

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO) penyebab kematian tertinggi akibat penyakit infeksi di dunia adalah infeksi saluran napas akut termasuk pneumonia dan influenza. Pneumonia di Amerika merupakan penyebab kematian keempat pada usia lanjut, dengan angka kematian 169,7 per100.000 penduduk. Pneumonia merupakan penyebab kematian nomor sembilan di Brunei, nomor tujuh di Malaysia, nomor tiga di Singapura, nomor enam di Thailand dan nomor tiga di Vietnam. (Engel et al., 2013).

Pneumonia merupakan suatu peradangan pada paru yang dapat disebabkan oleh berbagai macam mikroorganisme seperti bakteri, virus, jamur, maupun parasit. Sedangkan peradangan pada paru yang disebabkan oleh nonmikroorganisme (bahan kimia, radiasi, aspirasi bahan toksik, obat-obatan dan lain-lain) disebut pneumonitis. (Pdpi, 2014). Pneumonia merupakan masalah kesehatan di dunia karena angka kematiannya tinggi, tidak saja di negara berkembang tetapi juga di negara maju seperti Amerika Serikat, Kanada, dan negara-negara Eropa lainnya. Pneumonia komunitas atau *Community acquired pneumonia* (CAP) adalah peradangan akut pada parenkim paru yang didapat di masyarakat.

Pneumonia nosokomial atau *Hospital acquired pneumonia* (HAP) adalah pneumonia yang terjadi setelah 48 jam pasien dirawat di rumah sakit setelah semua infeksi yang inkubasinya terjadi sebelum masuk rumah sakit disingkirkan. Pneumonia terkait ventilator atau *Ventilator-associated pneumonia* (VAP) adalah pneumonia yang terjadi lebih dari 48 jam setelah pemasangan intubasi endotrakeal (Indonesia, 2014)

Pneumonia komunitas adalah peradangan akut pada parenkim paru yang didapat di masyarakat. Pneumonia komunitas merupakan penyakit yang sering terjadi dan bersifat serius serta berhubungan dengan angka kesakitan dan kematian. Pneumonia komunitas merupakan penyebab kematian yang utama dari penyakit infeksius. Pneumonia sering dijumpai sebagai pasien rawat jalan, pada pasien rawat inap di rumah sakit mortalitas 5 % sampai 15 % dan meningkat menjadi 20 % sampai 50 % untuk perawatan di *intensive care unit* (ICU). Beban biaya yang dikeluarkan untuk merawat pneumonia bervariasi tergantung pada pemberian terapi dan lama rawat inap. Pneumonia komunitas yang tidak ditangani secara efisien menyebabkan beban biaya perawatan meningkat. (Torres et al., 2016) (Engel et al., 2013)

Data Riskesdas 2013 Prevalensi penderita Pneumonia di Indonesia adalah 0,63% dari keseluruhan penduduk. Lima provinsi di Indonesia yang mempunyai insiden dan prevalensi pneumonia tertinggi untuk

semua umur adalah Nusa Tenggara Timur, Papua, Sulawesi Tengah, Sulawesi Barat, dan Sulawesi Selatan. (Engel et al., 2013).
(KESEHATAN and RI, 2013).

Biomarker telah ditemukan untuk memperbaiki tingkat risiko dan manajemen CAP. Procalcitonin (PCT) telah memberikan informasi tambahan untuk mengidentifikasi pasien berisiko rendah. Procalcitonin sebagai parameter untuk menilai respon pengobatan bila diukur secara berurutan selama pengobatan dan sebagai alat untuk evaluasi lama pengobatan antibiotik. Baru-baru ini, biomarker baru seperti midregional proadrenomedullin (MR-proADM) dan proarginin vasopresin (copeptin) dapat memprediksi kematian 28 hari atau komplikasi dalam 30 hari pada pasien CAP.(Kolditz et al., 2012)

Memberikan pelayanan medis berkualitas tinggi merupakan tujuan akhir dari pelayanan rumah sakit. Kualitas perawatan medis semakin menjadi fokus sosial. Permintaan pasien akan kualitas pelayanan dan biaya pelayanan rumah sakit rendah serta usaha memaksimalkan kepuasan pelanggan merupakan fokus penyediaan layanan kesehatan berkualitas tinggi dengan meningkatkan produktivitas rumah sakit.(Yang et al., 2012)

Clinical pathway digunakan untuk mengurangi variasi dalam praktek klinis dan menyelaraskan pelayanan farmasi, efisiensi operasional, dan kualitas / mutu pelayanan. *Clinical pathway* memberikan

pengawasan dan sebagai standar klinis dalam program manajemen klinis pasien dengan tujuan menurunkan variasi perawatan, mengoptimalkan efektivitas biaya, meningkatkan outcome pasien, dan meningkatkan pendidikan pasien dan keluarga tentang perawatan. (Hipp et al., 2016)

Evaluasi *clinical pathway* pneumonia komunitas di RSUD Dr Moewardi tahun 2017 terjadi banyak variasi untuk lama perawatan baik pasien di ruang rawat biasa atau di rawat ICU. Melihat variasi ini maka diperlukan suatu biomarker yang dapat dipakai untuk memperkirakan lama rawat inap. Penelitian action research ini untuk mencari cara yang benar dan melibatkan bidang/unit dalam proses perubahan *clinical pathway* pneumonia komunitas di RSUD Dr Moewardi

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian :

1. Apakah ada hubungan antara biomarker copeptin dengan lama rawat inap pasien pneumonia komunitas?
2. Apakah implementasi biomarker copeptin pada *clinical pathway* pneumonia komunitas di RSUD Dr Moewardi dapat dilaksanakan?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum Penelitian

Untuk mengetahui implementasi biomarker copeptin pada clinical pathway pneumonia komunitas di RSUD Dr Moewardi .

2. Tujuan Khusus Penelitian

- a. Untuk mengetahui bahwa kadar copeptin dapat digunakan memperkirakan lama rawat inap pasien pneumonia komunitas.
- b. Untuk mengetahui implementasi biomarker copeptin pada clinical pathway pasien pneumonia komunitas.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis (keilmuan)

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi bahwa kadar copeptin dapat dipakai untuk memperkirakan lama rawat inap pasien pneumonia komunitas.

2. Manfaat praktis (guna laksana)

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi bahwa copeptin dapat dipakai untuk memperkirakan lama rawat inap pasien pneumonia komunitas dan cara perubahan/ evaluasi *clinical pathway* pneumonia komunitas.