan tidak tinggi. Jadi bukan saja kuratif tetapi juga promosi dan preventif.

T: Ada berapa *guidelines* yang sudah diluncurkan oleh PERKI?

J: Pada ASMIHA lalu kami menerbitkan tiga *guidelines*, yaitu Pedoman Tatalaksana Dislipidemia, Pedoman Tatalaksana Fibrilasi Atrium, dan Pedoman Terapi Memakai Alat Elektronik Kardiovaskular Implan (Aleka). Kali ini, PERKI meluncurkan empat (4) guideline baru, yaitu Pedoman Tatalaksana Sindrom Koroner Akut, Pedoman Tatalaksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskular, Pedoman Tatalaksana Kardiovaskular pada Perempuan, dan Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung. Dari

tahun 2013-2015 total ada 7 *guideline* yang dapat dilihat dan diunduh di website PERKI.

T: Berapa banyak anggota PERKI hingga kini dan sudah cukupkah untuk di Indonesia?

J: Anggota PERKI hingga saat ini mencapai 740 anggota dan diharapkan dalam waktu 3-5 tahun mendatang jumlahnya bertambah menjadi 1000 dan akan berjumlah 2500 di 10 tahun ke depan. Tentu jumlah ini belum mencukupi karena masih ada kendala dalam pendistribusiannya.

Namun saya yakin dengan 12 sentra pendidikan yang ada, ditugaskan untuk mengisi daerahnya masing-masing dengan adanya kebijakan nasional untuk melakukan pendekatan secara teritorial. Misalnya sentra pendidikan jantung di Sumatera Utara maka akan bertanggungjawab pada daerah sekitar Sumatera

Utara, Aceh dan sekitarnya. Begitu pula dengan Sumatera Barat, akan bertanggungjawab pada Jambi, Bengkulu dan sekitarnya.

T: Apa harapan Dr. Anwar Santoso sebagai Ketua PERKI?

J: Pertama, saya berharap semua anggota PERKI, terutama, nantinya harus memiliki standar kompetensi yang sama dan sesuai dengan benchmark dari *European Society of Cardiology*. Begitu pula 12 sentra pendidikan juga memiliki standar internasional.

Yang kedua, saya juga berharap *guidelines* yang kami sudah luncurkan dapat bermanfaat demi kepentingan negara dan akan kami kontribusikan kepada Kementerian Kesehatan agar dapat dijadikan standar pelayanan kesehatan nasional. Dan juga saya berharap guideline ini dapat digunakan pada semua layanan kesehatan, baik primer, sekunder maupun tersier. MD

Selayang Pandang ASMIHA ke-24

24th
Asmiha
Annual Scientific Meeting of Indonesian Heart Association



Pada tanggal 10-12 April 2015 lalu, 24th Annual Scientific Meeting of Indonesian Heart Association (ASMIHA) diselenggarakan di Jakarta dan bertepatan dengan tema "The Current and Future Landscape of Cardiovascular Disease Management".

"Acara ASMIHA 2015 ini diselenggarakan oleh PERKI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia) yang bekerjasama dengan beragam asosiasi kardiologis dari beberapa

negara, antara lain *European Society of Cardiology* (ESC), *American College of Cardiology* (ACC), *Asian Pacific Society of Cardiology* (APSC), dan *ASEAN Federation of Cardiology* (AFC). Diikuti oleh 1500 peserta," tukas **dr. Antonia Anna Lukito, Sp.JP, PhD, FIHA** dalam sambutannya.

Selanjutnya, Ketua PERKI, **Dr. dr. Anwar Santoso, Sp.JP, PhD, FIHA** juga mengatakan, "Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian nomor satu di seluruh dunia dan sepertinya

prevalensinya akan meningkat di masa yang akan datang.” ASMIHA ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dalam pencegahan penyakit kardiovaskular yang dianggap sebagai salah satu penyebab kematian utama di Indonesia.

Hadir juga **drg.Tini Suryanti Suhandi, M.Kes** selaku Staf Ahli Menteri Bidang Pembiayaan dan Pemberdayaan Masyarakat yang mewakili Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Penyakit tidak menular khususnya penyakit jantung dan pembuluh darah berpotensi dapat meningkatkan mortalitas, morbiditas dan biaya kesehatan. Menurut WHO nanti pada tahun 2030 diperkirakan sekitar 23,6 juta orang akan meninggal dunia akibat penyakit jantung dan pembuluh darah. Selain itu, diperkirakan 76% penyakit tersebut terjadi di negara-negara berkembang, seperti Indonesia.

“Sesuai Riskesdas 2007, penyakit jantung merupakan salah satu penyebab utama kematian. Prevalensi nasional mencapai 7,2% dan penyakit jantung memiliki proporsi sebesar 5,1% dari seluruh penyakit penyebab kematian di Indonesia. Kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah, hipertensi dan stroke mencapai 31,9%. Angka kematian di rumah sakit berkisar 6-12%,” tukasnya lebih lanjut. Penderita hipertensi di Indonesia mengalami penurunan. Sesuai Riskesdas (2007) prevalensi 31,7% menjadi 25,8% (Riskesdas 2013), namun sebaliknya prevalensi faktor risiko seperti diabetes mengalami peningkatan.

Penyakit jantung dan pembuluh darah, telah menghabiskan 30% seluruh biaya

pengobatan di rumah sakit. Menurut data rawat inap di rumah sakit semester 1 tahun 2014, jumlah kasus penyakit tersebut mencapai 232.010 dengan total biaya 1,8 triliun Rupiah. Angka ini kemungkinan akan meningkat karena ada faktor-faktor risiko seperti perubahan gaya hidup, faktor populasi dengan rendahnya kondisi sosial ekonomi di masyarakat, dan sebagainya.

Itu sebabnya perlu dilakukan tindakan pencegahan yang sesuai dengan *Global Action Plan for the Prevention and Control of Non Communicable Disease* oleh WHO tahun 2013-2020, yang berisikan 9 target yaitu penurunan risiko kematian prematur akibat kanker (25%), menurunkan penggunaan alkohol (10%), menurunkan prevalensi masyarakat yang tidak aktif melakukan aktivitas fisik (10%), menurunkan asupan garam yodium (30%), menurunkan prevalensi pengguna tembakau pada individu usia > 15 tahun (30%), menurunkan prevalensi hipertensi (25%), dan meningkatkan ketersediaan sarana teknologi dasar untuk pengobatan termasuk obat generik di fasilitas kesehatan baik pemerintah maupun swasta (80%).

Jejaring Pelayanan Penyakit Jantung

Kecepatan penanganan baik berupa obat-obatan maupun intervensi jantung merupakan faktor terpenting dalam menghadapi penderita serangan jantung. Penanganan ini membutuhkan gerakan bersama yang melibatkan berbagai struktur masyarakat dan institusi.

Program iSTEMI merupakan sistem

pelayanan jejaring serangan jantung dan Jakarta Barat merupakan pilot project. Upaya ini akan diperluas agar semakin banyak masyarakat yang mendapatkan proteksi. Selain itu, PERKI juga mendorong gerakan bersama melakukan pelayanan serangan jantung yang cepat dan berkualitas. Diharapkan kota-kota di Indonesia mengembangkan diri sebagai kota ramah jantung yaitu kota yang dapat memberikan pelayanan bagi warga yang mengalami serangan jantung dengan cepat melalui penyediaan infrastruktur, termasuk ambulans. Selain itu pusat keramaian masyarakat seperti bandara, mall juga perlu menyediakan fasilitas pelayanan kegawatdaruratan jantung. Hasil dari program Jejaring Pelayanan Serangan Jantung ini telah dipresentasikan oleh PERKI pada acara *American College of Cardiology Congress* di San Diego (Amerika Serikat) dan program ini direkognisi sebagai salah satu model yang bermanfaat untuk menurunkan tingkat kematian akibat penyakit kardiovaskular secara signifikan.

Sesi ASMIHA

Dalam salah satu sesi simposium membahas penanganan terkini dislipidemia atau hiperkolesterolemia. Di Indonesia, hiperkolesterolemia cukup tinggi berkisar 35,9%. Di perkotaan angkanya lebih tinggi, yaitu 39,5% sedangkan di pedesaan mencapai 32,1%. Kini telah dikembangkan terapi dislipidemia terbaru yaitu PCSK9 inhibitor yang telah terbukti efektif mampu menurunkan kadar kolesterol dalam 2

minggu sebesar 60%.

Tema lain yang ditonjolkan adalah upaya intervensi valvular penggantian katup mitral tanpa operasi guna mengatasi abnormalitas katup jantung yaitu dengan tindakan MitraClip. Intervensi ini merupakan kemajuan yang cukup penting di Indonesia karena belum banyak negara yang dapat melakukan tindakan ini.

Pada tata laksana pencegahan penyakit kardiovaskular pada wanita mencakup baik populasi faktor risiko rendah dan tinggi. *The Women Cardiology Working Group* dari Indonesia Heart Association pada tahun 2015 ini memberikan klasifikasi risiko penyakit kardiovaskular perempuan ke dalam 3 kelompok yaitu kesehatan kardiovaskular ideal, berisiko penyakit kardiovaskular dan berisiko tinggi. WHO merekomendasikan penggunaan Carta Prediksi Risiko Penyakit Kardiovaskular yang dapat memperkirakan risiko penyakit dalam kurun waktu 10 tahun mendatang. Hal ini menjadi salah satu tema ASMIHA kali ini dan diluncurkannya Pedoman Tata Laksana Pencegahan Penyakit Kardiovaskular pada Perempuan.

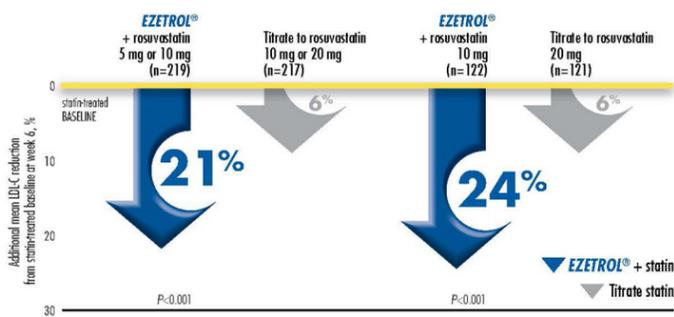
Yang tidak kalah menariknya dari ASMIHA kali ini adalah konvokasi atau pelantikan kardiologis baru untuk Indonesia. Yang dilantik kali ini terdiri dari 85 dokter spesialis jantung dan pembuluh darah, beserta empat dokter spesialis bedah toraks kardiovaskular yang dilantik sebagai anggota PERKI. **MD**

As an adjunct to diet when diet alone is not enough, in moderately high-risk or high-risk patients with hypercholesterolemia

In 3 separate studies

Adding EZETROL® to a statin provided superior reduction of LDL-C vs doubling the dose of rosuvastatin, atorvastatin, or simvastatin¹⁻³

Adding EZETROL® vs titrating rosuvastatin¹



Mean pooled treated baseline LDL-C was 104 mg/dL for EZETROL® plus either rosuvastatin 5 mg or 10 mg (n=219), and 100 mg/dL for rosuvastatin 10 mg or 20 mg (n=217).¹

Mean treated baseline LDL-C was 107 mg/dL for EZETROL® plus rosuvastatin 5 mg (n=99); 102 mg/dL for rosuvastatin 10 mg (n=98); 101 mg/dL for EZETROL® plus rosuvastatin 10 mg (n=122); 98 mg/dL for rosuvastatin 20 mg (n=121).¹

Mean additional LDL-C reduction was 18% for EZETROL® plus rosuvastatin 5 mg vs 6% for rosuvastatin 10 mg (P<0.001).¹

Adapted from Boys et al 2011.¹

See study design C, Boys et al 2011.

Product Information

INDICATION

Primary Hypercholesterolemia
Ezetimibe administration with an HMG-CoA reductase inhibitor (statin) or alone, is indicated as adjunctive therapy to diet for the reduction of elevated total cholesterol (total-C), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), apolipoprotein B (Apo B), and triglycerides (TG) and to increase high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in patient with primary (heterozygous familial and non-familial) hypercholesterolemia.

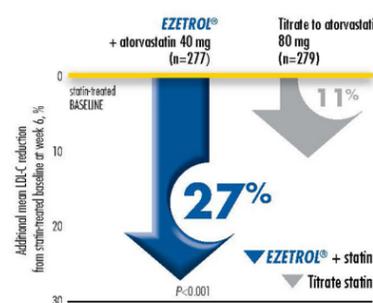
Homozygous Familial Hypercholesterolemia (HoFH)
Ezetimibe, administered with a statin, is indicated for the reduction of elevated total-C and LDL-C level in patient with HoFH. Patient may also receive adjunctive treatment (e.g. LDL apheresis)

CONTRA INDICATIONS

Hypersensitivity to any component of this medication. When ezetimibe is to be administered with a statin, which is contraindicated during pregnancy and lactation, please refer to the package insert for that particular statin.



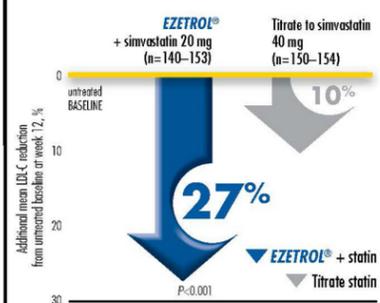
Adding EZETROL® vs titrating atorvastatin²



Mean treated baseline LDL-C was 89 mg/dL for the group receiving EZETROL® plus atorvastatin 40 mg (n=277), and 90 mg/dL for the group in which atorvastatin was titrated to 80 mg (n=279).²

Adapted from Leiter et al.²
See study design L, Leiter et al.

Adding EZETROL® vs titrating simvastatin^{3,a}



Mean untreated baseline LDL-C was 176 mg/dL for all doses of EZETROL® plus simvastatin and 178 mg/dL for all doses of simvastatin.³

^aBased on the percent reductions from the trial, LDL-C was calculated to be 117, 105, and 91 mg/dL for patients on simvastatin 20, 40, or 80 mg, respectively; and 85 and 79 mg/dL for patients on EZETROL® plus simvastatin 20 or 40 mg, respectively.³

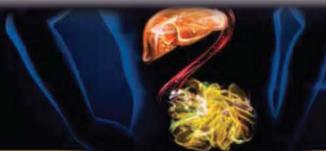
Adapted from Boys et al 2004.³
See study design D, Boys et al 2004.



Merck Sharp & Dohme
Wisma BNI 46 27th/FI
Jl. Jend. Sudirman Kav 1
Jakarta 10220
Tel. (021) 5787000

References: 1. Boys HE, Davidson MH, Missaad R, et al. Safety and efficacy of ezetimibe added on to rosuvastatin 5 or 10 mg versus up-titration of rosuvastatin in patients with hypercholesterolemia (the ACTE study). *Am J Cardiol.* 2011. doi:10.1016/j.amjcard.2011.03.079. 2. Leiter LA, Boys H, Conrad S, et al. Efficacy and safety of ezetimibe added on to atorvastatin (40 mg) compared with up-titration of atorvastatin (to 80 mg) in hypercholesterolemic patients at high risk of coronary heart disease. *Am J Cardiol.* 2008;102(11):1495-1501. 3. Boys HE, Ose L, Fraser N, et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, factorial design study to evaluate the lipid-lowering efficacy and safety profile of the ezetimibe/simvastatin tablet compared with ezetimibe and simvastatin monotherapy in patients with primary hypercholesterolemia. *Clin Ther.* 2004;26(11):1758-1773.

Before prescribing EZETROL®, please read the Prescribing Information.



EZETROL® + a statin is HYBRID therapy

For patients with hypercholesterolemia not at LDL-C goal on statin monotherapy

