

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun demikian, pembedahan yang dilakukan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa. Jumlah tindakan pembedahan di dunia sangat besar, hampir dua kali lipat melebihi angka kelahiran per tahun (Amiruddin, 2018). Data Nasional Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009), menjabarkan bahwa tindakan bedah menempati urutan ke-11 dari 50 pola penyakit di Indonesia dengan persentase 12,8% (Rahmayati, 2017).

Akinbami (2011) melakukan penelitian terhadap 819 kasus prosedur bedah umum menemukan 24,7% pasien dengan 1 atau lebih komplikasi dengan mortalitas sebesar 8,9% (Akinbami Felix, 2011). Rhode (2011) meneliti 88,504 pasien post-operasi yang di rawat di ICU di Austria selama 11 tahun menemukan mortalitas di ICU sebesar 7,6% dan mortalitas di rumah sakit sebesar 11,8% (Rhodes, 2011).

Mortalitas pascaoperasi (*postoperative mortality*) adalah kematian yang terjadi oleh apapun penyebabnya yang terjadi dalam 30 hari setelah operasi di dalam ataupun di luar rumah sakit. Faktor mortalitas pada pasien terdiri dari status ASA, usia lanjut, nutrisi yang kurang baik, penyakit

komorbid, immunodepression, syok sepsis, peningkatan suhu, tatalaksana yang kurang baik, patogen infeksi nosokomial, kerusakan organ, dan peritonitis yang luas serta komplikasi pasca operasi (Puspita, 2018). Komplikasi pasca operasi yang tidak segera ditangani akan berdampak kematian bagi pasien (Baradero, 2009).

Komplikasi mayor menurut sistem skoring *Surgical Apgar Score*, yaitu : gagal ginjal akut, perdarahan yang memerlukan ≥ 4 unit transfusi darah selama 72 jam pasca operasi, henti jantung yang memerlukan RJPO (Resusitasi Jantung Paru Otak), koma selama 24 jam ataupun lebih, DVT (*Deep Vein Thrombosis*), syok sepsis, infark miokard, intubasi yang tidak direncanakan, penggunaan ventilator selama 48 jam ataupun lebih, pneumonia, emboli paru, stroke, luka operasi yang terbuka, *Surgical Site Infection*, sepsis, SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*), kegagalan graft vaskular, anastomosis yang bocor, kelenjar *cystic* yang bocor setelah tindakan *cholecystectomy*, efusi perikard yang memerlukan drainase, obstruksi gaster yang memerlukan tindakan operasi ulang, dan kematian. Gejala lain yang timbul selain yang disebutkan diatas, dikategorikan sebagai komplikasi minor (Santhoshing, 2016).

Angka morbiditas dan mortalitas yang rendah pasca operasi adalah tujuan dasar dari setiap prosedur bedah. Manajemen perioperatif yang baik salah satunya dengan monitoring hemodinamik yang bertujuan dimana penilaian tanda – tanda vital pasien pada saat intraoperasi sangat diperlukan untuk mencegah komplikasi yang ditimbulkan (Santhoshing, 2016).

Monitoring hemodinamik menjadi komponen yang sangat penting dalam perawatan pada saat intra dan pasca operasi secara harafiah hemodinamik dapat diartikan sebagai cairan atau darah dan sistem salurannya serta jantung (Zakiyyah, S. 2013).

Ahli anestesi dan ahli bedah mengantisipasi peristiwa yang tidak diinginkan pada saat perioperatif terutama pada operasi besar (laparotomi, reseksi/anastomosis, bedah vaskular, bedah saraf, operasi darurat (*emergency*)) yang terkait dengan faktor-faktor seperti usia, komorbiditas terkait, kehilangan darah operasi, dan durasi operasi (Nair, 2017). Ahli bedah membutuhkan alat prediksi untuk menilai risiko perioperatif. Beberapa algoritma yang telah digunakan atau dikembangkan untuk stratifikasi risiko seperti sistem klasifikasi Status Fisik *American Society of Anesthesiologists* (klasifikasi ASA), *The physiologic and operative severity score for enumeration of mortality and morbidity* (POSSUM), *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation* (APACHE), dan *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS). Namun, masing-masing sistem ini memiliki keterbatasan dan penggunaan yang terbatas. Meskipun klasifikasi ASA telah terbukti sebagai faktor risiko prediktif pra-operasi dalam model mortalitas, sifat subyektif dan penilaian yang tidak konsisten membuatnya kurang ideal untuk melakukan perhitungan risiko pasca operasi (Santhoshing, 2016).

Gawande et, al pada tahun 2007 menggambarkan Skor Apgar Bedah (SAS) pada tahun 2007. Skor tersebut berasal dari analisis retrospektif dari

303 pasien yang menjalani ektomi (dalam ilmu kedokteran berarti "membuang") di Brigham and Women's Hospital, Boston, MA. Skor 10 poin ini didasarkan pada nilai kehilangan darah pasien saat operasi, denyut jantung intraoperatif terendah dan tekanan arteri rata-rata terendah yang tercatat. Para penulis mengamati bahwa ketika skor meningkat, hasil akhir juga meningkat pada akhir 30 hari. Banyak makalah dan artikel yang selanjutnya menerbitkan penelitian dengan pengambilan data prospektif dan data retrospektif lalu menyimpulkan bahwa SAS bisa secara akurat memprediksi morbiditas dan komplikasi pada beberapa subspecialisasi bedah. SAS menggunakan 10-skor sistem penilaian yang telah digunakan untuk memprediksi pasca operasi secara akurat pada awal dan 30 hari komplikasi dalam semua operasi besar di terakhir dasawarsa ini (Nair, 2018).

SAS atau Skor apgar bedah (*Surgical Apgar Score*) adalah skor sederhana yang menggunakan informasi hemodinamik pada intraoperatif dan kehilangan darah pasien untuk memprediksi morbiditas dan mortalitas pasca operasi. Skor pada skala 0-10 dihitung dari tiga parameter yang dikumpulkan selama prosedur operasi, denyut jantung (HR) terendah, tekanan arteri rerata (MAP) terendah, dan perkiraan kehilangan darah (Singh, 2019).

Ketersediaan SAS (*Surgical Apgar Score*) dalam waktu yang cepat, sederhana, dan tidak mahal serta dapat segera digunakan untuk pengambilan

keputusan klinis, maka SAS (*Surgical Apgar Score*) menjadi alat yang ampuh dan dapat digunakan untuk meningkatkan keselamatan dalam operasi. SAS (*Surgical Apgar Score*) memberikan gambaran tentang bagaimana operasi berjalan dengan cara menilai kondisi pasien setelah operasi. Nilai 0 (menunjukkan kehilangan banyak darah, hipotensi, dan peningkatan HR atau asistol) sedangkan, nilai 10 (menunjukkan kehilangan darah minimal, tekanan darah normal, dan HR rendah secara fisiologis ke normal) (Haddow, 2014).

Gawande et, al dalam penelitiannya dari 767 pasien yang menjalani operasi vaskular, 29 pasien (3,8%) memiliki skor surgical < 4 dan 17 pasien (58,6%) diantara 29 pasien tersebut mengalami komplikasi mayor ataupun kematian dengan perbandingan 220 pasien dengan skor 9 dan 10, hanya 8 pasien (3,6%) yang mengalami komplikasi mayor ataupun kematian (Santhoshing, 2016).

Dengan dukungan teori, pengamatan dan *study literature* yang melakukan penelitian tentang SAS (*Surgical Apgar Score*) sebagai prediktor mortalitas pasien pasca operasi, maka penulis tertarik lebih dalam untuk mengetahui keandalan SAS sebagai prediktor mortalitas pasien pasca operasi. Tujuan dari study literature ini adalah ingin mengetahui secara spesifik SAS (*Surgical Apgar Score*) sebagai prediktor mortalitas pasien pasca operasi.

B. Rumusan Masalah

Selain ketersediannya yang sederhana, cepat digunakan, mudah untuk dipraktikkan dalam kondisi klinis, dan sebagai prediktor mortalitas pasca operasi, SAS (*Surgical Apgar Score*) juga dapat digunakan sebagai alat prognostik dokter bedah dan dokter anestesi dalam memberikan intervensi yang tepat pada pasien yang diprediksi mengalami komplikasi utama pasca operasi.

Dengan dukungan teori, pengamatan dan studi literatur yang dilakukan pada SAS (*Surgical Apgar Score*) sebagai prediktor mortalitas pasien pasca operasi diberbagai tatanan perawatan maka penulis tertarik untuk menggali pertanyaan penelitian:

1. Bagaimanakah SAS (*Surgical Apgar Score*) sebagai prediktor mortalitas pasien pasca operasi?
2. Bagaimana prosedur penggunaan SAS (*Surgical Apgar Score*) sebagai prediktor mortalitas pasca operasi?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diketuinya SAS (*Surgical Apgar Score*) sebagai prediktor mortalitas pasien pasca operasi.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya kehilangan darah (EBL), denyut jantung (HR) terendah dan mean arterial pressure (MAP) terendah pada mortalitas pasien pasca operasi
- b. Diketuainya prosedur penggunaan SAS (*Surgical Apgar Score*) sebagai prediktor mortalitas pasca operasi

D. Ruang Lingkup

Adapun ruang lingkup penelitian dalam review literatur ini yaitu semua jenis penelitian yang menggunakan SAS (*Surgical Apgar Score*) sebagai prediktor mortalitas pasien pasca operasi

E. Manfaat

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambahkan teori dalam pengembangan ilmu keperawatan anestesi dan keperawatan bedah.

2. Manfaat Praktis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

a. Perawat Anestesi

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan yang baik dan dapat memberikan intervensi keperawatan yang tepat untuk mengurangi angka mortalitas pasien pasca operasi.

b. Institusi Rumah Sakit

Sebagai suatu sistem penilaian atau alat ukur yang baru untuk digunakan di Rumah Sakit.

c. Bagi Prodi D - IV Keperawatan Jurusan Keperawatan Anestesi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan menambah sumber kepustakaan.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai sumber informasi dan dapat dikembangkan untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan topik tersebut.