

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh yang menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia memiliki arti kesetiaan, ketaatan, atau loyalitas. Sedangkan menurut Oxford English Dictionary, kepatuhan merupakan sebuah tindakan yang sesuai dengan, atau hasil dari sebuah hasrat, permohonan, kondisi, petunjuk, dan mengabulkan sebuah instruksi. Kepatuhan disebut juga compliance atau adherence yang berasal dari bahasa Latin complire yang bermakna untuk memenuhi dan menyelesaikan sebuah tindakan, transaksi, atau proses, serta untuk memenuhi sebuah janji (Aronson et al., 2007). Efstathiou et al. (2011) menawarkan definisi yang luas dari kepatuhan dalam tatacara pelayanan kesehatan. Berdasarkan definisi tersebut, kepatuhan adalah tingkatan dari perilaku tertentu (contoh: menuruti perintah dokter atau menerapkan gaya hidup sehat) yang sesuai dengan instruksi dokter atau nasehat pelayanan kesehatan.

Teori kepatuhan awalnya diperkenalkan oleh Stanley Milgram yang menyebutkan bahwa kepatuhan merupakan sebagian bentuk dari persesuaian (conformity). Stanley Milgram merupakan psikolog di Universitas Yale, ia meneliti tentang perselisihan antara kepatuhan dan suara hati seseorang. Dalam penelitian tersebut ia menggunakan konsep teacher-learner, dimana ia meneliti seseorang yang berperan sebagai guru yang sedang menguji orang yang sebenarnya adalah orang suruhan Milgram. Apabila sang learner tersebut salah dalam menyebutkan kata yang sudah diajarkan sebelumnya maka ia akan dialiri arus listrik 15-450 volt. Hasilnya sangat mencengangkan yaitu 65% responden dapat melanjutkan untuk menekan tombol hingga 450 volt. Kesimpulannya adalah orang cenderung akan mematuhi perintah orang yang memiliki kekuasaan bahkan apabila harus membunuh manusia yang tidak bersalah. Milgram juga melakukan beberapa variasi dalam penelitiannya,

mulai dari lokasi penelitian, penampilan peneliti, status kekuasaan, dll. Dimana semua faktor tersebut mempengaruhi hasil dari kepatuhan responden (Bocchiaro dan Zamperini, 2012).

a. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan pada percobaan yang dilakukan Milgram adalah sebagai berikut.

1) Status Lokasi

Menurut Shaw (1979) kepatuhan berhubungan dengan prestige seseorang di mata orang lain. Demikian juga dengan lokasi. Apabila seseorang percaya bahwa lembaga yang menyelenggarakan penelitian adalah lembaga yang memiliki status keabsahan, prestise, dan kehormatan, maka lembaga atau organisasi tersebut akan dipatuhi oleh anggota organisasi.

Prestige adalah reputasi atau pengaruh yang timbul dari keberhasilan, prestasi, pangkat, atau atribut lain yang menguntungkan. Perbedaan atau reputasi yang melekat pada seseorang atau sesuatu dan dengan demikian memiliki cap untuk orang lain atau untuk masyarakat.

2) Tanggung Jawab Personal

Bertanggung jawab menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia adalah berkewajiban menanggung, memikul jawab, menanggung segala sesuatunya, atau memberikan jawab dan menanggung akibatnya. Manusia yang bertanggung jawab adalah manusia yang dapat menyatakan diri sendiri bahwa tindakannya itu baik dalam arti menurut norma umum, sebab baik menurut seseorang belum tentu baik menurut pendapat orang lain. Dengan kata lain, tanggung jawab adalah kesadaran manusia akan tingkah laku atau perbuatannya yang disengaja maupun yang tidak disengaja. Pada percobaan Milgram, didapatkan bahwa ketika tanggung jawab personal berkurang maka ketaatan meningkat. Hal ini berhubungan dengan teori agency Milgram yang menyatakan bahwa kepatuhan dapat diciptakan melalui seseorang yang memasuki status sebagai agen (agentic state) dimana terdapat pengalihan tanggung jawab dimana tanggung jawab dari seseorang ini dilepaskan dan diberikan kepada figur otoritas selaku pemberi perintah.

3) Legitimasi Figur Otoritas (Keabsahan Figur Otoritas)

Legitimasi dapat diartikan seberapa jauh masyarakat mau menerima dan mengakui kewenangan, keputusan atau kebijakan yang diambil oleh seorang pemimpin. Faktor penting yang dapat menimbulkan kepatuhan sukarela adalah penerimaan seseorang akan ideologi yang mengabsahkan kekuasaan orang yang berkuasa dan membenarkan intruksinya.

Menurut Anderson (2008), kekuasaan bisa menjadi legitimate (sah) apabila diterima oleh anggota dari masyarakat. Otoritas adalah kekuasaan yang diterima oleh orang lain sebagai keabsahan atau sesuatu yang sah yang muncul dari pelaksanaan kekuasaan dan kepercayaan konstituen bahwa kekuasaan itu sah.

4) Status Figur Otoritas

Status adalah tingkatan dalam sebuah kelompok. Status sosial adalah kedudukan social seseorang dalam kelompok masyarakat (meliputi keseluruhan posisi sosial yang terdapat dalam kelompok masyarakat). Status dibagi menjadi 3 yaitu Ascribed Status, Achieved Status, Assigned Status. Seseorang yang memiliki status dan kekuasaan social lebih tinggi akan lebih dipatuhi daripada seseorang dengan status sosial yang sama. Dalam percobaan yang dilakukan Milgram ditemukan bahwa orang lebih patuh jika seseorang yang memberikan perintah adalah orang yang terlihat profesional.

Simbol status adalah penggunaan symbol atau lambang untuk menunjukkan kedudukan seseorang dalam masyarakat yang diwujudkan dalam bentuk tingkah laku sesuai dengan status yang dimilikinya. Saat pemberi perintah adalah orang biasa, kepatuhan menurun ke tingkat 20%. Hal ini mengindikasikan bahwa peran sosial seseorang memiliki kewenangan yang cukup dan prestise untuk mengamankan ketaatan, terlepas dari konteks social (Kokot, 2001).

5) Dukungan Sesama Rekan

Seseorang cenderung berperilaku sama dengan rekan atau sesama dalam lingkungan sosialnya. Orang cenderung bersama sesuai dengan kelompok

sosialnya misalnya umur, jenis kelamin, ras, agama, hobi, pekerjaan cenderung bertindak dan berperilaku seperti anggota dari kelompok tersebut. Salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan adalah kehadiran atau keberadaan rekan yang menolak untuk patuh (Encina, 2004). Jika seseorang memiliki dukungan sosial dari teman mereka yang tidak patuh, maka kepatuhan juga cenderung berkurang. Lingkungan yang tidak patuh akan memudahkan seseorang untuk berbuat ketidakpatuhan sehingga sama dengan lingkungannya meskipun kepatuhan adalah sesuatu yang penting (Fernald, 2007).

6) Kedekatan Figur Otoritas

Salah satu faktor yang jelas dalam percobaan Milgram tentang kepatuhan ini adalah kehadiran atau pengawasan langsung dari seorang figur otoritas. Bila seorang figur otoritas meninggalkan ruangan dan memberikan intruksinya lewat telepon, kepatuhan akan menurun (Atkinson, 1983). Lebih mudah untuk melawan perintah dari figur otoritas jika mereka tidak dekat (Dewey, 2007). Sebaliknya, ketika sosok otoritas dekat maka ketaatan adalah cenderung lebih tinggi. Dengan kehadiran figur otoritas, maka dapat mengawasi secara langsung dan memberikan instuksi langsung mengenai prosedur dan juga arahan mengenai apa yang harus dilakukan.

2.2 Konsep Dasar Pembedahan

2.2.1 Pengertian Operasi

Bedah atau operasi merupakan tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana.

Pembedahan merupakan cabang dari ilmu medis yang ikut berperan terhadap kesembuhan dari luka atau penyakit melalui prosedur manual atau melalui operasi dengan tangan (Wanenoer, 2010).

2.2.2 Indikasi Pembedahan

Tindakan pembedahan atau operasi dilakukan berdasarkan atau sesuai dengan indikasi. Beberapa indikasi yang dapat dilakukan pembedahan diantaranya sebagai berikut :

- a. Diagnostik, misalnya biopsi atau laparatomi eksplorasi.
- b. Kuratif, misalnya eksisi tumor atau mengangkat apendiks yang mengalami inflamasi.
- c. Reparatif, misalnya memperbaiki luka multiple.
- d. Rekonstruksi atau kosmetik, misalnya mammoplasty atau bedah plastik.
- e. Paliatif, misalnya menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, seperti pemasangan selang gastrostomi yang dipasang untuk mengkompensasi terhadap ketidakmampuan menelan makanan.

2.2.3 Klasifikasi Pembedahan

Klasifikasi pembedahan (operasi) didasarkan berbagai pertimbangan, diantaranya adalah :

- a. Berdasarkan urgensinya, maka tindakan pembedahan dapat diklasifikasikan menjadi 5 (lima) tingkatan, yaitu :

1) Darurat (*emergency*)

Pembedahan yang dilakukan karena pasien membutuhkan perhatian segera, karena gangguan atau mungkin karena mengancam jiwa. Indikasi dilakukan pembedahan tidak bisa ditunda. Contohnya pembedahan dilakukan pada perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, dan luka bakar yang sangat luas.

2) Urgen

Pembedahan yang dilakukan karena pasien membutuhkan perhatian

segera, akan tetapi pembedahan dapat dilakukan atau ditunda dalam waktu 24-30 jam. Contohnya adalah pembedahan pada infeksi kandung kemih akut, hiperplasia prostat dengan obstruksi, batu ginjal atau batu pada uretra.

3) Diperlukan

Pembedahan yang dilakukan dimana pasien harus menjalani pembedahan untuk mengatasi masalahnya, akan tetapi pembedahan dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contohnya adalah hiperplasia prostat (BPH) tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tiroid, dan penyakit katarak.

4) Elektif

Pasien harus menjalani pembedahan ketika diperlukan, dan bila tidak dilakukan tidak terlalu membahayakan. Contohnya adalah perbaikan skar, hernia sederhana, atau perbaikan vaginal.

5) Pilihan

Keputusan tentang dilakukan pembedahan diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi pembedahan merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contohnya adalah bedah plastik atau kosmetik.

b. Berdasarkan faktor resikonya dibagi menjadi :

1) Bedah minor

Bedah minor adalah pembedahan yang dapat menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim, misalnya insisi dan drainase kandung kemih, dan sirkumsisi.

2) Bedah mayor

Bedah mayor adalah pembedahan yang dapat menimbulkan trauma fisik yang luas, dan resiko kematiannya sangat serius, misalnya total abdominal histerektomi, reseksi kolon, dan lain-lain.

c. Berdasarkan kebersihannya dibedakan menjadi :

1) Pembedahan bersih, adalah pembedahan yang dilakukan

dimana kontaminasi endogen minimal dan luka operasi tidak terinfeksi. Misalnya herniorafi. Karakteristiknya adalah non traumatik, tidak terinfeksi, tidak ada inflamasi, tidak melanggar teknik aseptik, penutupan secara primer, tidak ada drain (beberapa institusi membolehkan penggunaan penghisapan luka tertutup untuk operasi bersih)

- 2) Pembedahan bersih terkontaminasi, adalah pada pembedahan yang dilakukan terjadi kontaminasi bakteri yang dapat terjadi sumber dari endogen. Misalnya operasi appendiktomi. Karakteristik : melanggar teknik aseptik, dan luka dapat berair.
- 3) Pembedahan terkontaminasi, adalah pembedahan yang dilakukan dimana telah terjadi kontaminasi oleh bakteri. Misalnya perbaikan trauma baru terbuka. Misalnya terjadi percikan dari traktus gastrointestinal (GI) urin; urin atau empedu terinfeksi. Karakteristik: luka terbuka traumatik yang baru; inflamasi nonpurulen akut dan melanggar teknik aseptik.
- 4) Pembedahan kotor, adalah pembedahan yang dilakukan pada jaringan yang terinfeksi, jaringan mati, atau adanya kontaminasi mikroba. Misalnya drainase abses. Karakteristik : luka traumatik lama (lebih dari 12 jam); luka terinfeksi, organ viseral yang mungkin mengalami perforasi (Abdul Majid dkk, 2011).

2.2.4 Faktor Resiko Pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan menurut Potter & Perry antara lain:

a. Usia

Pasien dengan usia yang terlalu muda (bayi/anak-anak) dan usia lanjut mempunyai resiko lebih besar. Hal ini diakibatkan cadangan fisiologis pada usia tua sudah sangat menurun, sedangkan pada bayi dan anak-anak disebabkan oleh karena belum maturnya semua fungsi organ.

b. Nutrisi

Kondisi malnutrisi dan obesitas/kegemukan lebih beresiko terhadap pembedahan dibandingkan dengan orang normal dengan gizi baik terutama pada fase penyembuhan. Pada orang malnutrisi maka orang tersebut mengalami defisiensi nutrisi yang sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka. Nutrisi- nutrisi tersebut antara lain adalah protein, kalori, air, vitamin C, vitamin B kompleks, vitamin A, Vitamin K, zat besi dan seng (diperlukan untuk sintesis protein).

Pada pasien yang mengalami obesitas. Selama pembedahan jaringan lemak, terutama sekali sangat rentan terhadap infeksi. Selain itu, obesitas meningkatkan permasalahan teknik dan mekanik. Oleh karenanya defisiensi dan infeksi luka, umum terjadi. Pasien obesitas sering sulit dirawat karena tambahan berat badan; pasien bernafas tidak optimal saat berbaring miring dan karenanya mudah mengalami hipoventilasi dan komplikasi pulmonari pasca operatif. Selain itu, distensi abdomen, flebitis dan kardiovaskuler, endokrin, hepatik dan penyakit biliari terjadi lebih sering pada pasien obesitas.

c. Penyakit Kronis

Pada pasien yang menderita penyakit kardiovaskuler, diabetes, PPOM (Penyakit Paru Obstruksi Menahun), dan insufisiensi ginjal menjadi lebih sukar terkait dengan pemakaian energi kalori untuk penyembuhan primer. Dan juga pada penyakit ini banyak masalah sistemik yang mengganggu sehingga komplikasi pembedahan maupun pasca pembedahan sangat tinggi.

Ketidaksempurnaan respon neuroendokrin pada pasien yang mengalami gangguan fungsi endokrin, seperti diabetes mellitus yang tidak terkontrol, bahaya utama yang mengancam hidup pasien saat dilakukan pembedahan adalah terjadinya hipoglikemia yang mungkin terjadi selama pembiusan akibat agen anestesi, atau juga akibat masukan karbohidrat yang tidak adekuat pasca operasi atau pemberian insulin yang berlebihan. Bahaya lain yang mengancam adalah asidosis atau glukosuria. Pasien yang mendapat terapi kortikosteroid beresiko

mengalami insufisiensi adrenal. Penggunaan obat-obatan kortikosteroid harus sepengetahuan dokter anestesi dan dokter bedah.

d. Merokok

Pasien dengan riwayat merokok biasanya akan mengalami gangguan vaskuler, terutama terjadi arterosklerosis pembuluh darah, yang akan meningkatkan tekanan darah sistemik.

e. Alkohol dan obat-obatan

Individu dengan riwayat alkoholik kronik seringkali menderita malnutrisi dan masalah-masalah sistemik, seperti gangguan ginjal dan hepar yang akan meningkatkan resiko pembedahan (Potter dan Perry, 2005).

Anestesi digunakan pertama kali oleh William Thomas Green Morton seorang dokter gigi pada tahun 1846, anestesi terus berkembang pesat hingga sekarang. Saat itu diperagakan pemakaian dietil eter untuk menghilangkan kesadaran dan rasa nyeri pada pasien yang ditanganinya. Dan berhasil melakukan pembedahan tumor rahang pada seorang pasien tanpa memperlihatkan gejala kesakitan. Karena pada saat itu eter merupakan obat yang cukup aman, memenuhi kebutuhan, mudah digunakan, tidak memerlukan obat lain, cara pembuatan mudah, dan harganya murah. Oleh karena itu eter terus dipakai, tanpa ada usaha untuk mencari obat yang lebih baik. Setelah mengalami stagnasi dalam perkembangannya selama

100 tahun setelah penemuan morton barulah kemudian banyak dokter tertarik untuk mempelajari bidang anestesiologi, dan barulah obat-obat anestesi generasi baru muncul satu-persatu (Mangku & Senapathi, 2017).

2.3 Pengertian *Informed Consent*

Informed Consent terdiri dari dua kata yaitu “informed” yang berarti informasi atau keterangan dan “consent” yang berarti persetujuan atau memberi izin. Jadi pengertian *Informed Consent* adalah suatu persetujuan yang diberikan setelah mendapat informasi. Dengan demikian *Informed Consent* dapat

didefinisikan sebagai pernyataan pasien atau keluarga kandung atau wali sah yang mewakilinya yang isinya berupa persetujuan atas rencana tindakan kedokteran yang diajukan oleh dokter setelah menerima informasi yang cukup untuk dapat membuat persetujuan atau penolakan. Persetujuan tindakan yang akan dilakukan oleh dokter harus dilakukan tanpa adanya unsur pemaksaan.

Istilah Bahasa Indonesia *Informed Consent* diterjemahkan sebagai persetujuan tindakan medik yang terdiri dari dua suku kata Bahasa Inggris yaitu *Inform* yang bermakna Informasi dan *consent* berarti persetujuan. Sehingga secara umum *Informed Consent* dapat diartikan sebagai persetujuan yang diberikan oleh seorang pasien kepada dokter atas suatu tindakan medik yang akan dilakukan, setelah mendapatkan informasi yang jelas akan tindakan tersebut.

Informed consent menurut Permenkes No.585 / Menkes / Per / IX/1989, Persetujuan Tindakan Medik adalah Persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

2.3.1 Fungsi dan Tujuan *Informed Consent*

Fungsi dari *Informed Consent* adalah:

- a. Promosi dari hak otonomi perorangan;
- b. Proteksi dari pasien dan subyek;
- c. Mencegah terjadinya penipuan atau paksaan;
- d. Menimbulkan rangsangan kepada profesi medis untuk mengadakan introspeksi terhadap diri sendiri;
- e. Promosi dari keputusan-keputusan rasional;
- f. Keterlibatan masyarakat (dalam memajukan prinsip otonomi sebagai suatu nilai social dan mengadakan pengawasan dalam penyelidikan biomedik.

Informed Consent itu sendiri menurut jenis tindakan / tujuannya dibagi tiga, yaitu :

- a. Yang bertujuan untuk penelitian (pasien diminta untuk menjadi subyek penelitian).

- b. Yang bertujuan mencari diagnosis
- c. Yang bertujuan untuk terapi.

2.3.2 Bentuk Persetujuan *Informed Consent*

Ada 2 bentuk Persetujuan Tindakan Medis, yaitu :

- a. Implied Consent (dianggap diberikan)

Umumnya implied consent diberikan dalam keadaan normal, artinya dokter dapat menangkap persetujuan tindakan medis tersebut dari isyarat yang diberikan/dilakukan pasien. Demikian pula pada kasus *emergency* sedangkan dokter memerlukan tindakan segera sementara pasien dalam keadaan tidak bisa memberikan persetujuan dan keluarganya tidak ada ditempat, maka dokter dapat melakukan tindakan medik terbaik menurut dokter.

- b. Expressed Consent (dinyatakan)

Dapat dinyatakan secara lisan maupun tertulis. Dalam tindakan medis yang bersifat *invasive* dan mengandung resiko, dokter sebaiknya mendapatkan persetujuan secara tertulis, atau yang secara umum dikenal di rumah sakit sebagai surat izin operasi.

Persetujuan tertulis dalam suatu tindakan medis diberikan saat:

- a. Bila tindakan terapeutik bersifat kompleks atau menyangkut resiko atau efek samping yang bermakna.
- b. Bila tindakan kedokteran tersebut bukan dalam rangka terapi.
- c. Bila tindakan kedokteran tersebut memiliki dampak yang bermakna bagi kedudukan kepegawaian atau kehidupan pribadi dan sosial pasien.
- d. Bila tindakan yang dilakukan adalah bagian dari suatu penelitian.

2.3.3 Pemberi Informasi dan Penerima Persetujuan

Pemberi informasi dan penerimam persetujuan merupakan tanggung jawab dokter pemberi perawatan atau pelaku pemeriksaan/tindakan untuk memastikan bahwa persetujuan tersebut diperoleh secara benar dan layak. Dokter memang dapat mendelegasikan proses pemberian informasi dan penerimaan persetujuan, namun tanggung jawab tetap berada pada dokter

pemberi delegasi untuk memastikan bahwa persetujuan diperoleh secara benar dan layak.

Seseorang dokter apabila akan memberikan informasi dan menerima persetujuan pasien atas nama dokter lain, maka dokter tersebut harus yakin bahwa dirinya mampu menjawab secara penuh pertanyaan apapun yang diajukan pasien berkenaan dengan tindakan yang akan dilakukan terhadapnya—untuk memastikan bahwa persetujuan tersebut dibuat secara benar dan layak.

2.3.4 Penolakan Pemeriksaan atau Tindakan

Pasien yang kompeten (dia memahami informasi, menahannya dan mempercayainya dan mampu membuat keputusan) berhak untuk menolak suatu pemeriksaan atau tindakan kedokteran, meskipun keputusan pasien tersebut terkesan tidak logis. Kalau hal seperti ini terjadi dan bila konsekuensi penolakan tersebut berakibat serius maka keputusan tersebut harus didiskusikan dengan pasien, tidak dengan maksud untuk mengubah pendapatnya tetapi untuk mengklarifikasi situasinya. Untuk itu perlu dicek kembali apakah pasien telah mengerti informasi tentang keadaan pasien, tindakan atau pengobatan, serta semua kemungkinan efek sampingnya.

Kenyataan adanya penolakan pasien terhadap rencana pengobatan yang terkesan tidak rasional bukan merupakan alasan untuk mempertanyakan kompetensi pasien. Meskipun demikian, suatu penolakan dapat mengakibatkan dokter meneliti kembali kapasitasnya, apabila terdapat keganjilan keputusan tersebut dibandingkan dengan keputusan- keputusan sebelumnya. Dalam setiap masalah seperti ini rincian setiap diskusi harus secara jelas didokumentasikan dengan baik.

2.3.5 Penundaan Persetujuan

Persetujuan suatu tindakan kedokteran dapat saja ditunda pelaksanaannya oleh pasien atau yang memberikan persetujuan dengan berbagai alasan, misalnya terdapat anggota keluarga yang masih belum setuju, masalah keuangan, atau masalah waktu pelaksanaan. Dalam hal penundaan tersebut cukup lama, maka perlu di cek kembali apakah persetujuan tersebut masih berlaku atau tidak.

2.3.6 Pembatalan Persetujuan Yang Telah Diberikan

Prinsipnya, setiap saat pasien dapat membatalkan persetujuan mereka dengan membuat surat atau pernyataan tertulis pembatalan persetujuan tindakan kedokteran. Pembatalan tersebut sebaiknya dilakukan sebelum tindakan dimulai. Selain itu, pasien harus diberitahu bahwa pasien bertanggungjawab atas akibat dari pembatalan persetujuan tindakan. Oleh karena itu, pasien harus kompeten untuk dapat membatalkan persetujuan.

Kompetensi pasien pada situasi seperti ini seringkali sulit. Nyeri, syok atau pengaruh obat-obatan dapat mempengaruhi kompetensi pasien dan kemampuan dokter dalam menilai kompetensi pasien. Bila pasien dipastikan kompeten dan memutuskan untuk membatalkan persetujuannya, maka dokter harus menghormatinya dan membatalkan tindakan atau pengobatannya. Kadang-kadang keadaan tersebut terjadi pada saat tindakan sedang berlangsung. Bila suatu tindakan menimbulkan teriakan atau tangis karena nyeri, tidak perlu diartikan bahwa persetujuannya dibatalkan. Rekonfirmasi persetujuan secara lisan yang didokumentasikan di rekam medis sudah cukup untuk melanjutkan tindakan. Tetapi apabila pasien menolak dilanjutkannya tindakan, apabila memungkinkan, dokter harus menghentikan tindakannya, mencari tahu masalah yang dihadapi pasien dan menjelaskan akibatnya apabila tindakan tidak dilanjutkan. Dalam hal tindakan sudah berlangsung sebagaimana di atas, maka penghentian tindakan hanya bisa dilakukan apabila tidak akan mengakibatkan hal yang membahayakan pasien .

2.3.7 Lama Persetujuan Berlaku

Teori menyatakan bahwa suatu persetujuan akan tetap sah sampai dicabut kembali oleh pemberi persetujuan atau pasien. Namun demikian, bila informasi baru muncul, misalnya tentang adanya efek samping atau alternatif tindakan yang baru, maka pasien harus diberitahu dan persetujuannya dikonfirmasi lagi. Apabila terdapat jeda waktu antara saat pemberian persetujuan hingga dilakukannya tindakan, maka langkah lebih baik apabila ditanyakan kembali apakah persetujuan tersebut masih berlaku. Hal-hal tersebut pasti juga akan

membantu pasien, terutama bagi mereka yang sejak awal memang masih ragu-ragu atau masih memiliki pertanyaan.

2.4 Penata Anestesi

2.4.1 Definisi Penata Anestesi

Menurut Permenkes No. 18 Tahun 2016 pasal 1 ayat 1 menyebutkan bahwa definisi Penata Anestesi adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan bidang keperawatan anestesi atau Penata Anestesi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Penata Anestesi dalam menjalankan praktik keprofesiannya berwenang untuk melakukan pelayanan asuhan kepenataan anestesi pada anestesi pada pra anestesi, intra anestesi dan pasca anestesi (permenkes no. 18 tahun 2016 pasal 10). Menurut permenkes no. 18 tahun 2016 pasal 11 menyebutkan pelayan asuhan kepenataan praanestesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 yaitu melakukan pengkajian penatalaksanaan pra anestesia yang meliputi persiapan administrasi pasien, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan lain yang diperlukan sesuai kebutuhan pasien baik secara inspeksi, palpasi, maupun auskultasi, pemeriksaan dan penilaian status fisik pasien, analisis hasil pengkajian dan merumuskan masalah pasien, evaluasi tindakan penatalaksanaan pelayanan pra anestesia, mengevaluasi secara mandiri maupun kolaboratif, mendokumentasikan hasil anamnesis/ pengkajian, persiapan mesin anestesia secara menyeluruh setiap kali akan digunakan dan memastikan bahwa mesin dan monitor dalam keadaan baik dan siap pakai, pengontrolan persediaan obat-obatan dan cairan setiap hari untuk memastikan bahwa semua obat-obatan baik obat anestesia maupun obat emergensi tersedia sesuai standar rumah sakit dan memastikan tersedianya sarana prasarana anestesia berdasarkan jadwal, waktu, dan jenis operasi tersebut. Sedangkan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 01.07/Menkes/722/2020 Tentang Standar Propesi Penata Anestesi Pelayanan Anestesi merupakan tindakan medis yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memenuhi keahlian dan kewenangan di bidang Pelayanan Anestesi yaitu dokter spesialis anesthesiologi, yang dalam pelaksanaannya dapat dibantu oleh

tenaga kesehatan lainnya, dalam hal ini tenaga kesehatan yang dimaksud tersebut adalah Penata Anestesi.

Penata Anestesi memiliki tugas pokok dalam Pelayanan Asuhan. Kepenataan Anestesi yang mencakup praanestesi, intraanestesi, dan pascaanestesi. Penata Anestesi dalam menjalankan pelayanan Asuhan Kepenataan Anestesi memiliki kemampuan meliputi praanestesi, intraanestesi, dan pascaanestesi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan kesehatan khususnya ilmu terkait Asuhan Kepenataan Anestesi dan tuntutan pelayanan yang berkualitas, diperlukan pedoman atau referensi untuk merumuskan kompetensi Penata Anestesi yang sesuai dengan kebutuhan tersebut, selanjutnya disusun Standar Kompetensi Penata Anestesi.

2.4.2 Asuhan Kepenataan Anestesi

a. Pengertian

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/722/2020 asuhan kepetaaan anestesi adalah suatu rangkaian kegiatan secara komprehensif kepada pasien yang tidak mampu menolong dirinya sendiri (self care deficit) dalam tindakan pelayanan anestesi pada pra, intra dan pasca anestesi dengan pendekatan metode asuhan kepenataan anestesi meliputi pengkajian, analisis dan penetapan masalah, rencana intervensi, implementasi dan evaluasi Pemeriksaan Pra anestesi.

b. Tujuan

Tujuan Asuhan Kepenataan Anestesi untuk :

- 1) Sebagai pedoman praktik penata anestesi dalam menjalankan praktik profesi.
- 2) Sebagai pedoman praktik mahasiswa keperawatan anestesi dalam menjalankan praktik klinik
- 3) Melindungi masyarakat dari pelayanan yang tidak profesional
- 4) Melindungi profesi dalam menjalankan praktik kepenataan anestesi

c. Tahapan metode Asuhan Kepenataan pra anestesi, sebagai berikut (Kemenkes, 2018) :

1) Pra Anestesi

a) Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengidentifikasi dan menganalisis status kesehatan pasien yang akan diberikan tindakan anestesi, meliputi :

(1) Anamnesis untuk mendapatkan data dasar, meliputi :

- (a) Udara dan Oksigen
- (b) Air dan Elektrolit
- (c) Makanan
- (d) Eliminasi dan Eksresi
- (e) Aktivitas dan Istirahat
- (f) Interaksi Sosial
- (g) Pemeliharaan Kesehatan
- (h) Peningkatan fungsi tubuh dan pengimbangan manusia dalam kelompok sosial sesuai dengan potensinya.

(2) Anamnesis Untuk mendapatkan data fokus untuk pelayanan anestesi, meliputi : “AMPLE”

- (a) Alergi : Riwayat alergi obat-obatan yang telah digunakan dan akan digunakan selama persiapan operasi hingga paska operasi
- (b) Medikasi : Riwayat penggunaan obat-obatan tertentu, seperti obat antihipertensi, diuretik, digitalis, antidiabetik dan aminoglykosida yang dapat menimbulkan intereaksi dengan agen anestetik
- (c) *Past Illness* :
 - (i). Riwayat penyakit sistemik seperti: siabetes melitus, penyakit paru, penyakit jantung, penyakit ginjal, penyakit hepar, gangguan perdarahan, dan lainnya.
 - (ii). Riwayat penyakit keluarga
- (d) *Last Meal*: Makan terakhir atau puasa
- (e) *Event*

- (i). Kebiasaan yang buruk, seperti riwayat merokok dan mengonsumsi alkohol dan menggunakan obat narkotik
- (ii). Kondisi lingkungan yang berhubungan dengan penyakit pasien.

2.5 Evaluasi pra anestesi

a. Pengertian

Evaluasi pra anestesi adalah kegiatan kepenataan pra anestesi yang merupakan pemberian asuhan dan/atau berpartisipasi dalam menyiapkan dan menilai fisiologis dan psikologis pasien, sebagai dasar untuk menentukan asuhan yang dibutuhkan selama periode intra anestesi sampai pasca anestesi, Badan PPSDM Kes kemenkes 2018.

b. Kegiatan

1) Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengidentifikasi dan menganalisis status kesehatan pasien yang akan diberikan tindakan anestesi, (IPAI) 2019 meliputi :

a) Anamnesis

Anamnesis untuk mendapatkan data dasar, meliputi :

- (1) Udara dan Oksigen
- (2) Air dan Elektrolit
- (3) Makanan
- (4) Eliminasi dan Eksresi
- (5) Aktivitas dan Istirahat
- (6) Interaksi Sosial
- (7) Pemeliharaan Kesehatan
- (8) Peningkatan fungsi tubuh dan pengimbangan manusia dalam kelompok sosial sesuai dengan potensinya.

Anamnesis Untuk mendapatkan data fokus untuk pelayanan anestesi, meliputi :
“AMPLE”

- (3) Alergi : Riwayat alergi obat-obatan yang telah digunakan dan akan digunakan selama persiapan operasi hingga paska operasi
- (4) Medikasi : Riwayat penggunaan obat-obatan tertentu, seperti obat antihipertensi, diuretik, digitalis, antidiabetik dan aminoglykosida yang dapat menimbulkan intereaksi dengan agen anestetik
- (5) *Past Illness* :
 - (i). Riwayat penyakit sistemik seperti : siabetes melitus, penyakit paru, penyakit jantung, penyakit ginjal, penyakit hepar, gangguan perdarahan, dan lainnya.
 - (ii). Riwayat penyakit keluarga
- (6) *Last Meal* : Makan terakhir atau puasa
- (7) *Eventt* :
 - (i). Kebiasaan yang buruk, seperti riwayat merokok dan mengkonsumsi alkohol dan menggunakan obat narkotik
 - (ii). Kondisi lingkungan yang berhubungan dengan penyakit pasien

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara *head to toe*, meliputi:

- a) *Breathing* : keadaan jalan nafas, bentuk pipi dan dagu, mulut dan gigi, lidah dan tonsil, apakah jalan nafas mudah tersumbat, apakah intubasi akan sulit, apakah pasien ompong atau menggunakan gigi palsu atau mempunyai rahang yang kecil yang akan mempersulit laringoskopi, apakah ada gangguan membuka mulut atau kekakuan leher, apakah ada pembengkakan abnormal pada leher yang mendorong saluran nafas bagian atas, kaji frekuensi nafas, tipe nafas apakah cuping hidung, abdominal atau

torakal, apakah terdapat nafas dengan bantuan otot pernafasan (retraksi kosta), kaji keberadaan *ronkhi*, *wheezing* dan suara nafas tambahan (*stridor*).

- b) *Blood* : tekanan nadi, pengisian nadi, tekanan darah, perfusi perifer, nilai syok atau perdarahan, lakukan pemeriksaan jantung.
- c) *Brain* : analisis GCS (*Glasgow Coma Scale*), adakah kelumpuhan saraf atau kelainan *nourologist* dan tanda-tanda TIK (Tekanan intra kranial).
- d) *Bladder* : produksi urine dan pemeriksaan faal ginjal.
- e) *Bowel* : pembesaran hepar, bising usus dan peristaltik usus, cairan bebas dalam perut atau massa abdominal.
- f) *Bone* : kaku kuduk atau patah tulang, periksa bentuk leher dan tubuh, dan kelainan tulang belakang.

Pemeriksaan penyulit Intubasi Metode LEMON (*Look externally, Evaluate, Malampati, Obstruktion or obsity, Neck mobilitu*)

- a) *Look externally* atau lihat kondisi bagian luar (wajah)
 - (1) Lihat apakah ada *micrognathia*, adanya jaringan sikatrik bekas operasi sebelumnya, trauma dan pendarahan pada wajah.
 - (2) Lihat apakah bagian wajah terdapat rambut yang dapat mengganggu proses fiksasi tube.
- b) *Evaluate Thyromental distance*
 - (1) Buka mulut pasien, gunakan 3 jari pasien dan ukur buka mulut pasien. Jika jaraknya kurang dari 3 jari, menunjukkan posisi laring lebih anterior dan sulit dilakukan intubasi.
 - (2) Ukur pada daerah mandibular pasien menggunakan 3 jari dimulai dari mentum hingga tulang hyoid.
 - (3) Ukur jarak antara tulang hyoid hingga tiroid menggunakan 2 jari pasien.
- c) *Mallampati* atau lakukan pemeriksaan mallampati

- (1) Posisikan pasien duduk dengan mulut terbuka dan lidahnya menonjol tanpa phonating
- (2) Melihat anatomi rongga mulut yang didasarkan pada visibilitas dasar uvula, pilar faucial.

Grading: Tampakkan faring pada saat mulut terbuka maksimal dan lidah dijulurkan maksimal Mallampati dibagi menjadi 4 grade :

- (1) *Grade I* : Pilar faring, uvula, dan palatum mole terlihat jelas, seluruh tonsil terlihat jelas
- (2) *Grade II* : Uvula dan palatum mole terlihat sedangkan pilar faring tidak terlihat, setengah keatas dari fossa tonsil terlihat
- (3) *Grade III* : Palatum mole dan durum masih dapat terlihat jelas
- (4) *Grade IV* : Pilar faring, uvula, dan palatum mole tidak terlihat, hanya palatum durum yang terlihat.

d) *Obstruction or obesity*

- (1) Periksa apakah ada benda asing di jalan nafas pasien.
- (2) Cek apakah pasien obesitas memiliki masalah di ketebalan leher.

e) *Neck mobility atau gerakan leher pasien*

- (1) Lakukan ekstensi leher dan fleksi leher, ujung dagu menyentuh dada
- (2) Leher yang pendek
- (3) Keterbatasan gerak leher disebabkan operasi sebelumnya atau adanya arthritis

3) *Pemeriksaan Laboratorium Dan Radiologi*

Berkolaboratif dengan dokter spesialis anestesi untuk mengecek kembali dan menindaklanjuti pemeriksaan laboratorium dan radiologi, antara lain :

- a) Pemeriksaan standar yaitu darah rutin (kadar *hemoglobin*, *leukosit*, *bleeding time*, *clotting time* atau APTT & PPT)
- b) Pemeriksaan kadar gula darah puasa

- c) *Liver function test*
 - d) *Renal function test*
 - e) Pemeriksaan foto toraks
 - f) Pemeriksaan pelengkap atas indikasi seperti gula darah 2 jam post prandial, pemeriksaan EKG untuk pasien > 40 tahun
 - g) Pada operasi besar dan mungkin bermasalah periksa pula kadar albumin, globulin, elektrolit darah, CT scan, faal paru, dan faal hemostasis
- 4) Menetapkan status fisik pasien dengan klasifikasi *Amerika Society of Anesthesiology* (ASA)
- 5) Menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis dari klasifikasi ASA untuk menetapkan masalah pasien yang tepat yang disebut masalah kesehatan anestesi.
- a) Kegiatan Evaluasi Pra anestesi meliputi:
- (1) Memberikan informasi atau penjelasan pada keluarga dan/atau pasien (bila kondisi sadar) tentang Asuhan Kepenataan Anestesi yang akan dilakukan
 - (2) Melakukan anamnesis riwayat kesehatan pasien.
 - (3) Melakukan pemeriksaan dan penilaian status fisik pasien berdasarkan klasifikasi *American Society of Anesthesiologists* (ASA).
 - (4) Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital.
 - (5) Melakukan analisis hasil pengkajian dan merumuskan masalah pasien.
 - (6) Melakukan penilaian data pemeriksaan penunjang pasien.
 - (7) Melakukan rencana intervensi dan implementasi Asuhan Kepenataan Anestesi pada pra, intra dan pasca anestesi
 - (8) Melakukan evaluasi tindakan asuhan kepenataan praanestesi, mengevaluasi secara mandiri maupun kolaboratif.

- (9) Memastikan tersedianya sarana dan prasarana anestesi berdasarkan jadwal, waktu, dan jenis operasi.
 - (10) Mendokumentasikan hasil anamnesis atau pengkajian.
 - (11) Mengidentifikasi kemungkinan risiko komplikasi yang mungkin terjadi meliputi:
 - (i). Melakukan evaluasi hasil pemeriksaan laboratorium dan rontgen pasien.
 - (ii). Melakukan monitoring khusus keadaan umum pasien.
 - (iii). Melakukan penatalaksanaan komplikasi anestesi yang timbul praanestesi, intraanestesi dan pascaanestesi.
- 6) Mempersiapkan mesin anestesi secara menyeluruh setiap kali akan digunakan dan memastikan bahwa mesin dan monitor dalam keadaan baik dan siap pakai
- a) Menyiapkan alat anestesi umum.
- (1) Melakukan penyiapan peralatan STATICS dan alat pendukungnya untuk pelaksanaan anestesi umum:
 - (i). *Scope: Stetoscope dan Laryngoskop.*
 - (ii). *Tube: Pipa Endotrakheal dan LMA(Laryngopharyngeal Mask Airway).*
 - (iii). *Airway: Sungkup muka dan Pipa oropharyngeal /nasopharyngeal*
 - (iv). *Tape: Plester.*
 - (v). *Introducer: Stilet dan Margil Forcep.*
 - (vi). *Conector: Penghubung antara mesin anestesi dengan sungkup muka dan penghubung lainnya.*
 - (vii). *Suction: alat hisap.*

- b) Melakukan penyiapan peralatan anestesi regional.
 - c) Melakukan pemeliharaan alat-alat anestesi.
 - d) Melakukan penyiapan peralatan mesin anestesi.
 - e) Mampu melakukan pemasangan asesoris mesin anestesi.
 - f) Mampu melakukan Uji Fungsi sebelum digunakan
- 7) Mengontrol persediaan obat-obatan dan cairan setiap hari untuk memastikan bahwa semua obat-obatan baik obat anestesi maupun obat emergensi tersedia sesuai standar rumah sakit
- a) Persiapan obat-obat anestesi:
 - (1) Menyiapkan Obat-obat anestesi umum.
 - (i). Obat-obat premedikasi.
 - (ii). Obat-obat induksi.
 - (iii). Obat-obat pelemas otot.
 - (iv). Obat-obat anti dotum.
 - (v). Obat-obat anestesi inhalasi.
 - (vi). Menyiapkan obat-obat anestesi regional
 - (vii). Menyiapkan obat-obat emergensi.
- 8) Menyiapkan, gas anestesi.
- a) Oksigen
 - b) Nitrous Oxide (N₂O).

2.6 Menentukan klasifikasi ASA (American Society of Anesthesiologists)

Menurut (Pardo, Miller, & Preceded by (work): Miller, n.d.) Pasien yang akan menjalani proses pembiusan dan pembedahan dapat di kategorikan dalam beberapa kelas status fisik. Menentukan klasifikasi ASA sangat di perlukan di awal agar mengetahui masalah apa yang akan muncul pada saat pembiusan dan pembedahan.

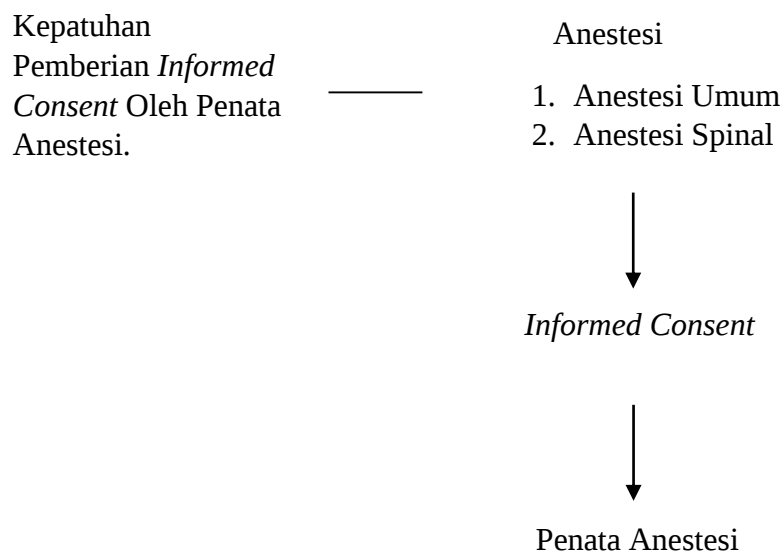
Klasifikasi ASA di bagi 6 yaitu:

- a ASA I merupakan pasien yang sehat dan normal.
- b ASA II merupakan pasien dengan kelainan system ringan. Contohnya: perokok aktif, peminu alcohol, kehamilan, obesitas, DM terkontrol, penyakit paru-paru ringan.
- c ASA III merupakan pasien dengan penyakit sistemik berat. Contohnya: DM, PPOK, Obesitas komorbid (BMI >40), hepatitis, mengonsumsi alcohol, PCA bayi premature.
- d ASA IV merupakan seorang pasien dengan penyakit sistemik berat sampai mengancam kehidupan. Contohnya: sepsis, iskemia jantung.
- e ASA V merupakan seorang pasien yang hampir mati, yang harapan untuk bertahan hidup tanpa operasi maupun operasi 50:50. Contohnya: aneurisma toraks, pendarahan intracranial.
- f ASA VI merupakan seorang pasien yang dinyatakan mati otak yang organnya diambil untuk tujuan donor.

Klasifikasi ASA juga dipakai pada pembedahan darurat dengan mencantumkan tanda darurat (E=*emergency*), misalkan ASA I E.

2.7 Kerangka Teori

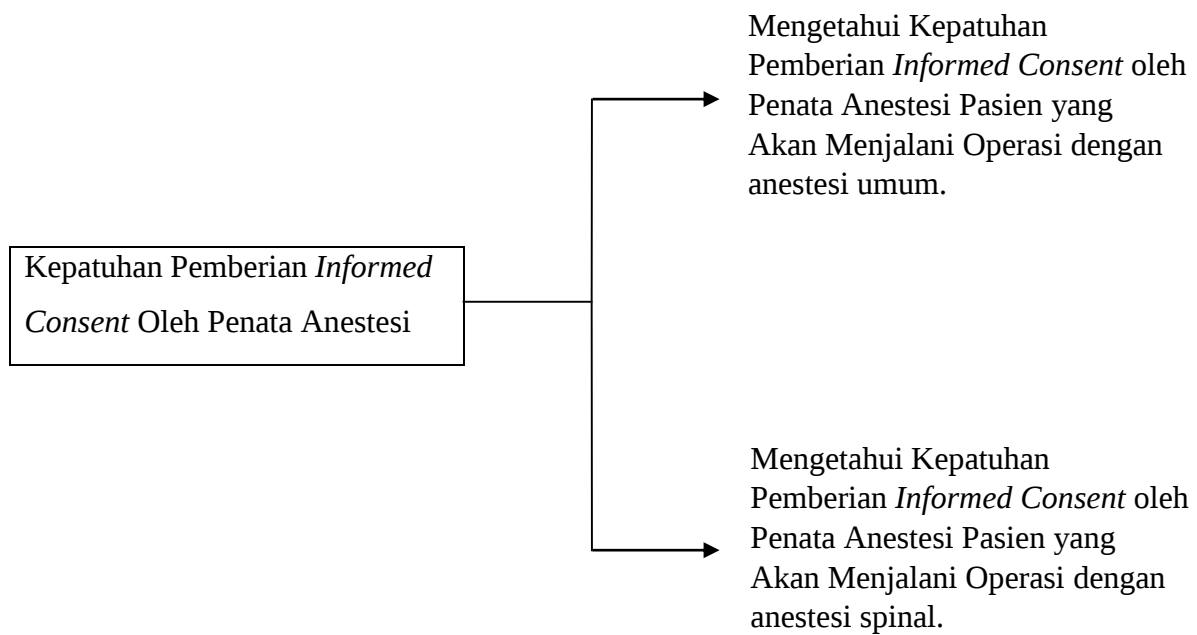
Kerangka teori menggambarkan seluruh tinjauan pustaka dalam bentuk skema hingga seluruh landasan penelitian dapat tergambar jelas. Sebuah proposal penelitian dapat dengan mudah dipahami melalui kerangka teori. Berdasarkan pemikiran penelitian ini, maka kerangka teori penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : Agustina et al (2020), Listiowati (2014).

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Keterangan :

= Di Teliti

= Tidak Di Teliti