

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Teori

1. Pembedahan

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 dapat didefinisikan sebagai risiko mortalitas, perkembangan penyakit baru atau kondisi medis, ataupun kemunduran kondisi medis yang sudah ada sebelumnya yang berkembang pada periode intraoperatif hingga pascaoperatif yang secara langsung akan ditangani dengan pengobatan bedah. Esensi dari risiko pembedahan biasanya dikaitkan dengan kesehatan keseluruhan pasien dan disederhanakan ke sejumlah faktor yang tidak menguntungkan terkait pasien dimana faktor yang dapat dimodifikasi akan dilakukan tatalaksana untuk mengurangi risikonya (Maxim dkk, 2019).

Diantara Risiko Pembedahan yang dapat terjadi pada pasien adalah mortalitas dan komplikasi perioperatif.

2. Mortalitas

Mortalitas merupakan ukuran jumlah kematian yang umumnya disebabkan oleh hal yang spesifik. Mortalitas atau kematian adalah keadaan menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen, yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup. (Soemitro dan Hardiyanto, 2018)

Mortalitas atau kematian adalah risiko yang tidak dapat dilepas dalam pembedahan. Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan peningkatan mortalitas operatif diantaranya adalah usia, jenis kelamin, kreatinin serum, komplikasi jantung, penyakit saluran nafas kronik, disfungsi neurologis berat, operasi emergensi, kondisi praoperatif kritis maupun hipotensi maupun hipertensi. (CA Santos dkk, 2014).

a. Faktor Risiko Internal Mortalitas

Menurut Alfana dkk (2015) faktor internal adalah faktor risiko yang berasal dalam diri manusia seperti :

1) Umur

Umur adalah faktor yang signifikan dalam menentukan mortalitas. Suryaningsih (2017) dalam penelitiannya telah membuktikan pengaruh usia yang secara signifikan mempengaruhi kematian maternal. Dalam bedah maternal, semakin tinggi usia ibu maka akan semakin tinggi risiko kematiannya. Sedangkan dalam bedah umum, usia lanjut adalah faktor risiko yang memberatkan mortalitas.

2) Jenis Kelamin

Harapan hidup laki-laki lebih rendah daripada perempuan. Laki-laki cenderung memiliki lebih banyak penyakit kardiovaskular dibanding wanita. (Eileen dkk, 2018)

3) Penyakit

Semakin banyak penyakit yang diderita maka akan semakin meningkatkan angka mortalitas. (Anorital, 2015)

b. Faktor Risiko Eksternal Mortalitas

Menurut Alfana dkk (2015) faktor eksternal adalah faktor risiko yang bersumber dari luar diri manusia yaitu :

1) Tekanan psikis maupun fisik

Penderita dengan tekanan psikis maupun fisik cenderung mengalami depresi sehingga memiliki pola hidup yang tidak sehat dan menyebabkan meningkatkan risiko kematian (Stephen dkk, 2017).

2) Tingkat Pendidikan dan Pendapatan

Tingkat pendidikan dan pendapatan adalah salah satu faktor yang menyusun status sosial ekonomi (Soekanto, 2010). Tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan dan memahami kondisi tubuh terutama dalam kondisi kegawatdaruratan karena suatu penyakit yang dimiliki. Pendapatan sejalan dengan daya beli dan kesadaran masyarakat dalam permintaan jumlah barang atau jasa kesehatan.

3) Tingkat pencemaran lingkungan

Tingkat pencemaran lingkungan adalah penyebab kematian terbesar di dunia. WHO menyatakan pencemaran udara adalah penyebab 16% kematian sebab kanker paru-paru, 25% kematian karena PPOK, 17% iskemik jantung dan stroke, dan 26% kematian karena infeksi saluran nafas.(WHO, 2016)

4) Fasilitas kesehatan

Masyarakat yang tinggal dikota cenderung memiliki sumber daya fasilitas kesehatan yang lengkap dibandingkan dengan masyarakat di desa. (Suryaningsih, 2017)

c. Penatalaksanaan Risiko Mortalitas

Penatalaksanaan risiko mortalitas karena pembedahan dapat dilakukan dengan banyak cara terutama sebelum dilakukan operasi dengan meminimalisir faktor risiko yang memiliki kemampuan untuk dimodifikasi seperti penyakit yang bisa mendapatkan terapi medis sesuai penyakitnya untuk mencapai kondisi yang optimal dalam menjalani pembedahan. (Sabiston, 2011).

Faktor fasilitas kesehatan dapat dikendalikan dengan membangun dan memperluas kapasitas untuk pelayanan kesehatan. Selain itu untuk mencegah komplikasi pada masa postoperatif perlu dibangun sistem perawatan pascaoperasi yang matang dalam mengelola dan mencegah komplikasi sehingga tidak menyebabkan kematian. Strategi-strategi lain adalah dengan mengadopsi dan

penggunaan teknologi dasar, pengembangan standar pemantauan, dan penggunaan daftar periksa keselamatan bedah. (Debas HT dkk, 2015).

3. Komplikasi Perioperatif

Menurut KBBI, komplikasi adalah penyakit yang timbul kemudian sebagai tambahan pada penyakit yang sudah ada. Sedangkan istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu fase praoperatif, fase intraoperatif, dan fase postoperatif. Masing-masing fase dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula yang membentuk urutan peristiwa pengalaman bedah. (Brunner & Suddath, 2013).

Fase praoperatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri saat pasien dikirim ke meja operasi. Fase intraoperatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif. Sedangkan fase postoperatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan atau ruang intensif dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik maupun di rumah. (HIPKABI, 2014).

Sehingga dapat disimpulkan jika komplikasi perioperatif adalah hal-hal baru yang timbul dan merugikan pasien selama masa praoperatif, intraoperatif maupun postoperatif. Komplikasi perioperatif dapat berupa pneumonia, intubasi tak terencana, ketergantungan

ventilator, *cardiac arrest* atau *myocardial infarction*, stroke atau koma lebih dari 24 jam, gagal ginjal akut, perdarahan, sepsis, infeksi luka operasi, *wound dehiscence*, *venous thromboembolism*, dan infeksi saluran kemih. (Diana, 2017).

a. Pneumonia

Pneumonia adalah inflamasi parenkim paru yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme termasuk bakteri, jamur, dan virus. (Brunner & Suddarth, 2013).

Patogenesis pneumonia adalah multifaktoral, dan biasanya dimulai dengan kolonisasi bakteri di saluran pencernaan, aspirasi saluran nafas yang terkontaminasi, dan berkurangnya pertahanan inang (penyakit kritis, komorbiditas, atau obat-obatan). Biasanya disebabkan oleh bakteri, kadang-kadang *polymicrobial* terutama pada pasien yang berisiko aspirasi. Sebagian besar kasus pneumonia pembedahan disebabkan oleh bakteri gram-negatif *Staphylococcus aureus*, aerobik termasuk *Pseudomonas*, *Klebsiella*, dan *Enterobacter sp.*(Morad dkk, 2017).

1) Fator Risiko Pneumonia

Faktor-faktor yang mempengaruhi pneumonia menurut Sabiston (2011) adalah sebagai berikut:

a) Merokok

Merokok merupakan faktor risiko yang bermakna. Perokok cenderung lebih mudah untuk mengembangkan

infeksi pernafasan yang disebabkan oleh mikroba sehingga meningkatkan risiko pneumonia (Liapikou dkk, 2016). Menurut Sahan Ceyda, dkk (2018) kebiasaan merokok cenderung dimiliki oleh orang dengan status sosial ekonomi yang rendah.

b) Kondisi Medis

NHLBI (*National Heart, Lung, and Blood Institute*) menyebutkan kondisi medis yang dapat menyebabkan pneumonia diantaranya adalah usia yang melebihi 65 tahun, PPOK, penyakit jantung, diabetes, dan orang yang memiliki sistem imunitas yang lemah. (NHLBI, 2018).

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) sejauh ini merupakan faktor risiko terpenting dalam meningkatkan kejadian pneumonia. Status fungsional pasien dengan PPOK harus dievaluasi kemampuannya secara terperinci untuk menaiki tangga, berjalan, dan melakukan tugas sehari-hari untuk menggolongkan risiko. (Sabiston, 2011).

Faktor risiko usia, jenis kelamin, dan status fungsional adalah faktor risiko pneumonia yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang dapat dimodifikasi khusus bedah adalah beban bakteri mulut, volume paru, dan status merokok. (Morad dkk, 2017).

2) Penatalaksanaan Risiko Pneumonia

Untuk menurunkan risiko pada pasien perokok, pasien harus berhenti merokok 8 minggu sebelum pembedahan, tetapi tetap ada keuntungan fisiologis jika keadaan darurat dan pasien berhenti merokok setidaknya 48 jam prabedah. Peningkatan volume paru dengan tindak toilet paru menggunakan spirometri insentif berpotensi efektif menurunkan komplikasi pneumonia. Antibiotik tidak mengurangi komplikasi pneumonia jika tidak ada infeksi prabedah. pada penderita gangguan jalan nafas obstruktif, bronkodilator mungkin diperlukan dalam periode perioperatif. Bila memungkinkan, operasi terencana harus ditunda pada pasien yang mengalami gejala serangan asma. (Sabiston, 2011).

b. Komplikasi Jantung

Penyakit kardiovaskular akan meningkat seiring dengan meningkatnya usia. Seiring berjalannya waktu, kelompok lanjut usia merupakan jumlah terbesar dalam pembedahan sehingga kejadian komplikasi jantung semakin rawan terjadi. (Idrus, 2012).

The American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement (ACS-NSQIP) mengklasifikasikan dalam instrumen *surgical risk calculator* yang termasuk dalam komplikasi jantung adalah *cardiac arrest* dan *myocardial infarction*. *Cardiac arrest* adalah kondisi tidak adanya irama

jantung sehingga dibutuhkan CPR atau *cardiopulmonary resuscitation* segera. Sedangkan *Myocardial infarction* adalah kondisi ECG yang berubah dan elevasi baru di tropin. (ACS-NSQIP, 2019).

1) Faktor Risiko Komplikasi Jantung

Pada pasien yang akan menjalani operasi non kardiak bila diketahui menderita penyakit jantung koroner (PJK) atau onset baru gejala dan tanda yang dicurigai PJK maka risiko terjadinya komplikasi jantung akan semakin tinggi sehingga perlu dilakukan penilaian awal (*baseline*) terhadap kondisi jantung. (Idrus, 2012).

Faktor-faktor lain yang dapat memunculkan komplikasi jantung adalah hipertensi, gagal jantung, gagal ginjal, sepsis, maupun *pulmonary embolism*. (Srinivas dan Djaiani, 2018).

Idrus (2012) menjelaskan untuk memprediksi komplikasi jantung yang mungkin terjadi pada pasien dapat dilakukan dengan mengidentifikasi enam risiko independen yang terkait yaitu :

- a) Penyakit jantung iskemik , didefinisikan sebagai riwayat infark miokard, riwayat tes *treadmill* positif, penggunaan nitrogliserin, keluhan nyeri dada yang

baru terjadi yang diduga sekunder karena iskemia koroner, atau EKG dengan gelombang Q abnormal.

- b) Gagal jantung kongestif, didefinisikan sebagai riwayat gagal jantung, edema paru, edema perifer, ronki bilateral, S3 atau redistribusi vaskular paru pada foto dada.
- c) Penyakit vaskular serebral, seperti riwayat *transient ischemic attack* atau stroke.
- d) Operasi risiko tinggi, seperti aneurisma aorta abdominalis atau vaskular lain, toraks, abdomen, atau operasi ortopedi.
- e) Terapi insulin praoperatif pada pasien diabetes melitus
- f) Kadar kreatinin praoperatif lebih dari 2 mg/dL.

Menurut Idrus (2012), faktor lain seperti usia lanjut (lebih dari 70 tahun), EKG abnormal (hipertrofi ventrikel kiri, blok cabang berkas kiri, abnormalitas ST-T), irama selain sinus, dan hipertensi yang tak terkontrol merupakan prediktor minor yaitu petanda penyakit kardiovaskular yang tidak menunjukkan peningkatan risiko perioperatif independen.

Risiko komplikasi jantung lebih banyak dialami oleh seseorang dengan status sosial ekonomi yang rendah

disebabkan etiologi penyakit jantung lebih banyak ditemukan pada lapisan masyarakat tersebut. (Ultee dkk, 2018)

2) Tatalaksana Risiko Komplikasi Jantung

Pasien yang berisiko mengalami komplikasi jantung perioperatif memerlukan pemeriksaan tambahan untuk menentukan perlu tidaknya terapi optimalisasi. EKG prabedah diperlukan pada pasien risiko tinggi atau risiko sedang dengan riwayat nyeri dada yang baru didapat atau iskemia, pada pasien yang direncanakan mendapat tindakan bedah risiko tinggi atau sedang, serta pada pasien diabetes melitus. EKG juga dianjurkan pada pasien dengan revaskularisasi koroner, laki-laki berusia >45 tahun dan perempuan berusia >55 tahun dengan faktor risiko, serta pasien dengan riwayat rawat inap sebelumnya karena gangguan jantung. (Sabiston, 2011).

Tatalaksana untuk faktor risiko komplikasi jantung yang disebabkan riwayat infark miokard atau gelombang Q abnormal dapat dilakukan dengan stratifikasi risiko selama penyembuhan. Jika tes stres terakhir tidak menunjukkan risiko iskemia miokard residu, kecenderungan reinfark setelah operasi non kardiak adalah rendah. Banyak ahli menyarankan untuk penundaan

operasi selama 4 sampai 6 minggu setelah infark miokard. (Idrus, 2012).

Pemeriksaan dengan beban dan latihan berguna untuk stratifikasi risiko. Ketidakmampuan mencapai tingkatan latihan terendah atau adanya perubahan EKG dengan latihan menunjukkan bahwa pasien mempunyai risiko yang bermakna. (Sabiston, 2011).

4. General Anestesi

Anestesi merupakan suatu tindakan untuk menghilangkan rasa sakit ketika dilakukan pembedahan dan berbagai prosedur lain yang menimbulkan rasa sakit, dalam hal ini rasa takut perlu ikut dihilangkan untuk menciptakan kondisi optimal bagi pelaksanaan pembedahan (Sabiston, 2011).

Teknik *general* anestesi meningkatkan risiko mortalitas, risiko pneumonia, risiko komplikasi jantung dibandingkan dengan penggunaan teknik *spinal* anestesi (Imbelloni dkk, 2010). Dalam teknik general anestesi, petugas yang memberikan anestesi sangat penting mengetahui stadium anestesi terutama dalam menentukan stadium atau saat yang tepat untuk melakukan pembedahan pada pasien. Disamping itu pemahaman tentang perjalanan dari stadium ke stadium berikutnya sangat penting agar petugas mampu mengantisipasi segala kemungkinan yang terjadi dan mampu mengatasi penyulit-penyulit yang mengancam pasien selama dibius. (Mangku dan Tjokroda, 2010).

a. Teknik anestesi umum

Anestesi umum menurut Mangku dan Tjokorda (2010), dapat dilakukan dengan 3 teknik, yaitu:

1) Anestesi umum intravena

Teknik ini dilakukan dengan menyuntikkan obat anestesi parenteral baik obat yang berkhasiat hipnotik, analgesik maupun pelumpuh otot langsung ke dalam jalur pembuluh darah vena.

2) Anestesi umum inhalasi

Teknik anestesi umum yang dilakukan yaitu dengan jalan memberikan kombinasi agen anestesi inhalasi yang berupa gas dan atau cairan yang mudah menguap melalui alat/ mesin anestesi langsung ke udara inspirasi.

3) Anestesiimbang

Teknik anestesi ini mempergunakan kombinasi obat-obatan baik obat anestesi intravena maupun obat anestesi inhalasi atau kombinasi teknik anestesi umum dengan analgesia regional untuk mencapai trias anestesi secara optimal dan berimbang.

Tabel 1. Obat-Obat Anestesi Umum

Obat-obatan anestesi intravena	Obat-obatan anestesi inhalasi
1) Propofol	1) Oksida Nitrosa
2) Ketamin HCL	2) Isofluran
3) Fentanil	3) Desfluran
4) Midazolam	4) Sevofluran
5) Rokuronium Bromide	
6) Atrakurium	
7) Atrophin Sulfat	
8) Pethidin	
9) Neostigmin	
10) Efedrin Sulfat	

Sumber : Omoigui (2002)

5. Status Sosial Ekonomi

a. Pengertian

Status sosial ekonomi adalah keadaan yang menggambarkan kedudukan suatu keluarga dalam masyarakat berdasarkan kepemilikan materi maupun lainnya yang menunjukkan status sosial ekonomi individu tersebut (Nurjanah, 2014).

Status sosial ekonomi adalah ukuran gabungan dari kedudukan ekonomi dan sosiologis individu. Sebuah 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. 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).

Penelitian-penelitian telah dilakukan dalam menyelidiki status sosial ekonomi dan kaitannya dengan status kesehatan diantaranya adalah *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.

Menurut Soerjono Soekanto (2010), status sosial ekonomi adalah tempat seseorang secara umum dalam masyarakatnya sehubungan dengan orang-orang lain, dalam arti lingkungan pergaulannya, prestisnya, dan hak-hak serta kewajiban-kewajibannya. Soekanto membagi status menjadi dua macam yaitu

1) *Ascribed Status*

Ascribed Status adalah kedudukan seseorang dalam masyarakat tanpa memerhatikan perbedaan-perbedaan rohaniah dan kemampuan. Kedudukan tersebut diperoleh karena kelahiran misalnya kedudukan anak seorang bangsawan adalah bangsawan pula.

2) *Achived Status*

Achived Status adalah kedudukan yang dicapai oleh seseorang dengan usaha-usaha yang disengaja. Kedudukan ini tidak diperoleh atas dasar kelahiran. Akan tetapi, bersifat

terbuka bagi siapa saja tergantung dari kemampuan masing-masing dalam mengejar serta mencapai tujuan-tujuannya.

b. Pengukuran Status Sosial Ekonomi

Pengukuran status sosial ekonomi perlu dilakukan untuk mengetahui status sosial ekonomi seseorang berdasarkan tingkatan ke atas dan ke bawah. Menurut Soekanto (2010) ukuran atau kriteria yang biasa dipakai untuk menggolongkan anggota-anggota masyarakat ke dalam suatu lapisan masyarakat adalah sebagai berikut:

1) Ukuran Kekayaan

Barangsiapa yang memiliki kekayaan paling banyak, termasuk dalam lapisan teratas dan yang memiliki kekayaan yang sedikit maka akan dimasukkan dalam lapisan bawah. Mereka yang memiliki kekayaan paling banyak dapat diukur melalui bentuk rumah, jumlah kendaraan pribadi, kebiasaan berbelanja barang-barang mahal dan lain-lain.

2) Ukuran Kekuasaan

Barangsiapa yang memiliki kekuasaan atau mempunyai wewenang terbedar akan menempati lapisan atas. Kekuasaan adalah jembatan yang memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup untuk memperoleh pendapatan.

3) Ukuran Kehormatan

Ukuran kehormatan bisa jadi terlepas dari kekayaan dan atau kekuasaan. Ukuran semacam ini banyak ditemukan pada masyarakat-masyarakat tradisional yang masih kental dengan adat.

4) Ukuran Ilmu Pengetahuan

Ilmu pengetahuan dapat dimaksudkan dengan tingkat pendidikan dan yang memiliki level tinggi adalah gelar sarjana. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah dalam memperoleh pekerjaan sehingga semakin banyak pula penghasilan yang diperoleh. Dengan pendidikan seseorang dapat memperluas keilmuan, meningkatkan kemampuan dan potensi serta membuat seseorang lebih peka terhadap setiap gejala-gejala sosial yang muncul.

Menurut *American Psychological Association* (2019), status sosial ekonomi dapat diukur dengan indikator berikut :

1) Pendidikan

Pendidikan dapat diukur dengan menggunakan variabel kontinu (misalnya tahun tertinggi sekolah selesai) atau variabel kategori (misalnya skala 1-4 yang menunjukkan nilai tertinggi selesai). Tingkat pendidikan yang lebih tinggi sering dikaitkan dengan hasil ekonomi yang lebih baik, serta perluasan sumber daya sosial.

2) Pendapatan

Pendapatan dapat diukur dengan berbagai cara termasuk pendapatan keluarga, penilaian kekayaan, dan penilaian subyektif dari tekanan ekonomi. Kurangnya pendapatan telah ditemukan terkait dengan kesehatan yang memburuk, terutama karena berkurangnya akses ke barang dan jasa (seperti perawatan kesehatan) yang dapat bermanfaat bagi kesehatan.

Berdasarkan penggolongan BPS (Badan Pusat Statistik, 2008) membedakan pendapatan penduduk menjadi 4 golongan yaitu:

- a) Golongan pendapatan sangat tinggi adalah jika pendapatan rata-rata lebih dari Rp3.500.000 per bulan.
- b) Golongan pendapatan tinggi adalah jika pendapatan rata-rata antara Rp2.500.000 s/d Rp.3.500.000 per bulan
- c) Golongan pendapatan sedang adalah jika pendapatan rata-rata adalah Rp1.500.000 s/d Rp2.500.000 per bulan
- d) Golongan pendapatan rendah adalah jika pendapatan rata-rata dibawah Rp1.500.000 per bulan.

3) Jabatan Sosial

Jabatan sosial dapat diukur dengan meminta peserta untuk mencatat jabatan mereka. Jabatan sosial dapat meningkatkan kesehatan fisik dan mental seseorang dan memperluas jejaring sosial.

Seseorang yang memiliki jabatan kekuasaan dan wewenang di masyarakat akan lebih disegani dan dihormati oleh masyarakat. Jabatan tersebut dapat berupa tokoh agama, lurah, ketua RT, dan perangkat desa lainnya (Ernawati, 2017).

4) Ukuran Kepemilikan Barang Berharga

Ukuran barang berharga diperlukan untuk menghitung kemiskinan. Hal ini dapat diukur menggunakan pertanyaan subyektif maupun dengan menilai barang kepemilikan. Seseorang yang memiliki barang berharga akan lebih terpendang di lingkungan masyarakat (Ernawati, 2017).

6. *Surgical Risk Calculator*

Surgical risk calculator adalah alat ukur yang dikembangkan oleh *The American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement (ACS-NSQIP)* pada tahun 2013 yang memuat hasil 13 komplikasi yang mungkin bisa terjadi selama 30 hari masa perioperatif. Instrumen ini terus melakukan evaluasi hingga evaluasi terakhir dilakukan pada tahun 2017. Instrumen ini menggunakan 20 prediktor berdasarkan kondisi pasien dan 1 prediktor berdasarkan jenis prosedur pembedahan yang akan dijalani pasien yang dimuat dalam CPT kode yang memiliki lebih dari 1.500 prosedur pembedahan dari seluruh subspecialis. Pengelolaan hasil data menggunakan sistem digital berbasis web online yang dapat diakses di <http://riskcalculators.facs.org>.

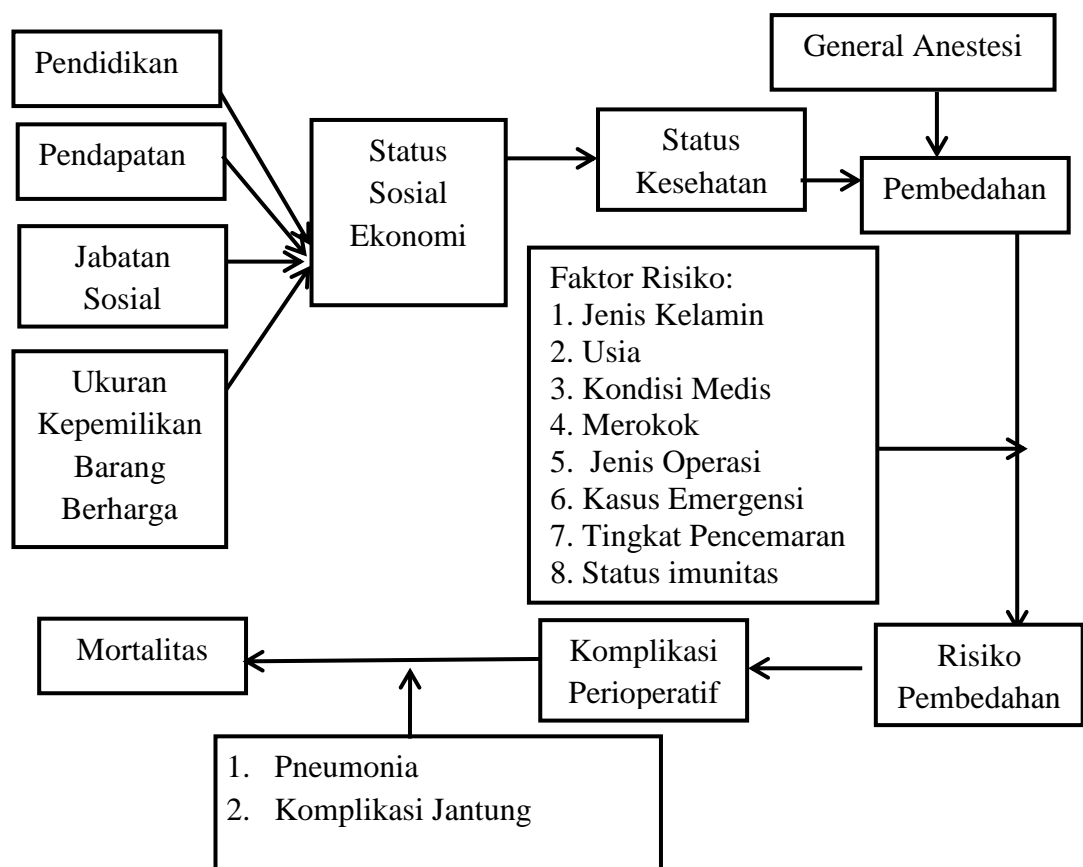
Tabel 2. Variabel ACS-NSQIP untuk Faktor Risiko Pembedahan dan Hasil Prediksi Risiko Pembedahan

Faktor Risiko Pembedahan	Hasil Prediksi Risiko Pembedahan
<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur operasi • Opsional <i>treatment</i> : Pembedahan lain, alternatif non-operasi, tidak ada opsi. • Kelompok umur : dibawah 65 tahun, 65–74 tahun, 75–84 tahun, 85 tahun atau lebih. • Fungsional status : Mandiri, Dibantu sebagian, Dibantu seluruhnya • Kasus emergensi • <i>American Society of Anaesthesiologists (ASA) class</i> : pasien yang tidak memiliki penyakit sistemik, <i>Mild systemic disease, Severe systemic disease, Severe systemic disease/constant threat to life, Moribund/not expected to survive surgery.</i> • Penggunaan Steroid • Asites 30 hari sebelum operasi • <i>Systemic sepsis within 48 hours before surgery</i> : Tidak ada, <i>Systemic inflammatory response syndrome (SIRS)</i>, sepsis, syok septik • Ventilator dependen • Penyebaran Kanker • Diabetes : tidak ada, oral, insulin • Hipertensi <i>requiring medication</i> • <i>Congestive heart failure</i> dalam 30 hari sebelum operasi • Dispnea sebelum onset penyakit akut • <i>Current smoker within 1 year</i> • <i>History of severe chronic obstructive disease (COPD)</i> • Dialisis • Gagal ginjal akut • Tinggi Badan • Berat Badan 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikasi serius • <i>Any complication</i> • Pneumonia • Komplikasi Jantung (<i>cardiac arrest, myocardial infarction</i>) • Infeksi luka operasi • <i>Urinary tract infection</i> • <i>Venous thromboembolism</i> • Gagal ginjal • Kembali ke kamar operasi • <i>Discharge to post-acute care facility</i>

Sumber : ACS-NSQIP *Surgical Risk Calculator* (2019)

B. Kerangka Teori

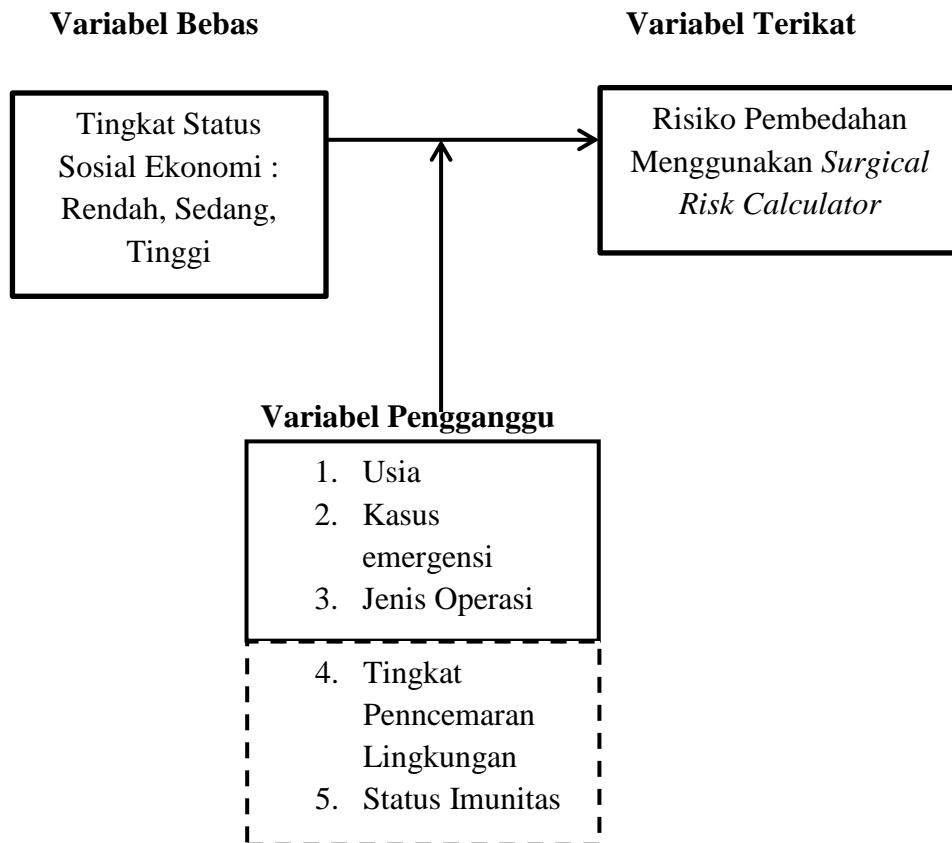
Status sosial ekonomi yang terdiri dari pendidikan, pendapatan, jabatan sosial dan ukuran kepemilikan barang mempengaruhi status kesehatan seseorang yang akan menjalani pembedahan dengan general anestesi. Status kesehatan memiliki hal andil dalam beberapa faktor risiko yang akan mempengaruhi risiko pembedahan dan jika tidak dilakukan upaya penatalaksanaan akan timbul komplikasi perioperatif yang dapat berakhir ke mortalitas.



Gambar 1. Kerangka Teori

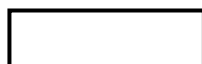
Menurut : Idrus (2012), Morad dkk (2017), Sabiston (2011), NHLBI (2018), Liapikou (2016), Alfana dkk(2015), Krizia dkk (2018), APA (2019), ACS-NSQIP(2019), CA Santos,dkk (2014).

C. Kerangka Konsep

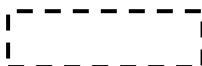


Gambar 2. Kerangka Konsep

Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara status sosial ekonomi dengan risiko pembedahan menggunakan *surgical risk calculator* pada pasien dengan *general* anestesi di RSUD Kota Yogyakarta.