

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peningkatan jumlah penduduk berusia lanjut sudah menjadi fenomena global di seluruh belahan dunia (Siti Setiati, 2010). Menurut laporan PBB, populasi penduduk dunia diperkirakan mencapai sembilan milyar pada tahun 2050. Dari jumlah tersebut, 27% merupakan penduduk yang berusia lebih dari 60 tahun. 20% dari warga usia lanjut tersebut berumur 80 tahun ke atas. Hal ini dapat terjadi karena penurunan angka mortalitas dan angka fertilitas penduduk dunia. Diperkirakan terdapat 1,2 milyar warga usia lanjut di Asia pada tahun 2050. Hal ini berarti bahwa 59% dari total warga usia lanjut di dunia tinggal di Asia (Boedhi Darmojo, 2006). Populasi usia ≥ 65 tahun di Amerika Serikat merupakan populasi dengan kecepatan tumbuh tertinggi (Marik, 2007). Di Indonesia, jumlah warga usia lanjut juga mengalami peningkatan yang cukup berarti. Pada tahun 2000, jumlah warga usia lanjut di Indonesia berkisar 14 juta jiwa. Pada tahun 2010, jumlah warga usia lanjut Indonesia diramalkan akan mencapai angka 19 juta jiwa. Peningkatan jumlah warga usia lanjut ini mempunyai konsekuensi makin meningkatnya pasien usia lanjut yang dirawat di rumah sakit (Boedhi Darmojo, 2006).

Pasien usia lanjut memiliki karakteristik yang berbeda dari pasien dewasa muda. Hippocrates di dalam karyanya *Corpus Hippocraticum* telah mengetahui adanya perbedaan yang nyata antara reaksi terhadap stimuli pada orang usia lanjut dan dewasa muda (Boedhi Darmojo, 2006). Karakteristik pasien geriatri yang pertama adalah multipatologi, yaitu pada satu pasien terdapat lebih dari satu penyakit yang umumnya bersifat kronik degeneratif. Kedua adalah menurunnya daya cadangan faali, yang menyebabkan pasien geriatri mudah jatuh dalam kondisi gagal pulih (*failure to thrive*). Ketiga adalah perubahan tanda dan gejala penyakit dari yang klasik. Keempat adalah terganggunya status fungsional pasien geriatri. Status fungsional merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (Czeresna, 2006). Oleh karena itu, sangatlah wajar

sebagian besar pasien usia lanjut yang dirawat di rumah sakit mudah sekali jatuh ke dalam keadaan sakit yang kritis. Pasien usia lanjut yang kritis biasanya dipindahkan ke unit rawat intensif oleh dokter yang merawat. Tentu saja hal ini akan meningkatkan permintaan penggunaan unit rawat intensif (ICU). Tentu saja ada pembatasan, hanya pasien yang memiliki potensi hasil rawat (*outcome*) yang menguntungkan yang dapat dirawat. Kita harus banyak belajar tentang penggunaan terapi suportif kehidupan pada pasien usia lanjut. Di sini dibutuhkan penilaian terhadap prediktor *outcome* secara spesifik untuk mengetahui penggunaan yang efektif (Orgeas M., 2002).

Hal ini berkaitan dengan biaya yang di Indonesia umumnya dibayar oleh pasien, sejumlah lain dibayar oleh pemerintah maupun asuransi perusahaan. Biaya perawatan di unit rawat intensif tidaklah murah. Di lain pihak, tidak ada jaminan bahwa pasien lanjut usia yang dirawat di unit tersebut dapat memiliki *outcome* yang lebih baik, sehubungan dengan sulitnya menolong pasien lanjut usia yang sudah terlanjur kritis.

Dengan mengetahui karakteristik tersebut, diharapkan prediktor mortalitas pasien usia lanjut yang dirawat di unit rawat intensif pun dapat dideteksi, sehingga akhirnya data ini dapat digunakan oleh para klinisi sebagai bahan pertimbangan dalam memutuskan pasien mana yang akan mempunyai prognosis lebih baik bila dipindahkan ke unit rawat intensif. Pertimbangan ini penting artinya juga untuk menghemat biaya kesehatan warga usia lanjut yang ditanggung oleh asuransi (negara). Dalam rangka penghematan anggaran kesehatan negara, harus dikeluarkan kebijakan yang mengatur pasien usia lanjut mana yang boleh dimasukkan ke unit rawat intensif, sehingga tidak semua pasien usia lanjut yang kritis secara otomatis dapat masuk ke unit rawat intensif. Tentu saja pasien yang boleh masuk ke unit rawat intensif adalah pasien yang mempunyai prognosis lebih baik. Oleh karena itu, perlu diteliti karakteristik pasien yang masuk dan mempunyai prognosis yang baik. Dengan diketahuinya karakter pasien yang baik dan yang tidak baik, kita bisa memberikan pertimbangan pasien mana yang tepat masuk unit rawat intensif.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, dapat dirumuskan identifikasi masalah bagaimana karakteristik pasien usia lanjut saat dirawat dan hasil rawat di unit rawat intensif RS Immanuel.

1.3 Maksud dan Tujuan

Maksud penelitian ini adalah untuk mengetahui karakter pasien usia lanjut saat dirawat dan keadaan saat keluar dari unit rawat intensif RS Immanuel.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin berperan dalam hasil rawat pasien usia lanjut di unit rawat intensif dengan melakukan pengamatan pada keadaan pasien sebelum masuk unit rawat intensif RS Immanuel, lama perawatan, dan *outcome* pasien usia lanjut di unit rawat intensif RS Immanuel.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat secara akademis untuk memberikan masukan mengenai gambaran klinis dan demografis pasien usia lanjut di unit rawat intensif RS Immanuel.

Manfaat praktis terutama bagi pemerintah hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang dapat digunakan dalam perumusan kebijaksanaan mengenai perawatan intensif bagi pasien usia lanjut yang jatuh ke dalam kondisi kritis, terutama pasien Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS). Dengan kebijakan yang tepat, diharapkan anggaran kesehatan negara dapat dihemat.

1.5 Kerangka Pemikiran

Pada penelitian ini dilakukan pengamatan terhadap beberapa faktor. Karakter atau faktor tersebut dipilih karena diperkirakan memiliki hubungan dengan hasil rawat pasien di unit rawat intensif. Sebagai acuan disusunlah kuesioner yang tertera pada lampiran. Beberapa karakter atau faktor yang perlu diamati:

- Lama rawat
Strand *et al* menemukan bahwa angka rata-rata lama rawat pasien usia lanjut di ICU yang meninggal adalah 1,3 hari di Swedia dan 1,9 hari di Norwegia (Strand *et al*, 2010). Lama rawat paling singkat didapatkan pada pasien dengan usia 80 tahun ke atas. Menurut penelitian Hammes, pasien yang lama rawat di ICU lebih dari 10 hari akan meningkatkan potensi interaksi obat secara signifikan (Hammes *et al*, 2008). Dari kedua penelitian tersebut kemungkinan lama rawat berpengaruh pada usia dan potensi timbulnya komplikasi bahkan hasil rawat yang buruk.
- Diagnosis
Umur, diagnosis, *Activities of Daily Livings* (ADL), tempat tinggal, dan gangguan kognitif memiliki hubungan yang signifikan dengan hasil rawat (McCusker, Kakuma, Abrahamowicz, 2002). Pasien dengan usia sangat lanjut lebih besar kemungkinannya memiliki penyakit kronis, dan penyakit penyerta yang lebih banyak, tingkat keparahan penyakit yang lebih tinggi, dan lebih jarang menggunakan ventilator (Bagshaw, 2009).
- Obat
Menurut penelitian Hammes tahun 2008 interaksi obat cukup tinggi yakni 67,1 % (Hammes *et al*, 2008). Sedangkan Wawruch menemukan adanya penggunaan polifarmasi pada saat masuk ICU sebanyak 60.3% (Wawruch, 2007). Untuk itu perlu dilakukan pencatatan mengenai pemberian obat agar penggunaannya lebih tepat dan rasional.
- Biaya
Status ekonomi dan sosial merupakan prediktor kuat dalam menentukan mortalitas pasien karena penanganan yang adekuat kemungkinan berhubungan dengan biaya yang dikeluarkan. Status sosial ekonomi juga berpengaruh terhadap status fungsional (Hurd, Mc Fadden, Ferril, 1999).
- Status fungsional
Penyakit penyerta (*Comorbidity*) dan status fungsional adalah faktor-faktor penting dalam menentukan terapi.

Menurut Marik tahun 2007, penentuan masuknya pasien usia lanjut ke ICU sebaiknya berdasarkan penyakit penyerta, penyakit akut, dan status fungsional sebelum masuk rumah sakit, (termasuk kualitas hidup atau apakah pasien hidup secara ketergantungan secara fisik) (Marik, 2007).

- Terapi suportif

Penggunaan ventilator mekanik dan obat-obat inotropik merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan angka kematian yang lebih tinggi di ICU (Noorgate, 1999).

1.6 Metodologi

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang (*cross-sectional*). Data yang diamati adalah status pasien lanjut usia yang dirawat di unit rawat intensif RS Immanuel Bandung selama periode 1 Agustus sampai dengan 31 Januari 2010 (6 bulan). Kemudian data diolah dengan menggunakan program analisis statistik komputer dan Microsoft Excel.