



EDITORIAL

Hipertensi Ringan : jangan dianggap remeh lagi

Sepuluh tahun yll. sebagian besar dokter sudah yakin bahwa pengobatan hipertensi sedang atau berat dengan obat antihipertensi yang sesuai tidak hanya merendahkan tekanan darah, namun juga mengurangi morbiditas dan mortalitas dari penyakit-penyakit kardiovaskuler. Bukti yang paling meyakinkan untuk menyokong pandangan di atas berasal dari "the Veterans Administration Cooperative Study" di Amerika Serikat. Meskipun obat antihipertensi tampaknya juga menurunkan morbiditas dan mortalitas di antara pasien-pasien pria yang menderita hipertensi ringan (tekanan darah diastolik 90 — 104 mm Hg), efek tsb. secara statistik tidak bermakna.

Penyelidikan Veterans Administration (VA) tsb., meskipun amat berharga, masih meninggalkan beberapa pertanyaan tidak terjawab. Apakah obat antihipertensi ada manfaatnya bagi pasien-pasien dengan peningkatan tekanan darah yang "borderline" atau ringan saja? Dan, apakah efektivitas terapi pada setiap tingkat tekanan darah bervariasi menurut seks atau ras?

Kini, suatu penyelidikan baru, disponsori oleh "the National Heart, Lung, and Blood Institute", rupa-rupanya berhasil menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas serta masalah-masalah lain. Program Deteksi dan Follow-up Hipertensi (HDFP) adalah suatu penyelidikan terkontrol acak (randomized), yang menyaring 158.906 orang berumur antara 30 — 60 tahun untuk prevalensi hipertensi.

Setelah dua kali penyaringan, ditemukan bahwa sekitar 9 persen populasi yang disurvei menderita hipertensi. Dari 10.940 orang yang dinyatakan menderita hipertensi, pada awal penyelidikan 71 persen tekanan darahnya 90 — 104 mm Hg, 19 persen tekanannya 105 — 114 mm Hg, 10 persen sisanya menunjukkan tekanan 115 mm Hg atau lebih tinggi. Pasien-pasien tsb. kemudian secara acak (random) dimasukkan ke dalam golongan SC (Stepped Care) atau RC (Referred Care) SC berarti program terapi dengan obat antihipertensi yang diberikan secara intensif dan disupervisi dengan cermat. Golongan RC adalah pasien-pasien yang mendapat terapi rutin dari sumber-sumber pelayanan kesehatan biasa pada masyarakat. Pasien-pasien tsb. kemudian diamati dengan teliti selama lima tahun.

Hasil yang diungkapkan sangat mengagumkan. Penemuan yang terpenting ialah, penurunan mortalitas yang secara statistik bermakna sebesar hampir 17 persen pada golongan SC. Meskipun sebagian besar pasien golongan RC juga mendapat obat antihipertensi, pada pasien-pasien SC pengelolaan pasien lebih cermat dan terapi diberikan pada tekanan darah dengan tingkat yang lebih rendah sehingga mengurangi mortalitas,

terutama karena lebih sedikitnya peristiwa-peristiwa kardiovaskuler. Perbedaan kedua golongan itu paling besar untuk wanita kulit hitam (27,8 persen) dan pria kulit hitam (18,5 persen). Untuk pria kulit putih perbedaan kedua golongan itu 14,7 persen, dan untuk wanita kulit putih (yang angka kematiannya terendah) tidak ada perbedaan antara kedua macam terapi.

Persentase pengurangan mortalitas adalah terbesar pada pasien SC dengan hipertensi ringan (tekanan diastolik 90 — 104 mm Hg pada awal penyelidikan). Sekilas, penemuan ini tampak aneh, karena dalam penyelidikan VA, keuntungan pengobatan lebih nyata bila hipertensi lebih berat. Namun harus diingat bahwa penyelidikan VA membandingkan terapi dengan obat dan plasebo; sebaliknya HDFP membandingkan terapi intensif dan disupervisi pada klinik-klinik khusus dengan terapi rutin yang diperoleh pasien dari dokter-dokter pribadi mereka. Follow-up mengungkapkan bahwa sebenarnya hanya *separuh dari golongan RC* yang benar-benar memperoleh terapi selama masa lima tahun tsb. Lebih-lebih lagi, pasien dengan hipertensi ringan jauh lebih kecil kemungkinannya untuk memperoleh terapi yang adekuat dibandingkan dengan mereka yang menderita hipertensi berat. Jadi, keterangan yang paling mungkin mengenai lebih besarnya pengaruh terapi SC pada pasien hipertensi ringan ialah: dokter-dokter pada umumnya kurang agresif dalam mengobati pasien RC yang menderita hipertensi ringan dibandingkan dengan pengobatan mereka untuk hipertensi berat. Pasien RC dengan hipertensi ringan mungkin juga kurang mendapat motivasi untuk tetap berobat. Variasi dalam pengobatan yang benar-benar diperoleh mungkin juga ikut mempengaruhi perbedaan hasil pengobatan golongan RC dan SC berdasarkan seks dan ras.

Apapun keterangannya, hasil studi HDFP telah jelas. Ada keuntungan yang dapat diperoleh dari pemberian terapi secara tekun pada pasien-pasien dengan setiap tingkat hipertensi. Dokter tak boleh lagi menganggap bahwa hipertensi ringan, asimtomatik, tidak berbahaya. Efek perlindungan obat antihipertensi mungkin memang lebih menyolok bila hipertensi berat dan risiko komplikasi kardiovaskuler lebih besar; namun demikian pasien-pasien dengan tekanan diastolik 90 — 104 mm Hg pun dapat ditolong dengan pengobatan yang memadai. Selain itu, mengingat begitu besarnya jumlah penderita hipertensi ringan, pengobatan terhadap hipertensi ringan boleh jadi memberi dampak total yang lebih besar terhadap morbiditas serta mortalitas kardiovaskuler dalam masyarakat; lebih daripada yang pernah dibayangkan.

Penyelidikan serupa HDFP — yang menyelidiki efek pengobatan hipertensi ringan — juga sedang dilakukan dalam skala

besar di Inggris, bahkan hampir selesai di Australia. Kalau kesimpulan HDPF ini benar, dan bila penyelidikan di negara-negara lain itu juga dilakukan seintensif HDPF, kita dapat mengharapkan hasil-hasil konfirmasi yang jelas, tak perlu diragukan lagi.

Sementara ini, seperti dianjurkan oleh "the National Heart, Lung, and Blood Institute", dokter-dokter yang biasa mengobati hipertensi ringan dengan kurang cermat mungkin harus mengadakan reorientasi kembali cara berpikir dan praktek mereka. Seperti halnya tidak mungkin menentukan garis tegas yang membatasi tekanan darah "normal" dan "tinggi", demikian juga sulit menentukan sampai berapa jauh tekanan diastolik perlu diturunkan. Tampaknya, bagi tekanan diastolik berlaku rumus : lebih rendah lebih baik. Tapi sampai tingkat tekanan berapa keuntungan itu akan berakhir atau hilang ?

Arnold S Relman. N Engl J Med 1980 ; 302: 293—294

Vancouver Style

Dengan diam-diam pada awal tahun 1980 ini terjadi suatu perubahan dalam dunia majalah kedokteran, yakni diterimanya "penyeragaman persyaratan penyusunan naskah" — yang dikenal sebagai Vancouver Style — oleh hampir 100 majalah kedokteran di berbagai penjuru dunia. (Ringkasan persyaratan tersebut dapat dibaca dalam CDK edisi ini pada halaman 50).

Mengapa penyeragaman tersebut perlu dilakukan ? Di negara-negara maju banyak dihasilkan karya-karya tulis untuk dimuat dalam majalah-majalah. Namun karena terbatasnya ruang dalam majalah, banyak juga naskah yang terpaksa dikembalikan kepada penulisnya. Sebagai contoh, tahun lalu redaktur British Medical Journal mengembalikan tak kurang dari 4000 naskah. Sebagian besar dari naskah retur tersebut tentu dikirim ke majalah lain oleh penulisnya. Namun karena tiap-tiap majalah mempunyai *style* sendiri-sendiri (style dalam arti : kumpulan cara-cara menyusun, merapikan dan mempersiapkan naskah hingga siap untuk dikirim ke percetakan), biasanya penulis harus menyusun kembali/mengetik kembali naskahnya bila ingin mengirimkannya ke majalah lain. Akibatnya jelas : pemborosan waktu serta tenaga. Inilah latar belakang usaha penyeragaman tersebut.

Kecuali cara penulisan kepastakaan/rujukan — yang kini harus dinomori sesuai urutan pemunculannya dalam teks — sebenarnya tidak banyak hal-hal baru dalam persyaratan

tersebut. Mengetik naskah dengan dua spasi; tiap tabel harus diketik pada halaman tersendiri; ilustrasi/gambar harus baik mutunya (profesional); semua itu "biasa" dicantumkan dalam "Petunjuk untuk Penulis" pada majalah-majalah. Lalu mengapa masalah penyusunan naskah ini ditekankan dalam editorial ini ? Karena petunjuk yang "biasa" itu kerap kali dilanggar : banyak sekali naskah yang diketik dengan 1,5 spasi untuk menghemat tempat; banyak penulis memakai kertas yang terlalu tipis; sering kali tabel diketik pada halaman teks (kecuali naskah dari penulis luar negeri, saya pribadi hampir tak pernah menjumpai naskah dengan tabel pada halaman/kertas tersendiri). Ini semua mencerminkan ketidaktahuan — dan ini dapat dimengerti — banyak penulis mengenai masalah "editing" dan pencetakan majalah. Pada hakekatnya semua persyaratan itu ditujukan untuk mempermudah proses editing dan pencetakan. Maka akan sangat membantu redaktur bila para penulis lebih memperhatikan persyaratan itu.

Masalah penyeragaman ini mungkin masih kurang relevan untuk dunia permajalahan di Indonesia pada masa ini. Naskah yang tersedia masih terlalu sedikit sehingga redaktur-redaktur majalah tidak banyak mempunyai pilihan. Namun demikian bila para dokter & peneliti kita ingin berbicara dalam forum internasional di masa mendatang, maka masalah persyaratan penyusunan naskah tersebut perlu lebih diperhatikan. Bagaimanapun bagusnya suatu karya tulis, bagaimanapun pentingnya suatu penemuan, bila naskah tersebut jelas-jelas tidak mengikuti persyaratan yang ditentukan, mungkin sulit untuk dimuat dalam majalah-majalah terkemuka.

Untuk menanamkan kebiasaan menyusun naskah sesuai dengan persyaratan tersebut ada baiknya para pembimbing mahasiswa lebih memperhatikan cara penyusunan paper/karya tulis/presentasi kasus/skripsi yang dibuat oleh mahasiswa asuhannya. Karena tidak semua orang dapat menggambar dengan baik, fakultas-fakultas kedokteran juga perlu mempertimbangkan penambahan suatu bagian, yaitu Bagian Gambar/Illustrasi, dimana para penulis dapat meminta bantuan untuk membuat gambar & grafik secara profesional.

Akhirnya, rekan-rekan redaktur majalah-majalah kedokteran & farmasi di Indonesia mungkin perlu mempertimbangkan penerimaan "Vancouver Style" tersebut untuk keseragaman style majalah di seluruh Indonesia.

E. Nugroho

Untuk CDK. nomor-nomor berikutnya para penyumbang naskah kami mohon memperhatikan persyaratan ini
Red