



## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Berkembangnya hasil dan kemajuan teknik bedah memungkinkan pembedahan jantung dilakukan pada populasi pasien yang sebelumnya tidak memenuhi syarat untuk dilakukan tindakan yang sebesar ini. Dalam dekade belakangan ini, angka kematian di rumah sakit untuk coronary artery bypass graft (CABG), prosedur bedah tersering sedunia, menurun dari 2.8% menjadi 1.6% (menyusut sekitar 43%) sekalipun pada populasi pasien yang usia lebih tua dan lebih terpapar penyakit. Berdasarkan the Society for Thoracic Surgery database, angka mortalitas pada 774,000 coronary artery bypass graft adalah 2.3% dan pada 109,000 isolated valve surgery adalah 3.4%. Penilaian resiko pre operatif yang terperinci oleh tim penyakit jantung dan bedah jantung sangatlah penting untuk meminimalisir morbiditas dan mortalitas perioperatif maupun jangka panjang. Hal ini juga membantu dokter untuk membicarakan tujuan post operatif yang akan dicapai kepada pasien dan keluarga pasien, sehingga mereka dapat membuat keputusan yang wajar sesuai dengan pilihan penatalaksanaan yang cocok untuk mereka (Peterson, 2009).

Acuan prediksi dan stratifikasi resiko memainkan peran yang penting dalam praktek bedah jantung saat ini, untuk peraturan kesehatan, rumah sakit, dan individual (contohnya sebagai praktisi kedokteran dan pasien) sangat dibutuhkan untuk mencapai prediksi mortalitas yang obyektif terhadap resiko. Acuan tersebut memberikan perbandingan yang bermakna dari hasil operasi pada institusi dan dokter bedah dengan menyesuaikan dengan berbagai macam kasus; hal tersebut juga berguna dalam pengambilan keputusan, pre-operatif edukasi pasien dan persetujuan, dan kualitas pengukuran jaminan. Hal itu juga bisa mendeteksi dan mengukur perbedaan dan perubahan dalam hal profil resiko pasien-pasien yang menjalani pembedahan jantung. Selain itu prediksi resiko juga memungkinkan menyeimbangkan potensial resiko dan keuntungan pada setiap individu pasien (Prins *et al.*, 2012).

Sistem Eropa untuk evaluasi resiko operasi jantung (Euroscore) telah digunakan sejak tahun 1999 dan pertama kali diperkenalkan (Ad *et al.*, 2016). Sistem ini telah digunakan secara luas untuk memperkirakan resiko mortalitas dan telah dipergunakan sebagai patokan untuk penilaian pada pelaksanaan bedah jantung dengan lebih dari 1300 sitasi resmi dalam literatur kedokteran. Namun, dalam beberapa tahun terakhir, dalam sejumlah publikasi disoroti yaitu resiko pasca operasi terlalu berlebihan dalam memperkirakan resiko pada pasien (Siregar *et al.*, 2012). Oleh sebab itu, Euroscore II telah tersedia sejak Oktober 2011 dan telah dikembangkan untuk mengatasi kekurangan Euroscore yang pertama kali (Nashef *et al.*, 2012). Di negara Cina telah dilakukan penelitian untuk menilai performa Euroscore II pada pasien-pasien paska operasi bypass pembuluh darah koroner jantung. Total 4057 pasien yang menjalani operasi tersebut dilakukan penelitian restrospektif kemudian dinilai menggunakan Euroscore II. Menurut penelitian tersebut hasilnya adalah Euroscore II memberikan hasil yang baik pada grup pasien dengan resiko menengah sampai rendah (Bai *et al.*, 2016).

Pentingnya penilaian resiko pre-operatif adalah untuk meminimalisasi angka morbiditas dan mortalitas baik perioperatif maupun jangka panjang. Dalam penilaian resiko perlu menggabungkan informasi penting pada pasien dan proses pembedahan untuk bisa terintegrasi di dalam beberapa sistem penilaian yang sudah tervalidasi, namun perlu juga pendekatan individu untuk mengoptimalkan perawatan perioperatif pasien. Yang terpenting, hal ini juga memungkinkan dokter untuk memberikan harapan yang realistis pada pasien dan keluarga pasien terhadap potensi resiko dan manfaat pembedahan, sehingga mereka dapat mengambil keputusan yang wajar untuk penatalaksanaan penyakit mereka (Lloyd-Jones *et al.*, 2009).

## 1.2. Rumusan Masalah

Apakah penerapan Euroscore II dapat menjadi prediksi skor mortalitas pada pasien paska operasi bedah jantung dewasa di RSUD Dr. Soetomo?

## 1.3. Tujuan

### 1.3.1. Tujuan umum

Meneliti hubungan stratifikasi Euroscore II terhadap mortalitas paska operasi bedah jantung dewasa di RSUD Dr. Soetomo.

### 1.3.2. Tujuan khusus

1.3.2.1. Menghitung besarnya nilai Euroscore II pada populasi pasien paska operasi bedah jantung dewasa di RSUD Dr. Soetomo.

1.3.2.2. Menganalisis hubungan kausatif besarnya nilai Euroscore II dalam memprediksi kejadian mortalitas pada pasien paska operasi bedah jantung dewasa di RSUD Dr. Soetomo.

## 1.4. Manfaat

### 1.4.1. Manfaat teoritis

Dari segi ilmu pengetahuan dan teknologi, dapat memberi informasi besarnya nilai Euroscore II yang menjadi prediksi pada mortalitas paska operasi bedah jantung dewasa di RSUD Dr. Soetomo, sehingga dapat diupayakan pencegahan lebih dini.

### 1.4.2. Manfaat praktis

Dari segi pelayanan kesehatan, dapat menentukan keputusan yang lebih tepat bila didapatkan besarnya nilai Euroscore II yang berhubungan dengan mortalitas pada pasien paska operasi bedah jantung dewasa di RSUD Dr. Soetomo.