



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Operasi Regio Supraumbilical

Operasi atau pembedahan merupakan tindakan pengobatan secara infasif dengan menampilkan dan membuka bagian tubuh yang akan ditangani (LeMone et al., 2011). Pembedahan dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cedera atau cacat, serta mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana (Apriansyah, Romadoni, & Andrianovita, 2015). Ada 3 faktor penting yang terkait dalam pembedahan yaitu penyakit pasien, jenis pembedahan dan pasien itu sendiri. Pembagian operasi berdasarkan durasinya terdiri dari empat kelompok, yaitu operasi ringan (< 60 menit), operasi sedang (60-120 menit), operasi besar (>120 menit) dan operasi khusus yang menggunakan alat-alat khusus serta canggih (Mashitoh, Mendri, & Majid, 2018).

Abdomen dibagi secara topografis oleh dua bidang transversal dan longitudinal menjadi sembilan regio, yaitu hipokondriak kanan dan kiri, epigastrium, lumbal kanan dan kiri, umbilical, inguinal kanan dan kiri (iliaka), dan hipogastrik (kemaluan). Abdomen juga dibagi oleh bidang vertikal dan horizontal melalui umbilikus menjadi empat kuadran, yaitu kuadran kanan dan kiri atas serta kuadran kanan dan kiri bawah. Umbilikus terletak setinggi diskus intervertebralis antara vertebra lumbal ketiga dan keempat dan dipersarafi oleh nervus toraks ke-10 (Chung and Chung, 2013). Regio supraumbilical disini mencakup area di atas perut. Contohnya, pada area

mamae, leher, atau tangan. Operasi dilakukan pada area tersebut yang disertai tindakan anestesi spinal ataupun general.

2.2 Jenis Anestesi

Tindakan operasi membutuhkan pemberian obat anestesi atau pembiusan yang bertujuan untuk menghilangkan rasa nyeri saat tindakan dilakukan. Anestesi merupakan cabang ilmu kedokteran yang mempelajari tentang tata laksana mematikan rasa berupa nyeri, takut, ataupun rasa tidak nyaman (Mangku, 2010). Anestesi dibagi menjadi dua secara garis besar, yaitu anestesi regional dan general. Anestesi regional adalah anestesi pada sebagian tubuh dalam keadaan bebas nyeri tanpa kehilangan kesadaran dan lebih bersifat analgesik.

2.2.1 Spinal Anestesi

a. Definisi

Spinal anestesi merupakan salah satu metode anestesi regional yaitu dengan cara menyuntikan anestetik lokal pada ruang subarachnoid dan menghasilkan blokade nyeri yang dilakukan pada segmen vertebra lumbal 3-4 dan menghasilkan anestesi di daerah pusat ke bawah karena konsentrasi yang lebih besar pada daerah lumbosakralis dan sacrum akibat pengaruh gaya gravitasi (Karlina, 2020). Kesadaran pasien saat diberikan anestesi spinal dapat dipertahankan sehingga lebih aman digunakan pada pasien dengan puasa yang belum cukup atau lambung penuh apabila dibandingkan dengan penggunaan anestesi umum. Keuntungan lainnya adalah pasien mengalami pemulihan lebih baik,

mengurangi jumlah perdarahan akibat efek hipotensi, dan secara ekonomi lebih murah (Setijanto, Thamri and Caprianus, 2022). Anestesi spinal dikatakan berhasil jika dapat memblokir area tubuh yang dilakukan operasi sesuai dosis yang dibutuhkan.

Sistem saraf manusia terdiri dari saraf simpatis dan parasimpatis dengan kontrol fungsi masing-masing. Dapat diibaratkan saraf simpatis sebagai gas dan parasimpatis sebagai rem. Pada spinal anestesi, obat diinjeksikan pada spinal menuju medulla spinalis dan saraf simpatis akan terpengaruh, sehingga terjadi blokade pada saraf otonom, motoris, dan sensoris. Blokade saraf otonom akan menyebabkan vasodilatasi sehingga menyebabkan keadaan seperti hipotensi dan disritmia berat. Kemudian otot-otot diafragma yang terblokir akan menyebabkan disritmia dan membuat pasien kesulitan bernapas, sehingga pasien membutuhkan obat *emergency* untuk mengatasi kondisi tersebut.

b. Obat Spinal Anestesi

Tujuan penggunaan obat anestesi lokal pada spinal anestesi adalah untuk mendapatkan blokade yang adekuat. Besarnya dosis obat lokal anestesi berkaitan dengan mula dan lama kerja blokade motorik serta sensorik yang menghasilkan analgesia. Pemilihan lokal anestesi yang digunakan pada umumnya berdasar pada perkiraan durasi dari pembedahan yang akan dilakukan serta kebutuhan pasien untuk segera pulih dan mobilisasi (Kristiyono, Tamtomo and Judin, 2017). Menurut Gwinnutt (2011) dalam (Solomon and Ramamurthy, 2006), obat-obatan

yang digunakan untuk anestesi spinal dibedakan menjadi 3 golongan, yaitu:

1) Hiperbarik

Sediaan obat spinal anestesi dengan berat jenis lebih besar dari cairan serebrospinal, sehingga dapat terjadi perpindahan obat ke dasar akibat gaya gravitasi. Contoh obat golongan ini yaitu bupivakain 0,5%.

2) Hipobarik

Obat anestesi spinal dengan berat jenis lebih rendah dari cairan serebrospinal sehingga obat berpindah dari area penyuntikan ke atas, contohnya adalah terakain dan dibukain.

3) Isobarik

Sediaan obat anestesi spinal dengan berat jenis obat sama dengan cairan serebrospinal sehingga obat akan berada di tingkat yang sama di tujuan penginjeksian, contohnya ialah levobupikain 0,5%.

Saat ini larutan hiperbarik (bupivakain), hipobarik, maupun isobarik telah banyak digunakan untuk anestesi spinal pada operasi abdominal bawah. Sedangkan lidokain sebelumnya sering dipakai, namun telah ditinggalkan karena adanya risiko *transient neurologic symptoms* (TNS) yang lebih tinggi dan lama kerja yang pendek (60-75 menit). Konsentrasi bupivakain hiperbarik adalah obat anestesi lokal yang paling banyak digunakan untuk spinal anestesi. Sebuah penelitian menjelaskan bahwa bupivakain 0,5% hiperbarik 10 mg menghasilkan

mula serta lama kerja lebih cepat dibandingkan isobarik (Malinovsky *et al.*, 1999).

c. Prosedur Spinal Anestesi

Sebelum dilakukan spinal anestesi, dilakukan tindakan premedikasi 10-15 menit terlebih dahulu, yaitu dengan memberikan obat antiemetik serta memasang NIBP dan oximeter yang terhubung ke *bedside* monitor untuk memantau tanda-tanda vital pasien. Lalu, memasang akses vena dengan kanul lubang besar. Sebaiknya dalam posisi duduk dengan kaki di tempat tidur dan siku bertumpu pada paha. Selanjutnya, mencari garis *tuffer*'s yaitu garis penghubung *iliac crest* dengan lumbal 4 lalu mencari *interspace* lumbal 3 dan lumbal 4 dari garis itu. Setelah lokasi ditemukan, lanjut sterilisasi atau disinfeksi pada kulit. Menyuntikkan obat spinal pada jaringan subkutan dan memasukkan penuntun pada midline 90° ke permukaan kulit, dengan begitu cairan melewati ligamen supraspinosa, interspinosa, flavum, dan duramater. Kemudian menguji blokade sensorik dengan pinprick tumpul pada semua dermatom. Lalu untuk mengetahui hilangnya motorik dapat diukur menggunakan *bromage scale* ((Solomon and Ramamurthy, 2006) dalam Keat *et al.*, 2012).

d. Indikasi Spinal Anestesi

Indikasi penggunaan spinal anestesi yaitu pada prosedur bedah di bawah umbilikus, ekstremitas bawah, panggul, tindakan sekitar rektum

dan perineum, obstetrikginekologi, urologi, serta abdomen bawah (Solomon and Ramamurthy, 2006). Pada penelitian ini justru dilakukan pada area sebaliknya, seperti pada kepala, mammae, tangan, atau dada. Sehingga disebut high spinal anestesi.

e. Komplikasi Spinal Anestesi

1) Toksisitas Sistemik

Penyebab paling sering ialah berhubungan dengan resorpsi yang tinggi dan cepat dari anestesi lokal melalui pembuluh darah. Toksisitas terjadi pertama di system saraf pusat (neurologi) kemudian di sistem kardiovaskular, komplikasinya yang sering berupa hipotensi (tekanan darah rendah) dan bradikardi (frekuensi nadi di bawah normal) (Aguirre et al., 2012).

2) Total Spinal

Hal ini dapat terjadi apabila blokade sensorik spinal anestesi meningkat ke atas area servikalis, sehingga peningkatan pada blok sensorik-motorik, bradikardi, hipotensi, dan dispnea dengan kesulitan menelan (Salinas et al., 2009).

3) Hematoma Tulang Belakang

Pembentukan hematoma di dalam kanal tulang belakang dapat menghasilkan kompresi sumsum tulang belakang dan kerusakan iskemik. Hematoma dapat terjadi pada pasien dengan koagulasi karena kerusakan dari jarum atau kateter di vena epidural pleksus, tetapi risikonya meningkat pada pasien dengan gangguan hemostasis. Dugaan

potensi hematoma masalah ketika blok tulang belakang sangat panjang, sehingga deteksi dini sangat penting karena penundaan lebih dari 8 jam dalam dekompresi sumsum tulang belakang memperburuk prognosis pasien (Gudin et al., 2012).

4) Komplikasi Infeksi

Hal ini karena infeksi lokal pada kulit, abses tulang belakang, atau meningitis. Abses tulang belakang dimanifestasikan sebagai nyeri punggung dan radikuler, motorik defisit, serta demam. Diagnosisnya menggunakan MRI dan perawatan dengan antibiotik (Gudin et al., 2012).

5) PDPH (*Post Dural Puncture Headache*)

PDPH merupakan komplikasi yang sering timbul setelah spinal anestesi, kebanyakan karena besar jarum yang digunakan saat tindakan. PDPH akan muncul setelah 12-48 jam bahkan sampai 5 hari setelah spinal anestesi (Salinas et al., 2009).

2.2.2 General Anestesi

a. Definisi

General anestesi merupakan teknik yang banyak dilakukan pada berbagai prosedur pembedahan. Bius total atau umum ini merupakan keadaan tidak sadar tanpa nyeri yang reversible akibat pemberian obat-obatan, serta menghilangkan rasa sakit tubuh secara keseluruhan. Sebanyak 70-80 persen kasus operasi membutuhkan tindakan anestesi umum karena dianggap mempengaruhi seluruh tubuh dengan hilangnya

kesadaran, analgesia, amnesia, dan relaksasi otot (Alwardt, Redford and Larson, 2005).

b. Obat General Anestesi

Sjamsuhidajat & De Jong (2010) menyatakan anestetik yang menghasilkan general anestesi dapat diberikan dengan cara inhalasi, parenteral, atau imbang/kombinasi.

1. Anestesi inhalasi

Pada anestesi ini, anestetik yang bentuk dasarnya berupa gas (N₂O) atau larutan yang diuapkan menggunakan mesin anestesi, masuk ke dalam sirkulasi sistemik melalui pernapasan secara difusi di alveoli.

Berikut jenis yang digunakan saat anestesi inhalasi diantaranya:

a) Eter

Eter menimbulkan efek analgesia dan relaksasi otot yang sangat baik dengan batas keamanan yang lebar jika dibandingkan dengan obat inhalasi lain dan jarang digunakan karena baunya yang menyengat, merangsang hiperekskresi, dan menyebabkan mual muntah akibat rangsangan lambung maupun efek sentral. Obat ini juga tidak digunakan pada penderita trauma kepala dan keadaan peningkatan intrakranial karena dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah di otak (Sjamsuhidajat & De Jong (2010).

b) Halotan

Halotan tidak berwarna serta induksinya mudah dan cepat. Meskipun mekanismenya belum jelas, efek bronkodilatasi yang timbul dapat

dimanfaatkan pada penderita asma bronkial karena daya analgesik dan relaksasi otot luriknya lebih lemah daripada eter. Halotan juga dapat menyebabkan depresi napas dan sirkulasi akibat vasodilatasi juga penurunan kontraktilitas otot jantung. Obat ini tidak dianjurkan bagi pasien Sectio Caesarea karena dapat menurunkan kontraktilitas otot rahim serta mengurangi efektivitas ergotonin dan oksitosin, juga bisa menimbulkan gangguan hati, diduga akibat hepatotoksitas oleh imun serta tidak dianjurkan pada pasien dengan riwayat penggunaan halotan dalam waktu 3 bulan sebelumnya (Sjamsuhidajat & De Jong (2010).

c) Enfluran

Enfluran bentuk dasarnya adalah cairan tidak berwarna dengan bau menyerupai eter, induksi dan pulih sadarnya cepat, tidak bersifat iritan bagi jalan napas, dan tidak menyebabkan hiperekskresi kelenjar ludah dan bronkial (Sjamsuhidajat & De Jong (2010).

d) Isofluran

Isofluran berupa cairan tidak berwarna dengan bau tidak enak, berefek sama seperti halotan dan enfluran terhadap pernapasan serta sirkulasi.

e) Sevofluran

Sevofluran memiliki efek neuroprotektif dan paling sedikit menyebabkan iritasi jalan nafas, sehingga cocok digunakan sebagai induksi general anestesi karena sifatnya mudah larut, waktu induksi yang lebih pendek, dan pulih sadar segera setelah pemberian dihentikan (Sjamsuhidajat & De Jong (2010).

2. Anestesi Parenteral

Anestesi parenteral kebanyakan digunakan untuk induksi anestesi umum dan menimbulkan sedasi pada anestesia lokal dengan *conscious sedation*, hal tersebut karena langsung masuk ke darah dan eliminasinya menunggu proses metabolisme. Untuk mempertahankan anestesi atau sedasi pada tingkat yang diinginkan, kadarnya harus dipertahankan dengan suntikan berkala atau pemberian infus kontinu, contohnya yaitu propofol, benzodiazepin, dan ketamin (Sjamsuhidajat, dkk, 2011).

c. Tahap Anestesi General

Selama pemberian obat anestesi, pasien akan melalui tahap-tahap yang telah diperkirakan, yaitu kedalaman anestesi. Menurut Amy M. Karch (2011), tahapan-tahapan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Stadium I (tahap Analgesia),

Terjadi hilangnya sensasi nyeri, sementara pasien masih dalam keadaan sadar dan dapat berkomunikasi dengan orang lain.

2. Stadium II (tahap Eksitasi),

periode peningkatan kegembiraan dan sering perilaku melawan, berbagai tanda stimulasi simpatis (takikardi, peningkatan penapasan, atau perubahan tekanan darah), terkadang pasien juga mengalami inkontinensia dan muntah.

3. Stadium III (Pembedahan),

mengikutsertakan relaksasi otot rangka, pulihnya pernapasan yang teratur, hilangnya reflek mata, serta dilatasi pupil secara

progresif, pembedahan dapat dilakukan dengan aman pada stadium ini.

4. Stadium IV (Depresi medulla oblongata),

kondisi depresi system saraf pusat yang sangat dalam dengan hilangnya pernapasan dan stimulus pusat vasomotor, bahkan bisa terjadi kematian secara cepat. Pembuluh darah pasien kolaps dan jantung berhenti berdenyut, serta kelumpuhan nafas, sehingga perlu alat bantu napas dan sirkulasi (Amy M. Karch (2011),

d. Indikasi Anestesi General

General anestesi kebanyakan dimanfaatkan untuk tindakan operasi besar yang memerlukan ketenangan pasien dan waktu pengerjaan bedah yang lebih panjang, misalnya pada kasus bedah jantung, pengangkatan batu empedu, bedah rekonstruksi tulang, bahkan pada operasi yang luas (Potter & Perry, 2006).

e. Tatalaksana Post Operasi dengan General Anestesi

Pasien yang telah melakukan tindakan operatif akan kembali ke perawatan pasca operasi di ruang pemulihan atau *recovery room*, hal tersebut membutuhkan pengawasan penuh dari dokter dan tim medis karena efek sisa obat anestesi yang menyebabkan fungsi tubuh belum sepenuhnya kembali. Pada ruang pemulihan atau *recovery room*, tim medis harus memeriksa kembali informasi perioperative secara relevan,

mengevaluasi status terakhir pasien, serta mengimplementasikan rencana tindakan asuhan yang efektif. Setelah pasien berada di ruang pemulihan, ada beberapa hal yang perlu perawat perhatikan. Menurut Potter & Perry (2006) hal yang perlu di perhatikan yaitu pemeriksaan kondisi umum termasuk tanda-tanda vital, tingkat kesadaran, kondisi balutan dan drain, status infus cairan, tingkat rasa nyaman, dan integritas kulit klien termasuk waktu pulih sadarnya. Pasien dalam ruang pemulihan rentan terjadi komplikasi pasca pembedahan yang dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya penurunan metabolisme karena penurunan fungsi tubuh, adanya insisi luka bedah, ruang operasi dan ruang pemulihan yang suhunya dingin, akibat obat-obatan anestesi, serta gas oksigen (Potter & Perry, 2006).

f. Komplikasi Anestesi General

General anestesi memiliki beberapa efek samping yang membuat pasien tidak nyaman setelah operasi, diantaranya nyeri tenggorokan, mual muntah, delirium, nyeri otot, gatal, dan hipotermia (Millizia *et al.*, 2021).

Komplikasi pasca general anestesi sebagai berikut (Kusumawardhani, 2016) :

1) Gangguan pernapasan

Obstruksi jalan napas parsial atau total serta tidak ada ekspirasi (tidak ada suara napas) paling sering dialami pada pasien yang belum pulih karena lidah jatuh menutup faring atau terjadinya edema laring,

penyebab lainnya ialah kejang laring menjelang pulih karena laring terangsang oleh benda asing, darah atau sekret. Selain itu, pasien dapat mengalami sianosis atau saturasi oksigen yang menurun (hipoksemia) yang disebabkan oleh napas yang lambat dan dangkal (hipoventilasi). Hal itu bisa diakibatkan pengaruh obat opioid dan pemblokade otot yang masih bekerja. Hipoventilasi yang berlanjut bisa menyebabkan asidosis, hipertensi, serta takikardi yang berakhir dengan depresi napas dan *cardiac arrest* (Kusumawardhani, 2016).

2) Gangguan kardiovaskular

Komplikasi yang terjadi pada sistem sirkulasi yaitu hipertensi dan hipotensi, hipertensi dapat disebabkan oleh nyeri akibat pembedahan, iritasi pipa trakhea, cairan infus berlebihan, atau aktivasi saraf simpatis karena hipoksia, hiperkapnia, atau bahkan asidosis. Hipertensi akut dan berat yang berlangsung lama bisa menyebabkan kegagalan ventrikel kiri, infark miokard, disritmia, edema paru, atau perdarahan otak. Sedangkan untuk hipotensi bisa disebabkan akibat aliran isian balik vena (*venous return*) menurun yang disebabkan karena perdarahan, terapi cairan kurang adekuat, hilangnya cairan, kontraksi miokardium kurang kuat, atau tahanan vaskular perifer yang menurun, sehingga perlu penanganan segera agar tidak terjadi hipoperfusi organ vital yang berlanjut dengan hipoksemia serta kerusakan jaringan (Kusumawardhani, 2016).

3) Mual muntah (spinal juga ada)

Mual dan muntah pasca anestesi dapat terjadi pada 80% pasien pasca operasi, beberapa lebih memilih untuk merasakan nyeri dibandingkan mual dan muntah pasca bedah (Gwinnutt, 2011). Hal ini sudah menjadi efek samping yang kebanyakan terjadi setelah sedasi dan tindakan anestesi. Risiko mual muntah pasca bedah 9 kali lebih kecil pada pasien dengan anestesi regional daripada general anestesi (Kusumawardhani, 2016).

4) Menggigil

Menggigil (shivering) merupakan komplikasi pada sistem termoregulasi, hal tersebut diakibatkan oleh hipotermia atau bisa juga karena efek obat anestesi. Hipotermi dapat terjadi akibat suhu ruang operasi yang dingin, cairan infus yang dingin, cairan irigasi dingin, serta bedah abdomen luas dan lama (Kusumawardhani, 2016).

2.3 Efficacy, Safety, dan Economic Anestesi

Berhasil atau tidak tindakan anestesi dapat diketahui dengan menilai efektivitas, keamanan, dan ekonomisnya secara selama awal induksi, durante, maupun pasca operasi. Dalam (Peterson Soares Santos *et al.*, 2023), pengumpulan data dilakukan dengan cara pemantauan intraoperatif standar termasuk tekanan arteri rata-rata noninvasif (NIMAP), saturasi oksigen perifer (SpO₂), dan detak jantung (HR) yang dicatat setiap 5 menit. Kemudian, tindak lanjut dimulai selama periode intraoperatif pada akhir operasi (T₀), dan dilanjutkan pada periode pasca operasi 1 jam (T₁), 3 jam (T₃), 5 jam (T₅) di ruang pemulihan anestesi dan 10 jam (T₁₀), 24 jam

(T24), 48 jam (T48) melalui kontak telepon tepat pada waktu yang ditunjukkan setelah operasi.

Efficacy atau efektivitas pemberian anestesi dapat dievaluasi melalui nyeri pasca operasi. Nyeri dinilai menggunakan NRS (*Numeric Rating Scale*) yang merupakan modifikasi dari VAS (*Visual Analogue Scale*) dan dihitung sebagai berikut: 0 = Tidak nyeri, 1-3 = Nyeri ringan, 4-6 = Nyeri sedang, 7-9 = Nyeri berat, dan 10 = Nyeri maksimal. Hal tersebut dikelompokkan dalam kategori sebagai berikut: tidak adanya nyeri, nyeri ringan, dan berat (Peterson Soares Santos *et al.*, 2023). Nyeri operasi pasca anestesi merupakan komplikasi yang umum terjadi dan akan muncul 1-3 jam setelah tindakan anestesi. Nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan motorik yang dapat menimbulkan ketidaknyamanan atau kerusakan jaringan, sehingga gejala peningkatan tekanan darah, denyut jantung, dan rintihan nyeri digunakan sebagai indikator nyeri (Saputra, Sumarni and Khasanah, 2023).

Safety atau aman tidaknya anestesi dapat dievaluasi melalui perubahan hemodinamik yang diukur melalui analisis variasi tekanan darah sistolik, diastolik, MAP (Mean Arterial Pressure) dan HR (Heart Rate) (Peterson Soares Santos *et al.*, 2023). Bisa dilakukan penilaian efek samping yang muncul pada fase induksi anestesi, seperti hipertensi (tekanan darah tinggi) akibat nyeri saat tindakan, iritasi pipa trakea, atau cairan infus berlebihan. Kemudian ada juga hipotensi (tekanan darah rendah) karena pendarahan, terapi cairan yang kurang adekuat, hilangnya cairan ke rongga ketiga, atau tahanan vaskular perifer menurun. Lalu, penurunan saturasi oksigen (hipoksemia, $SpO_2 < 90\%$) bisa disebabkan karena hipoventilasi. Adanya hipertensi

dengan takikardi selama induksi general anestesi bisa dikarenakan nyeri, hipoventilasi, pendarahan intrakranial, dan iskemik myokard namun tidak semuanya (Inayati, 2012).

Keekonomisan tindakan anestesi diketahui dari besarnya biaya yang dikeluarkan. Dalam penelitian (Simanjuntak *et al.*, 2018), biaya rata-rata untuk tindakan operasi vitreous dengan anestesi lokal berkisar Rp3.500.000,00 sedangkan biaya general anestesi berkisar Rp5.000.000,00. Beberapa penelitian mengenai perbandingan biaya operasi dengan spinal dan general anestesi juga menyampaikan bahwa rata-rata biaya operasi dengan spinal lebih murah daripada general. Mengingat general anestesi membutuhkan waktu pulih yang lebih lama sehingga tak dipungkiri jika memerlukan biaya rawat inap lebih besar.

2.4 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan sebuah badan hukum untuk menyelenggarakan program jaminan sosial guna menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. BPJS diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia bertujuan untuk mewujudkan pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap rakyat Indonesia yang sudah menjadi hak dasar manusia (Solechan, 2019).

Namun dalam praktiknya, masih banyak persoalan dalam pelaksanaannya dengan adanya perbedaan signifikan kualitas pelayanan berdasarkan keselamatan pasien, efektivitas dan efisiensi, berorientasi pada pasien, serta

kepuasan pasien (A. Pertiwi, 2017). Dari perbedaan tersebut, dapat diketahui hingga kini masih terdapat kekurangan yang harus dievaluasi dan diperbarui oleh pemerintah guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia (Solechan, 2019).

BPJS memiliki visi dan misi yang harus dilaksanakan, antara lain:

Visi BPJS Kesehatan : “Cakupan Semesta 2019” paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya (Solechan, 2019). Lalu misi BPJS Kesehatan salah satunya ialah membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Solechan, 2019).

Dalam Undang-Undang BPJS telah ditentukan bahwa BPJS Kesehatan memiliki fungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan, menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan serta perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, begitupun ketenagakerjaannya menurut UU BPJS berfungsi menyelenggarakan 4 program, yaitu program jaminan kecelakaan kerja, hari tua, pensiun, dan kematian (Solechan, 2019).

Biaya pelayanan yang dicover oleh BPJS Kesehatan di fasilitas tingkat pertama adalah biaya kapitasi maksimal di Puskesmas berdasarkan norma kapitasi yang tersedia, sedangkan tingkat lanjut/faskes II adalah biaya operasi

seperti operasi Jantung, Caesar, Kista, Miom, Tumor, Odontektomi, Bedah Mulut, Usus Buntu, Batu Empedu, Mata, Bedah Vaskuler, Amandel, Katarak, Hernia, Kanker, Kelenjer Getah Bening, Pencabutan Pen, Penggantian Sendi Lutut, Timektomi dan Operasi Ginjal (Suprianto and Mutiarin, 2017). Pelayanan kesehatan yang dicover oleh BPJS Kesehatan bisa dimanfaatkan bagi masyarakat yang sudah terdaftar sebagai anggota BPJS dan bagi peserta yang ingin memanfaatkan pelayanan yang sudah disediakan oleh BPJS Kesehatan, maka harus mematuhi persyaratan yang sudah ditentukan (Suprianto and Mutiarin, 2017).

