

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Anestesi Regional

Anestesi regional adalah teknik anestesi yang lebih bersifat analgesik karena rasa nyeri yang hilang pada bagian regional yang diblok sehingga tidak merasakan sensasi nyeri pada sebagian tubuh dan pasien dapat tetap sadar (A. Pramono, 2019). Penggunaan anestesi regional saat ini menjadi teknik utama selama pandemi *Covid-19* karena mampu mengurangi penggunaan anestesi umum dan adanya risiko tindakan yang menghasilkan aerosol dari pasien (Nurchahyo & Nurbianto, 2020).

Teknik anestesi regional ada 2, yaitu: blokade sentral atau blokade neuroaksial, seperti: blok spinal, epidural, dan kaudal; dan blokade perifer atau blokade saraf, seperti: blok pleksus brakialis, aksila, dan analgesik regional intravena. Kebanyakan teknik anestesi regional yang digunakan adalah blokade sentral pada tindakan operasi seksio sesaria, hernia, dan ortopedi, atau pada bagian daerah perut ke bawah. Berikut adalah penjelasannya (A. Pramono, 2019):

1. Anestesi spinal

Proses anestesi spinal yang akan terjadi adalah blokade nyeri sesuai dengan ketinggian blokade penyuntikan anestesi pada ruang subaraknoid. Pada blokade saddle, daerah yang mengalami mati rasa adalah daerah inguinal. Suntikan anestesi menghadap ke bawah/kaudal, pada bagian segmen lumbal 4-5. Blokade dilakukan pada bagian ruang segmen vertebra

lumbal 3-4 menghasilkan efek mati rasa di daerah bagian pusat ke bawah. Blokade anestesi spinal ini biasanya dilakukan pada operasi seksio sesaria, hernia, dan apendisitis. Indikasinya yaitu pada bedah ekstremitas bawah, tindakan sekitar rektum perineum, bedah obstetri, bedah ginekologi, bedah urologi (A. Pramono, 2019).

2. Anestesi epidural

Anestesi epidural merupakan teknik anestesi regional dengan blokade syaraf di ruang epidural (peridural, ekstradural) . Ruang epidural terletak di antara ligamentum flavum dan duramater. Pada bagian atasnya berbatasan dengan foramen magnum. Penggunaan teknik epidural misalnya pada tindakan anestesi untuk operasi obstetri, anti nyeri post operatif, dan nyeri kronis (Hadiyanto & Sutiyono, 2018). Indikasi penggunaan anestesi epidural sama dengan anestesi spinal, yaitu pada prosedur pembedahan atau penanggulangan nyeri pasca-bedah, tatalaksana nyeri pada kasus persalinan, penurunan tekanan darah saat pembedahan agar tidak banyak terjadi perdarahan (A. Pramono, 2019).

3. Anestesi kaudal

Pada teknik anestesi kaudal sama dengan anestesi epidural karena pada ruang kanalis kaudalis yaitu kepanjangan dari ruang epidural dan obat anestesi ditempatkan di ruang kaudal melalui hiatus sakralis. Anestesi ini biasanya dilakukan pada pasien anak-anak karena bentuk anatominya mudah ditemukan dibandingkan pada orang dewasa. Indikasi pada teknik anestesi kaudal biasanya digunakan untuk prosedur bedah pada daerah

sekitar perineum dan anorektal, seperti: kasus bedah hemoroid dan fistula perianal (A. Pramono, 2019).

4. Komplikasi anestesi spinal atau epidural

Komplikasi pada teknik anestesi spinal pada umumnya berkaitan dengan blokade saraf simpatis, misalnya bradikardi, mual, hipotensi, hipotermi, dan muntah. Ketinggian blokade saraf, baik pada anestesi spinal atau epidural dapat terjadi karena efek pemberian dosis obat yang berlebihan, atau pada dosis standar yang diberikan pada pasien tertentu, contohnya pada pasien tua, ibu hamil, obesitas, pasien bertubuh pendek. Ketinggian blokade ini, pasien sering mengalami keluhan sesak napas, mati rasa, atau kelemahan pada bagian ekstremitas atas.

Rasa mual yang dapat disertai muntah sering mendahului adanya komplikasi yaitu hipotensi. Pada pasien seperti itu diperlukan pemberian oksigen. Jika terjadi komplikasi bradikardi dan hipotensi, pasien harus segera diberikan larutan efedrin 10 mg IV dan melakukan loading cairan infus. Komplikasi lainnya yaitu trauma mekanis akibat penusukan jarum spinal dan kateter. Komplikasi tersebut dapat terjadi anestesi yang adekuat, nyeri punggung akibat robekan jaringan, hematoma, *postdural puncture headache* (PDPH), meningitis, dan abses epidural (A. Pramono, 2019).

Hipotermia juga sering terjadi pada pasien pascaoperasi. Sekitar 40-60 menit setelah anestesi, suhu tubuh menurun secara intensif. Hipotermia terjadi ketika suhu tubuh kurang dari 36⁰C pada titik perioperatif dalam waktu dan selama anestesi. Hipotermia disebabkan oleh ruang operasi yang

dingin, penurunan metabolisme, durasi dan jenis operasi, paparan rongga tubuh, jenis anestesi dan cairan yang digunakan dalam operasi. Harahap (2014) mengatakan bahwa angka pasien yang mengalami hipotermia di ruang pemulihan sebanyak 113 orang (87,6%). Pasien yang menerima anestesi spinal, insiden tingkat hipotermia lebih tinggi dari pada anestesi umum (52%) (Shaw *et al*, 2017 dalam (Qona *et al.*, 2019).

5. Standar Pelayanan Anestesi Regional

Berdasarkan standar pelayanan anestesi regional menurut PMK 519/Menkes/Per/III/2011 tentang pedoman penyelenggaraan pelayanan anestesiologi dan terapi intensif di rumah sakit disebutkan bahwa pelayanan anestesi regional adalah tindakan pemberian anestesi untuk memblok saraf sehingga tercapai anestesi di lokasi pembedahan dan dilakukan oleh dokter spesialis anestesiologi yang kompeten ditempat yang tersedia sarana dan perlengkapan untuk tindakan anestesia umum sehingga jika diperlukan dapat dilanjutkan atau digabung dengan anestesi umum.

Pada pelayanan anestesi dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memenuhi keahlian dan kewenangan di bidang anestesi seperti dokter spesialis anestesiologi dan penata anestesi. Pelayanan anestesi regional meliputi pelayanan perioperatif yaitu mengevaluasi, memantau, dan mengelola pasien pada tahap pra, intra dan pasca-anestesi serta terapi intensif dan melakukan pengelolaan nyeri berdasarkan keilmuan yang multidisiplin. Berikut adalah prosedur pelayanan anestesi perioperatif berdasarkan PMK Nomor: 519/ Menkes/Per/III/2011 tentang pedoman

penyelenggaraan pelayanan anestesiologi dan terapi intensif di rumah sakit (Menteri Kesehatan RI, 2011):

a. Pelayanan pra-anestesi

- 1) Melakukan konsultasi dan pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter spesialis anestesiologi sebelum tindakan anestesi untuk memastikan pasien dalam kondisi yang layak untuk melakukan prosedur anestesi.
- 2) Dokter spesialis anestesiologi yang bertanggung jawab untuk menilai dan menentukan status medis pasien pra-anestesi berdasarkan prosedur sebagai berikut :
 - a) Melakukan anamnesis dan pemeriksaan pasien
 - b) Meminta dan mempelajari hasil pemeriksaan dan konsultasi yang diperlukan untuk melakukan anestesi.
 - c) Mendiskusikan dan menjelaskan tindakan anestesi yang akan dilakukan kepada pasien.
 - d) Memastikan pasien telah memahami dan menandatangani persetujuan tindakan anestesi.
 - e) Mempersiapkan dan memastikan kelengkapan alat dan obat-obat anestesi yang akan dipergunakan.
- 3) Pemeriksaan penunjang praanestesi dilakukan sesuai standar profesi dan standar prosedur operasional.
- 4) Tersedia oksigen dan gas medik yang memenuhi persyaratan dan aman.

Pelayanan pra-anestesi dilakukan pada semua pasien yang akan menjalankan prosedur anestesi. Pada keadaan gawat darurat, langkah-langkah dalam pelayanan pra-anestesi sebagaimana diuraikan di atas, dapat tidak dilakukan dengan alasan yang harus didokumentasikan di dalam rekam medis pasien yang bersangkutan.

b. Pelayanan intra-anestesi

- 1) Dokter spesialis anesthesiologi dan tim harus tetap berada di dalam kamar operasi selama tindakan anestesi.
- 2) Selama pemberian anestesi harus dipantau dan dievaluasi secara kontinual terhadap oksigenasi, ventilasi, sirkulasi, suhu dan perfusi jaringan, serta didokumentasikan pada catatan anestesia pasien.
- 3) Pengakhiran anestesi harus memperhatikan keadaan oksigenasi pasien, ventilasi, sirkulasi, suhu dan perfusi jaringan dalam keadaan yang stabil.

c. Pelayanan pasca-anestesi

- 1) Setiap pasien setelah tindakan anestesi harus dipindahkan ke ruang pulih atau ekuivalennya kecuali atas perintah khusus dokter spesialis anesthesiologi atau dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien tersebut, pasien juga dapat dipindahkan langsung ke unit perawatan kritis (ICU/HCU).
- 2) Fasilitas, sarana, dan peralatan ruang pulih harus memenuhi persyaratan yang berlaku.

- 3) Sebagian besar pasien dapat ditatalaksana di ruang pulih, tetapi beberapa di antaranya memerlukan perawatan di unit perawatan kritis (ICU/HCU).
- 4) Pemindahan pasien ke ruang pemulihan harus didampingi oleh dokter spesialis anesthesiologi atau anggota tim anestesi. Selama pemindahan, pasien harus dipantau/dinilai secara kontinual dan diberikan bantuan sesuai dengan kondisi pasien.
- 5) Setelah berada di ruang pulih akan dilakukan serah terima pasien kepada perawat ruang pulih dan disertai laporan kondisi pasien yang akan dipantau.

B. Kepuasan Anestesi

Istilah kepuasan berasal dari bahasa latin: *satis* (cukup) dan *facere* (melakukan), yang artinya memberikan apa yang diinginkan sampai pada titik yang cukup. Seorang ahli bernama Larousse mendefinisikan kepuasan yaitu sebuah keadaan yang dihasilkan dari pencapaian apa yang diminta atau yang diinginkan (Bresson, 2020). Sumber lain menyatakan bahwa kepuasan pasien adalah reaksi pasien berupa evaluasi kognitif dan emosional terhadap pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh pasien (Khalid, 2016). Berdasarkan KMK RI Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit menyatakan bahwa kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan. Beberapa pengertian di atas disimpulkan bahwa kepuasan pasien adalah evaluasi pengalaman perawatan

kesehatan dari persepsi pasien berupa evaluasi kognitif dan emosional terhadap pelayanan kesehatan yang sudah diberikan.

Pada bidang kesehatan ada beberapa upaya untuk menyepakati definisi kepuasan yang diterima secara luas. Seorang ahli bernama Pascoe memahami kepuasan sebagai reaksi dari reseptor perawatan kesehatan pada perawatan yang sudah diberikan, reaksi terdiri dari: penilaian kognitif dan respon emosional. Kepuasan pasien juga tergantung pada perbedaan antara harapan sebelumnya dan kenyataan akhir. Dalam sebuah teori harapan menyatakan kualitas yang dirasakan sesuai dengan kualitas yang diharapkan terdiri dari: jika kualitas yang dirasakan kurang dari kualitas yang diharapkan disebut ketidakpuasan; jika kualitas yang dirasakan sama dengan kualitas yang diharapkan disebut normalitas atau puas; jika kualitas yang dirasakan lebih dari kualitas yang diharapkan disebut kepuasan tinggi (Linero, 2017).

Kepuasan anestesi pasien sebagai salah satu indikator kualitas yang mendasar pada perawatan yang sudah diberikan. Hal ini dilihat dari keamanan anestesi yang semakin modern memungkinkan untuk mengarahkan perhatian dalam mencapai tujuan yang lebih tinggi yaitu memberikan kenyamanan maksimal dalam pelayanan anestesi lebih aman untuk setiap pasien, baik secara fisiologis atau psikologis (Linero, 2017). Kemajuan terbaru dalam bidang farmakologi dan pemantauan anestesi, bersamaan dengan pemahaman yang lebih baik mengenai keadaan patologis secara signifikan juga telah menurunkan mortalitas dan morbiditas secara keseluruhan. Oleh karena itu, tampaknya logis dan sangat diperlukan pembuatan instrumen yang tepat untuk menilai kepuasan

anestesi regional pada pasien pasca-operasi, dengan demikian dapat diketahui kualitas layanan anestesi yang diterima pasien. Tujuannya adalah untuk memperbaiki pelayanan menuju keunggulan (Linero, 2017).

C. Kuesioner EVAN-LR

Pada tahun 2013 Axel Maurice-Szamburski, M.D dan ahli lainnya, mengembangkan kuesioner EVAN-LR (*Evaluation du Vécu de l'Anesthésie LocoRégionale*) sebagai instrumen berkualitas untuk menilai kepuasan anestesi regional pada pasien pasca-operasi. Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan di Prancis diperoleh hasil Cronbach's Alpha 0,88 pada jumlah populasi 390 pasien (Maurice-szamburski *et al.*, 2013). Sedangkan koefisien Cronbach's Alpha EVAN-LR pada penelitian berikutnya tahun 2020 menunjukkan keandalan yang lebih tinggi yaitu 0,95 dengan jumlah populasi 402 pasien (Boran & Korukcu, 2020).

Kuesioner EVAN-LR terdiri dari 19 pernyataan yang diisi oleh pasien setelah operasi. EVAN-LR terdiri dari 5 dimensi faktor kepuasan yaitu perhatian, informasi, ketidaknyamanan, rasa sakit/nyeri, dan waktu tunggu. Setiap dimensi kuesioner ini memiliki skor persentase antara 0-100 (Lamrani, 2017). Pada setiap pernyataannya disusun dengan 5 skala likert dengan poin 1-5 yang terdiri dari *much less than expected*, *less than expected*, *as expected*, *more than expected*, *much more than expected* (Maurice-szamburski *et al.*, 2013).

Pada studi awal penelitian pengembangan EVAN-LR versi Bahasa Indonesia format jawaban kuesioner tetap menggunakan skala likert 5 poin

untuk mempertahankan format kuesioner aslinya, yang dibagi menjadi pernyataan *favorable* (positif) dan *unfavorable* (negatif). Pernyataan *favorable* yaitu pernyataan yang bersifat positif dan mendukung aspek-aspek dalam variabel, sedangkan pernyataan *unfavorable* yaitu pernyataan negatif atau tidak mendukung aspek dari variabel (Azwar, 2015). Pilihan jawabannya terdiri dari:

1. Sangat kurang dari harapan saya: artinya kualitas yang dirasakan pasien jauh lebih sedikit dari yang diharapkan atau sangat kurang dari kualitas yang diharapkan;
2. Kurang dari harapan saya: artinya kualitas yang dirasakan pasien kurang dari yang diharapkan;
3. Sesuai harapan saya: artinya kualitas yang dirasakan pasien sama atau sesuai dengan apa yang diharapkan;
4. Melebihi harapan saya: artinya kualitas yang dirasakan pasien lebih dari yang diharapkan;
5. Sangat melebihi harapan saya: artinya kualitas yang dirasakan pasien jauh lebih dari yang diharapkan.

Penilaian tingkat kepuasan anestesi regional pasien berdasarkan kuesioner yang sudah diisi oleh pasien di bangsal bedah (Maurice-szamburski *et al.*, 2013). Isi kuesionernya terdiri dari periode praanestesi, intraanestesi dan pasca-anestesi. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan anestesi regional terdiri dari aspek informasi (pernyataan nomor 1, 2, 3, 4, 5), perhatian (pernyataan nomor 6, 15, 16, 17), ketidaknyamanan (pernyataan nomor 7, 8, 9, 12), rasa sakit/nyeri (pernyataan nomor 10, 11, 13, 14), dan waktu tunggu

(pernyataan nomor 18, 19) (Boran & Korukcu, 2020). Berikut adalah kuesioner asli EVAN-LR yang akan dilakukan studi awal pengembangan ke dalam EVAN-LR versi Indonesia:

Tabel 2. 1 Kuesioner EVAN-LR Versi Asli

No.	Item General Meaning
	During the preoperative visits with the anesthetist:
1.	I received information about what was going to happen
2.	I was able to ask questions I wanted
3.	I felt reassured, relaxed, confident
	During the preoperative visits with the surgeon:
4.	I received information about what was going to happen
5.	I felt reassured, relaxed, confident
	At operating room entrance:
6.	My privacy was respected
	During the surgery:
7.	I had unpleasant feelings like: thirst, hunger, nausea, headache...
8.	I felt uncomfortable hearing and/or seeing what was happening
	After the surgery:
9.	I had unpleasant feelings like: thirst, hunger, nausea, headache...
10.	I felt uncomfortable: cold, warm, badly postured on the bed...
11.	I had pain
	Since I came back in my bedroom
12.	I had unpleasant feelings like: thirst, hunger, nausea, headache...
13.	I felt uncomfortable: cold, warm, badly postured on the bed...
14.	I had pain
	Overall, about the staff:
15.	Upon Operating Room admission, medical staff was attentive
16.	In the recovery room, medical and nursing staffs were attentive
17.	Since I came back in my bedroom, nursing staff was attentive
	Waiting times in the hospital seemed too long:
18.	To obtain an appointment with anesthetist or surgeon
19.	During the preoperative visits

Sumber: (Maurice-szamburski *et al.*, 2013)

D. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Penilaian kepuasan pasien adalah ukuran kinerja utama yang semakin banyak digunakan saat ini. Terdapat lima faktor kepuasan anestesi regional

yang dapat dilakukan modifikasi untuk menilai kepuasan anestesi regional pada pasien pasca-operasi, antara lain (Boran & Korukcu, 2020):

1. Perhatian

Perhatian merupakan pemusatan psikis tertentu terhadap suatu objek dan banyak atau sedikitnya kesadaran yang mengikuti sesuatu aktivitas yang dilakukan (Suryabrata, 2014). Perhatian seperti bentuk pemberian sikap tulus dan bersifat pribadi yang diberikan kepada pasien dengan upaya untuk memahami kebutuhan spesifik pasien. Perhatian dalam pelayanan kesehatan menentukan kecepatan kesembuhan pasien. Oleh karena itu tim medis yang terlibat harus memberikan perhatian khusus kepada pasien, khususnya pada pasien yang akan dilakukan pembedahan (Vasilefa, 2015). Melalui sikap perhatian tim medis kepada pasien akan menciptakan hubungan yang baik antara profesional kesehatan dengan pasien yang sangat penting terhadap kepuasan pasien. Terjalannya hubungan interpersonal yang baik akan dapat menimbulkan kepercayaan dan meningkatkan kepuasan pasien tersendiri (Khalid, 2016).

2. Informasi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, informasi adalah pendidikan atau keseluruhan makna yang menunjang amanat yang terlihat dalam bagian-bagian amanat itu. Kondisi pasien yang akan menjalani prosedur operasi dan anestesi mempunyai masalah yang perlu penatalaksanaan optimal salah satunya dengan pemberian informasi. Fungsi utamanya adalah menyampaikan pesan atau menyebarluaskan informasi

kepada pasien, dengan harapan dari penyebarluasan informasi itu, para penerima informasi atau pasien mengetahui sesuatu yang ingin diketahuinya (Affandi *et al.*, 2017).

Informasi yang diberikan selama proses perianestesi dan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan merupakan hal penting dalam menentukan kepuasan pasien. Didapatkan data 85,6% pasien yang mendapat informasi tentang pelayanan anestesi dan dilibatkan dalam pengambilan keputusan merasa puas terhadap pelayanan anestesi (Heidegger *et al.*, 2013). Pemberian informasi dengan komunikasi yang efektif merupakan upaya terpenting yang berpusat pada pasien yang dapat dilakukan oleh tim anestesi. Sebuah studi prospektif pada populasi bedah mengevaluasi perawatan anestesi yang paling penting bagi pasien. Studi menghasilkan bahwa butir pernyataan peringkat yang tertinggi yaitu terkait dengan pemberian informasi yang memadai kepada pasien dan menjaga komunikasi yang efektif (Borrell-Vega *et al.*, 2018).

Pada fase perawatan pra operasi, pasien diberikan informasi oleh ahli anestesi untuk mengidentifikasi kecemasan, mengomunikasikan kekhawatiran pasien dan menjawab semua pertanyaan pasien. Lalu diikuti dengan memberikan informasi tentang kemungkinan kecil efek samping anestesi. Ahli anestesi mempersiapkan pasien untuk anestesi, serta menciptakan rasa percaya diri dan kepercayaan terhadap ahli anestesi dan perawat yang merawat pasien. Hal itu digolongkan sebagai faktor terpenting dalam fase perawatan ruang operasi (Borrell-Vega *et al.*, 2018).

Pada fase pasca-operasi pasien juga akan dinilai komunikasi seputar bagaimana operasi dan anestesi berjalan, penjelasan tentang komplikasi tak terduga. Tinjauan sistematis yang menilai kepuasan pasien setelah menerima anestesi menegaskan pentingnya komunikasi, tidak hanya dalam upaya penjelasan prosedur anestesi tetapi juga dalam efektivitas penjelasan yang lengkap oleh pasien. Tidak jarang pasien memiliki keterbatasan informasi tentang teknik anestesi, serta peran ahli anestesi, yang mengarah pada keadaan yang lebih cemas dan takut yang dapat diringkas dengan memastikan pasien memahami prosedurnya. Memberikan informasi yang mudah dimengerti, berfokus pada pasien dan disesuaikan mengenai pengalaman anestesi dapat dicapai melalui kunjungan pra operasi atau melalui buklet informasi, lembar informasi tertulis, atau tertulis laporan dari konsultan anestesiologi mengenai perawatan pasien (Borrell-Vega *et al.*, 2018).

3. Ketidaknyamanan

Ketidaknyamanan merupakan kondisi ketika individu atau pasien mengalami sensasi tidak nyaman sebagai respon terhadap stimulus rangsang. Pada anestesi regional pasien akan tetap sadar saat dilakukan operasi sehingga setiap proses pembedahan dapat menyebabkan ketidaknyamanan. Beberapa contoh ketidaknyamanan yang timbul pasca-anestesi antara lain nyeri, mual, dan muntah. Masalah anestesi regional yang dapat timbul pada pasien adalah gangguan kenyamanan. Berdasarkan KMK RI Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal

rumah sakit menyatakan bahwa kenyamanan adalah salah satu standart yang harus dipenuhi rumah sakit kepada pasien. Sehingga penyebab dari ketidaknyamanan pasien harus segera dicari penyebabnya dan ditangani dengan baik untuk meningkatkan kenyamanan pasien dalam meningkatkan kepuasan anestesi regional pada pasien pasca-operasi.

4. Waktu tunggu

Waktu tunggu merupakan waktu yang diperlukan pasien sebelum bertemu dengan petugas kesehatan (Diyantika, 2018). Waktu tunggu sebagai salah satu indikator kepuasan pasien dan mutu pelayanan rumah sakit (Torry *et al.*, 2016). Berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya waktu tunggu pasien operasi elektif ≤ 2 hari. Waktu tunggu pasien dengan jam berkunjung dokter spesialis akan menggambarkan kepedulian tenaga medis pada ketepatan waktu pemberian pelayanan. Kunjungan oleh dokter spesialis kepada setiap pasien dilakukan setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu yang menjadi tanggung jawabnya dilakukan antara jam 08.00-14.00 (Menteri Kesehatan RI, 2008). Kesesuaian waktu selama pelayanan dengan penentuan jadwal yang sudah ditentukan sebelumnya menggambarkan tingkat profesionalisme yang tinggi. Hal tersebut dapat meningkatkan tingkat kepuasan pasien dalam menilai pelayanan rumah sakit (Khalid, 2016).

5. Rasa sakit

Rasa sakit adalah faktor yang sangat berpengaruh terhadap kepuasan pasien bedah. Rasa sakit dapat digambarkan dan dijelaskan sebagai suatu

sensasi yang tidak menyenangkan, melibatkan afek, dan pada nyeri akut, dapat disertai kerusakan jaringan yang nyata atau dapat pula tidak (A. Pramono, 2019). Semakin rendah tingkat rasa sakit yang dirasakan pasien pasca-anestesi, akan menunjukkan angka kepuasan yang semakin tinggi dan sebaliknya. Penelitian Kalkman menyatakan bahwa pasien yang mengeluh rasa sakit ringan tingkat kepuasan terhadap pelayanan anestesiya lebih tinggi (69,4%) dibandingkan dengan pasien yang mengeluh nyeri berat (28,8%) (Khalid, 2016).

Selain 5 faktor penting diatas, dalam pengembangan dan implementasi instrumen kepuasan anestesi diperlukan adanya data demografi pasien yang telah divalidasi dalam literatur untuk survei kepuasan pasien meliputi: data usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis anestesi, dan jenis operasi (Glenn E., *et al* 2014). Berikut adalah penjelasannya;

1. Usia pasien

Usia pasien berpengaruh pada penilaian kepuasan seseorang. Pada pasien yang berusia tergolong muda lebih banyak menyatakan tidak puas jika dibandingkan dengan pasien yang sudah berusia tua. Ahli lain juga berpendapat bahwa umur produktif mempunyai tuntutan dan harapan yang lebih besar dalam menerima pelayanan kesehatan dibandingkan dengan usia tua (Rosdiana *et al.*, 2017). Berdasarkan uji validasi EVAN-LR oleh Maurice-Szamburski versi Bahasa Prancis dan Inggris menyatakan bahwa pasien yang lebih tua dengan usia lebih dari 55 tahun menunjukkan skor kepuasan yang lebih tinggi untuk sebagian besar dimensi (Maurice-

szamburski *et al.*, 2013). Berikut adalah pembagian usia menurut Departemen Kesehatan RI (2009):

- a. Masa balita : mulai usia 0 – 5 tahun
- b. Masa kanak-kanak : usia 6 – 11 tahun
- c. Masa remaja awal : usia 12 – 16 tahun
- d. Masa remaja akhir : usia 17 – 25 tahun
- e. Masa dewasa awal : usia 26 – 35 tahun
- f. Masa dewasa akhir : usia 36 – 45 tahun
- g. Masa lansia awal : usia 46 – 55 tahun
- h. Masa lansia akhir : usia 56 – 65 tahun
- i. Masa manula : usia 65 tahun ke atas

2. Jenis kelamin

Jenis kelamin perempuan dan laki-laki menjadi salah satu faktor kepuasan pasien. Hal tersebut dikaitkan dengan skor kepuasan anestesi regional pasien perempuan pada aspek pemberian informasi yang lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa sifat perempuan yang lebih sensitif dan perhatian cenderung kurang puas dibandingkan laki-laki yang lebih memiliki sifat bebas (Maurice-szamburski *et al.*, 2013) .

3. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan usaha sadar dan terencana dalam mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran untuk mengembangkan potensi diri, kepribadian, kecerdasan, ahklak mulia, dan mengajarkan ketrampilan serta mencari wawasan yang diperlukan dalam hal

medis untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan tinggi yang dimiliki seseorang akan semakin banyak pengetahuan yang didapatkan. Pendidikan yang rendah dapat menghambat perkembangan sikap seseorang pasien terhadap nilai pengetahuan yang diperkenalkan (Rosid *et al.*, 2019).

Pasien dengan pendidikan tinggi memiliki ekspektasi yang lebih terhadap pelayanan kesehatan, sehingga tidak jarang mereka memiliki tingkat kepuasan yang lebih rendah. Sedangkan pasien dengan pendidikan rendah memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi jika menjalani prosedur atau tindakan medis akibat kurangnya pengetahuan yang mereka miliki mengenai hal tersebut. Namun, dengan penjelasan informasi yang baik mengenai prosedur medis yang akan mereka jalani hal ini dapat ditanggulangi sehingga dapat meningkatkan angka kepuasan pasien (Khalid, 2016).

4. Jenis anestesi

Pada penelitian ini digunakan jenis anestesi regional yaitu metode anestesi yang lebih bersifat sebagai analgesik karena menghilangkan nyeri pada bagian regional yang diblok sehingga tidak merasakan sensasi nyeri pada sebagian tubuh dan pasien dapat tetap sadar (A. Pramono, 2019). Pada teknik anestesi regional saat ini penggunaannya sedang mengalami perkembangan sebagai teknik utama selama pandemi *Covid-19* karena dapat mengurangi kebutuhan saat anestesi umum dan adanya risiko terkait

prosedur yang menghasilkan aerosol dari pasien. Hal tersebut tentunya dapat memengaruhi kepuasan pasien (Khalid, 2016).

5. Jenis operasi

Pada penelitian Maurice-Szamburski penggunaan kuesioner EVAN-LR untuk menilai kepuasan anestesi regional pada beberapa jenis operasi yaitu: ortopedi (27,4%), tangan (36,9%), bedah plastik (8,2%), oftalmologi (4,7%), tulang belakang (4,6%), pencernaan (2,8%), urologi (2,3%), dan lainnya (7,2%) termasuk ginekologi (Maurice-szamburski *et al.*, 2013). Sedangkan pada penelitian Omer Faruk Boran (MD) diterapkan pada jenis operasi persalinan (24,1%), prosedur bedah urologis (24,3%), operasi ortopedi (26,4%), dan operasi bedah umum (25,2%) (Boran & Korukcu, 2020).

E. Pengembangan, Penerjemahan dan Modifikasi Kuesioner EVAN-LR

Pada penelitian ini akan dilakukan studi awal pengembangan InRAS-Q hasil modifikasi dari kuesioner EVAN-LR versi Indonesia melalui proses penerjemahan dan modifikasi kuesioner. EVAN-LR sebagai kuesioner multidimensi yang digunakan khusus untuk menilai kepuasan anestesi regional pada pasien pasca-operasi. EVAN-LR terdiri dari 19 butir pernyataan, terstruktur dalam indeks global dan lima dimensi, yang terdiri dari: perhatian, informasi, ketidaknyamanan, waktu tunggu, dan rasa sakit. Kuesioner ini terdiri dari pertanyaan yang menilai kepuasan anestesi regional pasien yang mengacu pada teori harapan, yang mendefinisikan kepuasan sebagai perbedaan antara harapan dan pengalaman saat ini.

EVAN-LR dipilih dalam penelitian ini karena memiliki sifat kuesioner dengan psikometrik tinggi, bentuk pernyataannya singkat, dan khusus untuk jenis prosedur operasi pada pasien yang akan dilakukan anestesi regional, perhitungan skor kuesioner ini menggunakan skala Likert lima poin 1-5 (Boran & Korukcu, 2020). Kelebihan dari skala 5 poin pada penelitian ini adalah sesuai dengan kuesioner asli EVAN-LR yaitu relatif lebih mudah dipahami oleh responden. Skala 5 poin sangat ideal untuk studi kuesioner, dan cenderung menghasilkan distribusi data yang lebih baik.

Semua skor dimensi ditransformasikan secara linier ke skala 0-100, dengan 100 menunjukkan tingkat kepuasan terbaik dan 0 yang terburuk. Kuesioner yang sudah dinilai oleh panelis akan di ujicobakan kepada pasien dengan kriteria inklusi pasien adalah: bersedia menjadi responden, pasien sudah menjalani perawatan pasca-anestesi regional minimal selama 48 jam di bangsal bedah, usia antara 17-65 tahun, pasien pasca-bedah elektif, mampu berkomunikasi, membaca dan menulis Bahasa Indonesia, dan memiliki kesadaran composmentis.

Struktur multidimensi kuesioner EVAN-LR memungkinkan untuk digunakan sebagai alat klinis dalam meningkatkan manajemen dan mutu pelayanan anestesi regional yang memiliki peran penting dalam membangun citra rumah sakit. Ukuran hasil kepuasan yang dilaporkan setiap pasien dapat digunakan untuk beberapa tujuan dan berfungsi sebagai bantuan dalam proses pengambilan keputusan dokter anestesi atau bedah (Boran & Korukcu, 2020). Kuesioner terdiri dari serangkaian pernyataan untuk menilai setiap dimensi

kepuasan dan harus diselesaikan oleh pasien sebelum keluar dari rumah sakit (Linero, 2017).

Dilakukan kegiatan elaborasi kuesioner yang valid dan andal dengan langkah-langkah yang dilakukan. Karena belum tentu kuesioner memiliki properti psikometris yang memuaskan setelah diuji. Peneliti akan melakukan prosedur pengembangan kuesioner dengan memodifikasi pernyataan kuesioner EVAN-LR asli untuk mengantisipasi jika butir pernyataan tidak valid setelah diujikan. Secara umum, proses modifikasi dilakukan dengan kerangka teoritis EVAN-LR asli dan beberapa pernyataan yang relevan, untuk kemudian dikembangkan ke dalam Bahasa Indonesia. Pada landasan teoritis yang digunakan sama seperti pada landasan teoritis kuesioner EVAN-LR asli dan untuk perbaikan pernyataan berdasarkan uji validitas dengan panelis dari ahli bahasa dan ahli anestesi.

F. Manfaat Penilaian Kepuasan Anestesi Regional Pasien Pasca-Operasi

Kepuasan pasien menjadi kriteria utama untuk menilai kualitas perawatan, sebagai tujuan yang ingin dicapai dan sebagai indikator yang andal dan terukur dari kualitas yang diberikan oleh suatu pelayanan kesehatan (Linero, 2017). Kepuasan pada pelayanan anestesi dapat memberikan evaluasi mulai dari struktur, proses, dan memengaruhi hasil dari pelayanan yang telah diberikan (Maurice-szamburski, 2017). Kepuasan pasien pada pelayanan kesehatan akan meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan dan pengobatan pasien, serta cenderung kembali dan merekomendasikan menggunakan pelayanan yang sudah diterima di masa yang akan datang (Badrin *et al.*, 2019).

Terdapat beberapa manfaat dari penilaian kepuasan anestesi regional pasien pasca-operasi, antara lain:

1. Meningkatkan kesembuhan pasien

Kesembuhan adalah aspek yang sangat penting dalam mempengaruhi kepuasan pasien. Melalui kepuasan pasien dapat menumbuhkan motivasi positif terhadap kesembuhan pasien dalam menjalani perawatan di rumah sakit (Arham *et al.*, 2021). Dalam sebuah pelayanan kesehatan bertujuan untuk mengatasi masalah kesehatan pada pasien. Pencapaian tingkat kesembuhan pasien pada masalah kesehatannya yang tidak mencapai target kebanyakan disebabkan oleh pengetahuan dan motivasi pasien yang rendah tentang kesembuhan pasien dalam menjalani perawatan di rumah sakit. Sehingga melalui penilaian kepuasan pasien yang dapat menumbuhkan motivasi positif dalam diri pasien diharapkan dapat mempercepat kesembuhan pasien di rumah sakit.

Hasil penelitian Badan Pusat Statistik (2018-2020) menyatakan bahwa persentase penduduk yang mengalami keluhan pada pelayanan kesehatan dari tahun 2018 hingga 2020 mengalami peningkatan. Berdasarkan pada keadaan tersebut dapat diartikan bahwa kebutuhan masyarakat pada layanan kesehatan akan ikut meningkat. Salah satu hasil layanan kesehatan selain kesembuhan pasien adalah kepuasan pasien. Kecepatan kesembuhan yang dirasakan pasien juga menjadi faktor baik atau tidaknya kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan tergantung pada kemampuan pihak penyedia layanan kesehatan dalam memenuhi harapan pasien secara konsisten (Rosdiana *et al.*, 2017).

2. Meningkatkan mutu anestesi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Pasal 1 tentang Komite Mutu Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi dengan pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Didalam suatu rumah sakit terdapat komite mutu, yaitu unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit (PMK RI Nomor 80 Tahun 2020).

Mutu pelayanan kesehatan menjadi kebutuhan dasar setiap orang. Fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, atau balai pengobatan merupakan organisasi jasa pelayanan umum yang melayani masyarakat secara langsung, oleh karena itu rumah sakit khususnya harus memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan harapan pasien (Linero, 2017). Demikian juga mutu pelayanan kesehatan, hal ini akan tergantung dari sudut pandang pelakunya. Menurut pasien mutu adalah empati, menghargai dan anggapan sesuai dengan kebutuhan dan ramah. Sedangkan menurut petugas kesehatan, mutu merupakan bebas melakukan sesuatu secara profesional sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan dan peralatan yang memenuhi standar (Elizabeth, 2015).

Pada mutu anestesi regional potensi dan keunggulannya sudah diketahui melebihi anestesi umum (Nurchahyo, 2019). Jadi dalam paktiknya

secara umum dalam mutu anestesi adalah kombinasi yang unik antara keterampilan dan ilmu. Pasien paling dipengaruhi oleh tindakan anestesi, tetapi mungkin juga yang paling terakhir menyadari keberhasilan atau kegagalannya, karena pasien tidak sadar pada saat kejadian. Apresiasi mutu perawatan standar dan tindakan anestesi oleh ahli bedah kurang berperan, dan seringkali hanya tergantung pada kriteria kasar apakah penderita masih diam atau tidak selama tindakan, apakah pasien cukup santai selama pembedahan abdomen, atau apakah pasien segera sadar sesudahnya, dan tidak membutuhkan perawatan pasca-bedah yang berlebihan. Keselamatan pasien merupakan tanggung jawab ahli anestesi yang utama (Thomas B. Boulton, 2012).

Mutu anestesi biasanya diukur oleh angka kematian, tetapi sekarang angka kematian karena anestesi sangat rendah (mungkin satu kematian dari 180.000 kejadian anestesi di Inggris) sehingga indeks tersebut tidak berarti. Angka morbiditas karena anestesi yang kecil seringkali tidak sebanding dengan nyeri atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh tindakan pembedahan, tetapi seringkali diperbesar oleh pasien yang memaklumi penyulit saat operasi, tetapi tidak dapat menerima kenyataan gangguan karena anestesi (Thomas B. Boulton, 2012).

Tindakan menerangkan pasien secara terperinci tentang potensi risiko anestesi perlu untuk kepentingan hukum dan maksud baik karena dapat sangat menakutkan pasien yang sadar adanya kontraindikasi kecil, maka untuk menyeimbangkannya harus dilakukan pada kunjungan oleh

ahli anestesi sebelum pembedahan. Keamanan dan kenyamanan pasien dan keberhasilan anestesi terutamanya tergantung pada ahli anestesi. Anestesi yang terbaik tidak disadari oleh ahli bedah maupun pasien, sehingga tindakan ahli anestesi hanya kesadaran diri bahwa sudah melakukan tugas dengan baik (Thomas B. Boulton, 2012).

Kepuasan pasien tidak hanya memberikan dampak positif kepada pasien, tetapi juga kepada rumah sakit sebagai pemberi pelayanan (Badrin *et al.*, 2019). Pengukuran kepuasan pasien menjadi bagian dalam proses penjaminan mutu pelayanan kesehatan yaitu sebagai masukan, bahan evaluasi, dan perencanaan bagi manajemen rumah sakit dan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan (Andriani, 2017).

3. Meningkatkan kualitas pelayanan anestesi

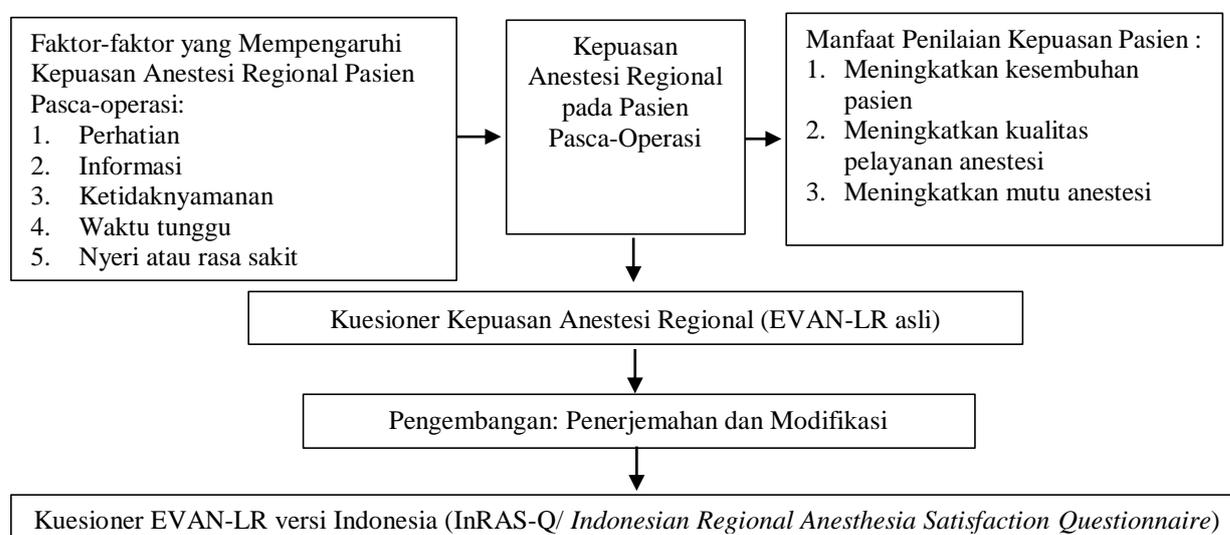
Kualitas pelayanan anestesi yang diterima oleh pasien adalah apa saja yang telah dilakukan oleh pemberi layanan ahli anestesi kepada pasien, seberapa pelayanan anestesi yang berkaitan dengan proses pemulihan dan kesembuhan pasien, serta kelangsungan perawatan pasien selama berada di rumah sakit. Konsep kualitas pelayanan sekarang sudah banyak diterapkan dalam bidang kesehatan. Digunakan sebagai hasil dari pelayanan dan tanggung jawab dokter untuk memberikan yang terbaik kepada pasiennya dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas layanan (Linerio, 2017).

Sampai saat ini, kualitas menyangkut semua orang yang terlibat dalam proses perawatan, mulai dari pasien dan profesional kesehatan, hingga politisi dan manajer. Organisasi kesehatan dunia mendefinisikan

konsep kualitas terkait dengan layanan kesehatan yaitu memastikan bahwa setiap pasien menerima serangkaian layanan diagnostik dan terapeutik yang paling cocok untuk mencapai perawatan kesehatan yang optimal, dengan mempertimbangkan semua faktor, pengetahuan pasien, layanan medis, untuk mencapai hasil terbaik dengan risiko minimum serta kepuasan pasien yang maksimum melalui proses (Linerio, 2017).

Pelayanan anestesiologi dan terapi intensif di rumah sakit adalah salah satu bagian dari pelayanan kesehatan yang berkembang dengan cepat seiring dengan peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang anestesi (Menteri Kesehatan RI, 2011). Seiring dengan perkembangannya bentuk pelayanan berkualitas yang merupakan harapan bagi setiap penerima pelayanan kesehatan. Dengan demikian, semua petugas kesehatan memiliki tanggung jawab yang besar untuk memberikan pelayanan berkualitas bagi pasien (Badrin *et al.*, 2019).

G. Kerangka Teori



Bagan 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : (Maurice-szamburski *et al.*, 2013); (Boran & Korukcu, 2020)