

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembedahan merupakan semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka bagian tubuh yang akan dilakukan penanganan. Pembukaan umumnya dilakukan dengan membuat sayatan lalu dilakukan penanganan dan diakhiri penutupan luka dengan dijahit (Syamsuhidajat, 2010). Setiap pembedahan tidak terlepas dari risiko pembedahan yang akan menyertai. Risiko pembedahan tersebut dapat berupa komplikasi perioperatif maupun kematian.

Teknik anestesi baik *general* maupun *spinal* adalah cara pembiusan yang dilakukan sesuai dengan indikasi pasien. Operasi yang memakan durasi lama dan berada pada lokasi yang tinggi biasanya akan dilakukan *general* anestesi. Namun ada beberapa pengecualian sehingga dilakukan *spinal* anestesi seperti kondisi yang menuntut masa rawat inap yang pendek dan rasa sakit yang terkontrol pada masa postoperatif. Dalam penelitian Imbelloni LE dkk yang meneliti perbandingan risiko pembedahan antara *spinal* anestesi dan *general* anestesi pada operasi *laparoscopic cholecystectomy* didapatkan hasil jika *general* anestesi memiliki risiko pembedahan yang lebih tinggi. Teknik *general* anestesi meningkatkan risiko mortalitas, risiko pneumonia, risiko komplikasi jantung dibandingkan dengan penggunaan teknik *spinal* anestesi (Imbelloni dkk, 2010).

Menurut Moonesinghe (2011), morbiditas dan mortalitas perioperatif merupakan suatu isu utama kesehatan masyarakat saat ini. Diperkirakan terdapat 234 juta kasus bedah setiap tahun di seluruh dunia dengan mortalitas pembedahan terjadi antara 0,4% sampai 0.8% sementara komplikasi terjadi antara 3% sampai 17%.

Banyak faktor risiko yang dapat menimbulkan komplikasi pada masa perioperatif. *National Surgical Quality Improvement Project* (NSQIP) merilis sebanyak 21 faktor risiko yang terdapat di dalam *Surgical Risk Calculator* yang dikembangkannya untuk menilai besar risiko komplikasi diantaranya adalah jenis pembedahan, praoperatif kreatinin serum lebih dari 3 mg/dL, penyebaran kanker hingga organ utama, usia lanjut, *American Society of Anesthesiologist class*, dan status fungsional praoperatif (Ma Krizia dkk, 2018). Alat ini terus dikembangkan dan telah dilakukan validasi ekterna dengan *Ravised Cardiac Risk Index* (RCRI) yang telah digunakan secara luas.

Pada tahun 2013 di USA oleh Bilimoria dkk dilakukan studi pengembangan dan evaluasi ACS NSQIP *Surgical Risk Calculator* dari tahun 2009-2012 pada 88.334 kasus *multiple operation* (contohnya *colectomy, laparoscopic, colectomy, pancreatectomy*) dan didapatkan hasil angka mortalitas sebanyak 4 %, morbiditas 24.4%, 3.3% mengalami pneumonia, 1.8% mengalami cardiac event dan 11.9% mengalami infeksi luka operasi dengan hasil prediksi *surgical risk calculator* yang akurat dalam menilai risiko pembedahan(Bilimoria dkk, 2013).

Studi kohort *single-centre prospective validation* yang menyelidiki *surgical risk calculator* dalam penerapannya untuk memprediksi risiko pembedahan yang dilakukan oleh Krizia dkk di Filipina pada 424 pasien perioperatif *non cardiac surgery* dari tahun 2016-2017 mengungkapkan 3% mengalami kematian (mortalitas), 14% mengalami kecacatan (morbiditas), dan 14% mengalami pneumonia. Studi ini mendapatkan hasil prediksi *surgical risk calculator* akurat dalam menilai risiko mortalitas, morbiditas, risiko pneumonia, dan risiko komplikasi jantung di populasi Asia (Ma Krizia dkk, 2018).

Data pasti yang mengungkapkan angka kematian dan komplikasi perioperatif di Indonesia belum tersedia. Data di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menyebutkan dari bulan januari- juli 2019 lebih dari 5000 pembedahan telah dilakukan dengan sebanyak 60% atau sekitar 247 pasien perbulannya dilakukan *general* anestesi. Dengan angka infeksi luka operasi pada januari –april 2015 adalah sebesar 1.8% dan angka komplikasi jantung perioperatif sebesar 1.1%. (Yulianti, 2015; Wihantoro, 2017).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSUD Kota Yogyakarta, pasien yang menjalani pembedahan sebanyak rata-rata 4-5 orang perhari dengan pasien *general* anestesi sekitar 60% nya dan angka mortalitas perioperatif sebesar 1.2% di tahun 2019.

Surgical Risk Calculator adalah instrumen yang digunakan dalam membantu prediksi risiko pembedahan untuk pengembangan kualitas

bedah yang telah digunakan di Amerika dan telah divaliditas di Filipina. Di Indonesia, *surgical risk calculator* belum digunakan secara bebas dan belum dilakukan validitas. Risiko bedah di Indonesia biasa dinilai dengan mengandalkan firasat yang didasari pengalaman dan pengetahuan tenaga kesehatan terutama ahli bedah yang akurasinya tidak tetap karena bergantung pada penilaian personal yang berbeda-beda.

Status sosial ekonomi adalah ukuran gabungan dari kedudukan ekonomi dan sosiologis individu. Hal Ini adalah penilaian kompleks yang diukur dalam berbagai cara yang menjelaskan pengalaman kerja seseorang dan posisi ekonomi dan sosial dalam hubungannya dengan orang lain, berdasarkan pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan. Penelitian yang dilakukan Erreygers dkk telah mengemukakan jika status sosial ekonomi telah menjadi penentu kuat dalam hal kesehatan; sebagai aturan umum, orang kaya cenderung dalam kesehatan yang lebih baik dibandingkan orang dengan status yang lebih rendah (Erreygers dkk, 2013)

Status sosial ekonomi memiliki dampak signifikan dengan penyakit. Penelitian-penelitian yang mendukung diantaranya *Australian Institute of Health and Welfare* (2019) yang meneliti status sosial ekonomi dengan penyakit kardiovaskular, diabetes dan gagal ginjal kronik berdasarkan data di Australia dan Sahni Sonu dkk (2017) yang meneliti status sosial ekonomi dengan penyakit pernafasan.

Status sosial ekonomi yang memiliki pengaruh pada status kesehatan berdampak pada faktor-faktor risiko yang dimiliki seseorang

saat akan menjalani pembedahan (Ultee dkk, 2018). Gambaran kesehatan yang ditampakkan oleh status sosial ekonomi dapat dijadikan sebagai pengkajian tambahan pada pasien untuk mendeteksi risiko pembedahan dan dilakukannya upaya preventif untuk pencegahan timbulnya risiko tersebut. Upaya preventif sangat penting dilakukan untuk pelayanan yang paripurna dan keefektifan biaya sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan antara status sosial ekonomi dengan risiko pembedahan pada pasien yang menjalani prosedur pembedahan dengan *general* anestesi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “Apakah terdapat Hubungan antara Status Sosial Ekonomi dengan Risiko Pembedahan menggunakan *Surgical Risk Calculator* pada Pasien *General Anestesi*?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahuinya hubungan antara status sosial ekonomi dengan risiko pembedahan menggunakan *surgical risk calculator* pada pasien *general anestesi* di RSUD Kota Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahuinya karakteristik pasien *general anestesi* di RSUD Kota Yogyakarta.

- b. Diketuainya proporsi status sosial ekonomi pada pasien *general* anestesi di RSUD Kota Yogyakarta.
- c. Diketuainya proporsi risiko pembedahan menggunakan *surgical risk calculator* pada pasien *general* anestesi di RSUD Kota Yogyakarta.
- d. Diketuainya rasio prevalen antara status sosial ekonomi dengan risiko pembedahan menggunakan *surgical risk calculator* pada pasien *general* anestesi di RSUD Kota Yogyakarta.
- e. Diketuainya keeratan hubungan antara status sosial ekonomi dengan risiko pembedahan menggunakan *surgical risk calculator* pada pasien *general* anestesi di RSUD Kota Yogyakarta

D. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam ruang lingkup keilmuan keperawatan anestesi dan keperawatan medikal bedah.

2. Ruang Lingkup Materi

Lingkup materi yang digunakan adalah status sosial ekonomi dengan risiko pembedahan menggunakan *surgical risk calculator* pada pasien *general* anestesi.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan untuk kajian pengembangan ilmu keperawatan anestesi dan keperawatan

medikal bedah tentang hubungan antara status sosial ekonomi dengan risiko pembedahan menggunakan *surgical risk calculator* pada pasien *general* anestesi.

2. Manfaat Praktis

a. RSUD Kota Yogyakarta

Sebagai salah satu bahan masukan dan informasi dalam pertimbangan standar status sosial ekonomi sebagai *assasment* praoperatif dikedepannya.

b. Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Sebagai salah satu referensi dan sumber pelajaran dalam pengembangan ilmu keperawatan anestesi dan keperawatan medikal bedah khususnya dalam studi lanjutan terhadap hubungan antara status sosial ekonomi dengan risiko pembedahan menggunakan *surgical risk calculator* pada pasien *general* anestesi

c. Bagi Perawat Anestesi dan Perawat Bedah di Lapangan

Sebagai tambahan pengetahuan dan bahan pertimbangan dalam penyusunan lembar observasi terhadap status sosial ekonomi dalam pertimbangan operasi

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi tambahan untuk dapat dilanjutkan tentang risiko pembedahan dengan variabel atau metode yang lain.

e. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti mengenai hubungan antara status sosial ekonomi dengan risiko pembedahan menggunakan *surgical risk calculator* pada pasien *general* anestesi.

F. Keaslian Penelitian

Peneliti belum menemukan penelitian khusus tentang hubungan antara status sosial ekonomi dan risiko komplikasi operasi pada *general* anestesi, tetapi peneliti menemukan beberapa penelitian yang sudah pernah dilakukan sebelumnya namun berbeda variabel diantaranya :

1. Ultee, dkk (2018) meneliti tentang *the relation between household income and surgical outcome in the Dutch setting of equal acces to and provision of healthcare*. Hasil dari penelitian ini menyimpulkan status sosial ekonomi yang rendah memiliki hubungan dalam meningkatkan kematian secara keseluruhan dan kardiovaskuler pada pasien pembedahan.

Persamaan pada penelitian ini terdapat pada bentuk data yang kualitatif dan dilakukan dalam batas waktu tertentu. Selain itu variabel terikat pada penelitian ini sama yaitu *surgical outcomes* yang didalamnya termasuk mortalitas dan komplikasi perioperatif dalam 30 hari.

Perbedaan dari penelitian ini adalah teknik pengambilan sampelnya dan uji statistiknya. Pada penelitian Ultee dkk

menggunakan sampel jenuh sedangkan peneliti menggunakan *accidental random sampling*. Uji statistik yang digunakan pada penelitian Ultee dkk adalah *cox proportional hazard* sedangkan peneliti menggunakan uji *chi square* dengan *fisher's exact test*. Pengukuran variabel status sosial ekonomipun berbeda, pada penelitian yang dilakukan Ultee dkk menggunakan hanya pendapatan sedangkan peneliti menggunakan 4 aspek yaitu pendidikan, pendapatan, jabatan sosial, dan ukuran kepemilikan barang berharga. Selain itu pada *surgical outcomes*, peneliti mengukur menggunakan *surgical risk calculator* bukan dengan pengamatan selama masa rawat dari data medis.

2. Stenberg E, dkk (2019) yang meneliti tentang *the impact of socioeconomic factors on the early postoperative complication rate after laparoscopic gastric bypass surgery: a register-based cohort study*. Hasil penelitian ini adalah faktor status sosial ekonomi mempengaruhi komplikasi dini postoperatif setelah *laparoscopic gastric bypass surgery*.

Persamaan pada penelitian ini adalah pada variabelnya yaitu status sosial ekonomi dan komplikasi perioperatif.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada teknik penelitian yang menggunakan desain *kohort* sedangkan peneliti menggunakan *crosssectional*. Pengambilan data status sosial ekonomipun memiliki perbedaan, pada penelitian Stenberg dkk, data diambil dari Swedia

statistika dan populasi terdaftar sedangkan peneliti menggunakan kuesioner.

3. Van Den Berg I, dkk (2019) yang meneliti tentang *low socioeconomic status is associated with worse outcomes after curative surgery for colorectal cancer: Results from a large, multicenter study*. Hasil dari penelitian ini adalah status sosial ekonomi yang rendah memiliki hubungan dalam meningkatkan risiko komplikasi postoperatif dan *poor cancer-specific survival*.

Persamaan pada penelitian ini adalah pada variabelnya yaitu status sosial ekonomi dan komplikasi perioperatif.

Perbedaan pada penelitian ini adalah dalam uji statistik cara pengambilan data. Pada penelitian yang dilakukan Van Den Berg dkk, uji statistik dilakukan dengan *cox proportional hazard* dan data diambil secara retrospektif dan data status sosial ekonomi diambil menggunakan data statistik Inggris. Sedangkan peneliti menggunakan uji *chi-square* dengan *fisher's exact test* dan data diambil secara *observasional crossectional* dengan pengambilan status sosial ekonomi menggunakan kuesioner.