

SKRIPSI

**PELAKSANAAN PENILAIAN PRA ANESTESI PADA PASIEN
DENGAN ANESTESI UMUM DI RUANG INSTALASI BEDAH
SENTRAL RSUD BULELENG : STUDY KASUS DESKRIPTIF**



LUH GEDE SINTYA PRABAWATI

**FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDI D IV KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI
INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI
DENPASAR
2021**

SKRIPSI

**PELAKSANAAN PENILAIAN PRA ANESTESI PADA PASIEN
DENGAN ANESTESI UMUM DI RUANG INSTALASI BEDAH
SENTRAL RSUD BULELENG : STUDY KASUS DESKRIPTIF**



**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Terapan Keperawatan
Anesthesiologi (S.Tr.Kes.)
Pada Institut Teknologi Dan Kesehatan Bali**

**Diajukan Oleh :
LUH GEDE SINTYA PRABAWATI
NIM. 17D10079**

**FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDI D IV KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI
INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI
DENPASAR
2021**

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi dengan judul “ Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kabupaten Buleleng : Study Kasus Deskriptif ” telah mendapatkan persetujuan pembimbing dan disetujui untuk diajukan ke hadapan Tim Penguji Skripsi pada Program Studi D IV Keperawatan Anestesiologi Institut Teknologi dan Kesehatan Bali.

Denpasar, 10 Juni 2021

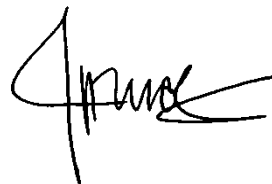
Pembimbing I



I Ketut Swarjana, S.KM., MPH., Dr.PH

NIDN. 0807087401

Pembimbing II



Ns. Sri Dewi Megayanti, S.Kep., M.Kep., Sp

NIR. 0821018501

LEMBAR PENETAPAN PANITIA UJIAN SKRIPSI

Skripsi ini telah Diuji dan Dinilai oleh Panitia Penguji pada Program Studi D IV Keperawatan Anestesiologi Institut Teknologi Dan Kesehatan Bali pada Tanggal 14 Juni 2021

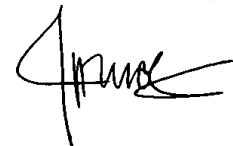
Panitia Penguji Skripsi Berdasarkan SK Rektor ITEKES Bali
Nomor : DL.02.02.1820.TU.IX.20

Ketua : dr. Agus Baratha, Sp.An.,KNC
NIDN. 0812047805



Anggota :

1. I Ketut Swarjana, S.KM., MPH.,Dr.PH
NIDN. 0807087401
2. Ns. Sri Dewi Megayanti, S.Kep., M.Kep., Sp
NIR. 0821018501



Mengetahui

Institut Teknologi Dan Kesehatan Bali Program Studi Sarjana Terapan D IV
Keperawatan Anestesiologi



Rektor



I Gede Putu Darma Suyasa., S.Kp.,M.Ng.,Ph.D
NIDN. 0823067802

Ketua



Dr. Agus Shuarsedana, Sp.An
NIR. 1713

LEMBAR PERNYATAAN PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “ Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kabupaten Buleleng : Study Kasus Deskriptif ”, telah disajikan di depan dewan penguji pada tanggal 14 Juni 2021. Telah diterima serta disahkan oleh Dewan Penguji Skripsi dan Rektor Institut Teknologi Dan Kesehatan Bali.

Denpasar, 10 Juni 2021

Disahkan oleh :

Dewan Penguji Skripsi

1. dr. Agus Baratha, Sp.An.,KNC
NIDN. 0812047805
2. I Ketut Swarjana, S.KM., MPH.,Dr.PH
NIDN. 0807087401
3. Ns. Sri Dewi Megayanti, S.Kep., M.Kep., Sp
NIR. 0821018501



Mengetahui

Institut Teknologi Dan Kesehatan Bali Program Studi Sarjana Terapan D IV

Keperawatan Anestesiologi



Rektor

I Gede Putu Darma Suyasa., S.Kp.,M.Ng.,Ph.D

NIDN. 0823067802

Ketua



Dr. Agus Shuarsedana, Sp.An

NIR. 1713

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat-Nya sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng : Study Kasus Deskriptif”.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bimbingan, pengarahan dan bantuan dari semua pihak sehingga skripsi ini bisa diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak I Gede Putu Darma Suyasa, S.Kp., M.Ng., Ph.D selaku Rektor Institut Teknologi dan Kesehatan Bali yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Bapak Ns. I Ketut Alit Adianta, S.Kep., MNS selaku Wakil Rektor Institut Teknologi dan Kesehatan Bali yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Bapak Ns. I Kadek Nuryanto, S.Kep., MNS selaku Dekan Fakultas Kesehatan Institut Teknologi dan Kesehatan Bali sekaligus penguji tamu yang telah memberikan dukungan moral dan perhatian kepadapenulis.
4. Bapak dr. Gede Agus Shuarsedana, Sp.An selaku Ketua Program Studi DIV Keperawatan Anestesiologi yang memberikan dukungan moral dan perhatian kepadapenulis.
5. Bapak I Ketut Swarjana, S.KM.,MPH.,DR.PH selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Ibu Ns. Sri Dewi Megayanti, S.Kep., M.Kep., Sp.KM selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Bapak I Gede Galang Surya Pradnyana selaku wali kelas B yang selalu memberikan dukungan serta semangat hingga selesainya skripsi ini.
8. Bapak I Nyoman Sudirga, S.P dan Ibu Ni Nyoman Sukarti sebagai orang tua yang selalu memberikan dukungan serta dorongan moral dan materiil hingga selesainya skripsi ini.

9. Kekasih penulis Yudhi Himawan Mawardi, S.H. Yang selalu memberikan dukungan moral serta dengan ikhlas mencurahkan cinta dan kasih sayang dengan perhatian yang tulus sehingga selesainya proposal ini.
10. Teman - teman penulis serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih belum sempurna, untuk itu dengan hati terbuka, penulis menerima kritik dan saran yang sifatnya konstruktif untuk kesempurnaan skripsi ini.

Denpasar, 10 Juni 2021



Penulis

**PELAKSANAAN PENILAIAN PRA ANESTESI PADA PASIEN DENGAN
ANESTESI UMUM DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RSUD
BULELENG : STUDY KASUS DESKRIPTIF**

LUH GEDE SINTYA PRABAWATI

Fakultas Kesehatan

Program Studi DIV Keperawatan Anestesiologi

Institut Teknologi Dan Kesehatan Bali

Email : Odhesintya99@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Pelayanan anestesi merupakan bagian dari pelayanan perioperatif yang memiliki pengaruh besar dalam menentukan keberhasilan tindakan pembedahan yang adekuat dan menghindari resiko cedera anestesi bagi pasien. Penata anestesi dalam menjalankan praktik keprofesiannya berwenang untuk melakukan pelayanan asuhan kepenataan anestesi pada penilaian pra anestesi.

Tujuan : Untuk mengetahui pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kabupaten Buleleng.

Metode : Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif, dan metode penelitian Multiple Case Studi dengan pendekatan Deskriptif. Jumlah partisipan dalam penelitian ini sebanyak 2 partisipan yang memenuhi kriteria inklusi. Alat pengumpulan data menggunakan *cheklist* wawancara, lembar Observasi, dan lembar Dokumentasi Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi.

Hasil : Hasil penelitian ini pada pemeriksaan anamnesis partisipan melakukan penilaian dengan menggunakan *Foundamental Four* dan *Sacred Seven*, pada pemeriksaan fisik partisipan tidak melakukan pemeriksaan IMT dan gangguan saraf tepi. Dan pada pendokumentasian pra anestesi partisipan menuliskan hasil penilaian di lembar dokumentasi pada saat durante operasi dan pasca operasi.

Kesimpulan : Penata Anestesi dalam pelaksanaan penilaian anamnesa pasien, mengkaji pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan psikis pasien berjalan hampir sesuai dengan SOP yang berlaku, kecuali pada pemeriksaan IMT, gangguan saraf tepi, memberikan salam terapeutik pengakhiran tindakan dan dalam pendokumentasian tindakan kurang mematuhi tatalaksana SOP yang berlaku, hal ini disebabkan karena singkatnya waktu saat pra anestesi.

Kata kunci : Pra Anestesi, General Anestesi, Penata Anestesi, Penilaian Pra Anestesi.

**THE IMPLEMENTATION OF PRE-ANESTHESIA ASSESSMENT IN
PATIENTS WITH GENERAL ANESTHESIA IN THE CENTRAL
SURGICAL INSTALLATION OF BULELENG HOSPITAL:
DESCRIPTIVE CASE STUDY**

LUH GEDE SINTYA PRABAWATI

Faculty of Health
Diploma IV Nursing Anesthesiology Program
Institute of Technology and Health Bali

Email : Odhesintya99@gmail.com

ABSTRACT

Background: Anesthesia service is part of perioperative services that have a major influence in determining the success of adequate surgery and avoiding the risk of anesthesia injury for patients. The nurse anesthetist is authorized to provide care for anesthesia administration in pre-anesthesia assessments in carrying out their professional practice.

Aim: To identify the implementation of pre-anesthesia assessment in patients with general anesthesia in the Central Surgical Installation of Buleleng Hospital.

Methods: This study employed a qualitative research design, and the research method is Multiple Case Study with a descriptive approach. There were 2 participants who met the inclusion criteria recruited as the sample. The data were collected by using interview checklists, observation sheets, and Pre-Anesthesia Assessment Documentation sheets.

Finding: The finding found that in the anamnesis, the participants assessed using the Foundational Four and Sacred Seven. In the physical examination, the participants did not examine BMI and peripheral nerve disorders. Moreover, in the pre-anaesthesia documentation, participants wrote down the results of the assessment on the documentation sheet during and after surgery.

Conclusion: The nurse anesthetist carries out the assessment of the patient's anamnesis, reviewing the physical examination, support and psychological examination of the patient run almost according to the applicable SOP, except for the BMI examination, peripheral nerve disorder; further, the nurse anesthetist gives therapeutic greetings for ending the action and in documenting actions which is not comply with the applicable SOP management due to the limited time of pre-anesthesia.

Keywords: Pre Anesthesia, General Anesthesia, Nurse Anesthetist, Pre Anesthesia Assessment.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DENGAN SPESIFIKASI	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
LEMBAR PENETAPAN PANITIA UJIAN SKRIPSI.....	iv
PERNYATAAN PERNYATAAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Tinjauan Teori.....	5
1. Anestesia dan Reanimasi	5
2. Kepenataan Anestesi	6
3. Penilaian Pra Anestesi	6
4. Penelitian Terkait.....	21
BAB III METODE PENELITIAN	26
A. Desain Penelitian.....	26
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	26
C. Partisipan	26
D. Pengumpulan Data	27
E. Analisis Data.....	32

F. Etika Penelitian	32
BAB IV HASIL PENELITIAN	34
A. Gambaran Umum RSUD Kabupaten Buleleng	34
B. Penilaian Pra Anestesi Pada Pelaksanaan Anamnesis	35
C. Penilaian Pra Anestesi Pada Pemeriksaan Fisik	41
BAB V PEMBAHASAN.....	64
A. Pelaksanaan penilaian Anamnesis	64
B. Pelaksanaan Pemeriksaan Fisik	66
C. Cara Pendokumentasian Pra Anestesi	68
D. Keterbatasan Penelitian	69
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	70
A. Kesimpulan	70
B. Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN	73

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Aturan Program Puasa untuk Pengosongan Lambung pada pasien Pra Operasi	12
Tabel 2.2. Obat – Obatan Premedikasi.....	16

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jadwal Penelitian
- Lampiran 2. Instrumen Penelitian
- Lampiran 3. Lembar Permohonan Menjadi Partisipan
- Lampiran 4. Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan
- Lampiran 5. Surat rekomendasi penelitian dari Rektor ITEKES Bali
- Lampiran 6. Surat ijin penelitian dari Badan Penanaman Modal dan Perijinan Provinsi Bali
- Lampiran 7. Surat ijin penelitian dari Kesbangpolinmas Kabupaten/Kota
- Lampiran 8. Surat ijin penelitian dari komite etik
- Lampiran 9. Surat ijin penelitian dari institusi lokasi penelitian
- Lampiran10. Hasil analisa data
- Lampiran11. Surat keterangan *translate*

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
IBS	: Instalasi Bedah Sentral
ASA	: <i>American Society of Anesthesiologist</i>
STRPA	: Surat Tanda Registrasi Penata Anestesi
SIPPA	: Surat Izin Praktik Penata Anestesi
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
IRD	: Instalasi Rawat Darurat
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
BMI	: <i>Body mass index</i>
°C	: Suhu tubuh (Derajat Celcius)
Hb	: <i>Hemoglobin</i>
Ht	: <i>Hematokrit</i>
IVP	: <i>Intravenous pyelogram</i>
PPOM	: Penyakit Paru Obstuktif Menahun
E	: <i>Emergency</i>
IPAI	: Ikatan Penata Anastesi Indonesia
EKG	: Ekokardiogram
SOP	: <i>Standar Operational Procedur</i>
ITEKES Bali	: Institut Teknologi dan Kesehatan Bali
OK	: <i>Operatie Kamer</i> (Kamar Operasi)
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
ETT	: <i>Endotrakeal tube</i>
CM	: <i>Compos mentis</i>
PPOK	: Penyakit Paru Obstuktif Kronis
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IMT	: Indeks Masa Tubuh

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anestesia dan Reanimasi adalah cabang ilmu yang mempelajari tatalaksana untuk me “matikan” rasa, baik rasa nyeri, takut dan rasa tidak nyaman yang lain sehingga pasien nyaman dan tatalaksana untuk menjaga/mempertahankan hidup dan kehidupan pasien selama mengalami “kematian” akibat obat anestesia (Mangku, 2018). Pelayanan anestesi merupakan bagian integral dari pelayanan perioperatif yang memiliki pengaruh besar dalam menentukan keberhasilan tindakan pembedahan yang adekuat dan menghindari resiko cedera anestesi bagi pasien. Anestesi yang ideal akan bekerja secara cepat dan baik serta mengembalikan kesadaran dengan cepat segera sesudah pemberian anestesi dihentikan (Majid, 2011).

Permenkes No 18 tahun 2016 bab III pasal 10 mengatur tentang izin menyelenggarakan praktik penata anestesi, bahwa penata anestesi dalam menjalankan praktik keprofesiannya berwenang untuk melakukan pelayanan asuhan kepenataan anestesi pada penilaian pra anestesi. Untuk melakukan hal tersebut maka seorang penata anestesi harus mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang penilaian pra anestesi. Penilaian pra anestesi adalah dasar perencanaan untuk mengetahui temuan pada monitor selama anestesi, setelah anestesi dan dapat dilakukan sebelum masuk rawat inap atau sebelum dilakukan tindakan bedah. Penilaian pra anestesi bertujuan untuk mengetahui masalah yang akan terjadi saat intra dan pasca operasi serta untuk menghindari resiko cedera anestesi (Kemenkes, 2016).

British Journal of Anaesthesia berpendapat bahwa *checklist* penilaian pra anestesi yang dipublikasikan oleh WHO dipercaya dapat memperbaiki angka morbiditas dan mortalitas dalam pembedahan melalui komunikasi tim yang baik. Kebijakan rumah sakit melalui penilaian anestesi yaitu alat komunikasi berupa *checklist* terdiri dari 3 fase yakni pra, intra, dan post anestesi yang telah dibuat oleh WHO melalui *World Alliance for Patient Safety* sejak Januari 2008, serta *checklist* penilaian pra anestesi ini telah diuji

cobakan di 8 negara dan menghasilkan penurunan kematian sebanyak 47% dan 36% komplikasi akibat anestesi dalam pelaksanaan operasi (Duckitt RW, 2012). Penilaian pra anestesi kerap hanya dilakukan oleh 19,5 % penata anestesi dan hasil dari dokumentasi tersebut tidak dituliskan langsung setelah dilakukannya tindakan pada lembar dokumentasi rekam medik pasien hal ini terjadi dikarenakan keterbatasan waktu penata dalam waktu visite mengkaji banyaknya pasien yang akan dioperasi di ruang bangsal, dan 80,5% penata anestesi menuliskan hasil dokumentasi penilaian pra anestesi pada rekam medik pasien sesaat setelah operasi berlangsung, hal ini terjadi dikarenakan penata tersebut harus tepat waktu dalam memberikan tindakan selanjutnya kepada pasien tersebut serta dikejanya waktu pasien bedah selanjutnya (SNARS, 2018).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan peneliti saat berada di RSUD Buleleng, didapatkan data objektif bersumber dari wawancara salah satu penata anestesi di IBS RSUD Buleleng bahwa untuk petugas yang melakukan penilaian pra anestesi yaitu penata anestesi berjumlah satu orang tiap harinya yang berada di RSUD Buleleng. Pelaksanaan penilaian pra anestesi di RSUD Buleleng dilakukan oleh penata anestesi di ruang bangsal pada waktu pra visit untuk mengetahui status penilaian pasien dan dilakukan penata anestesi di ruang persiapan meliputi pemeriksaan status pasien, rencana pembiusan yang akan dilakukan, pemeriksaan hemodinamik pasien, kesiapan mental pasien, pemeriksaan lama puasa pasien serta persiapan alat dan obat anestesi. Menurut hasil wawancara pada salah satu penata anestesi RSUD Buleleng yaitu sering terjadinya risiko cedera anestesi yang diakibatkan tidak tepatnya pelaksanaan penilaian Pra anestesi tersebut. Contohnya dalam menanyakan alergi dari pasien, kejujuran pasien puasa, riwayat penyakit terdahulu, gigi goyah serta pengkajian lainnya yang sangat penting dikaji untuk menghindari risiko cedera anestesi.

Berdasarkan uraian diatas yang menerangkan bahwa ada perbedaan antara teori yang berlaku dengan tindakan yang dilakukan oleh penata anestesi di RSUD Buleleng, serta penelitian ini belum pernah diteliti sebelumnya maka

peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari uraian latar belakang diatas maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: Bagaimanakah pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kabupaten Buleleng.

2. Tujuan Khusus

Penelitian ini bertujuan untuk :

- A. Untuk mengetahui pelaksanaan Anamnesis pasien pra anestesi yang dilakukan anestesi umum di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.
- B. Untuk mengetahui pelaksanaan pemeriksaan fisik pasien pra anestesi dengan anestesi umum di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.
- C. Untuk mengetahui cara pendokumentasian hasil anamnesis atau pengkajian pada pasien dengan anestesi umum di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.

D. Manfaat Penelitian

1. Secara teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk kemajuan di bidang Ilmu Keperawatan Anestesiologi terutama tentang pelaksanaan penilaian pra anestesi di Instalasi Bedah Sentral

2. Secara praktis, hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi :

a. Instalasi Bedah Sentral

Sebagai bahan pertimbangan diperlukannya pelatihan dan supervisi tentang penilaian pra anestesi guna meningkatkan kepatuhan terhadap pelaksanaan penilaian pra anestesi di ruang Instalasi Bedah Sentral.

b. Penata Anestesi Instalasi Bedah Sentral

Sebagai bahan evaluasi pelaksanaan penilaian pra anestesi dengan baik pada pasien untuk menghindari resiko cedera anestesi dengan menerapkan lembar observasi penilaian pra anestesi.

c. Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

Menambah bahan bacaan mahasiswa diperpustakaan Institut Teknologi dan Kesehatan Bali dan hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar bagi peneliti selanjutnya dengan variabel yang berbeda.

d. Bagi Peneliti Lain

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan untuk peneliti lain dalam melakukan penelitian yang berhubungan dengan Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Anestesia dan Reanimasi

Anestesia dan Reanimasi adalah cabang ilmu yang mempelajari tatalaksana untuk me “matikan” rasa, baik rasa nyeri, takut dan rasa tidak nyaman yang lain sehingga pasien nyaman dan tatalaksana untuk menjaga/mempertahankan hidup dan kehidupan pasien selama mengalami “kematian” akibat obat anestesia (Mangku, 2018). Menurut Permenkes No 18 tahun 2016 bab III pasal 10 Penata Anestesi dalam menjalankan praktik keprofesiannya berwenang untuk melakukan pelayanan asuhan kepenataan anestesi pada: praanestesi; intraanestesi; dan pascaanestesi (Kemenkes, 2016).

Asuhan kepenataan anestesi pra anestesi yang merupakan pemberian asuhan dan/atau berpartisipasi dalam menyiapkan dan menilai fisiologis dan psikologis pasien, sebagai dasar untuk menentukan perawatan anestesi yang dibutuhkan selama periode intra anestesi. Tujuan dilakukannya pra anestesi yaitu melakukan penilaian anestesi diantaranya mempersiapkan mental dan fisik pasien secara optimal dengan melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan pemeriksaan lain, untuk persiapan pemilihan tindakan dan obat anestesi yang sesuai dengan keadaan fisik dan kehendak pasien, untuk meminimalisir komplikasi, serta untuk menentukan klasifikasi pasien menurut ASA sesuai hasil pemeriksaan fisik untuk mendapatkan gambaran prognosis pasien secara umum. Dampak yang sering muncul jika penilaian anestesi ini tidak dilakukan yaitu terjadi risiko cedera agen anestesi, kegagalan dalam menentukan masalah-masalah yang terjadi saat berlangsungnya operasi, tidak diketahuinya riwayat penyakit dari pasien, dan tidak dapat menghindari risiko-risiko yang dapat membahayakan pasien maupun petugas kesehatan (Mangku, 2018).

2. Kepenataan Anestesi

Penata Anestesi merupakan salah satu dari jenis tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan berupa asuhan kepenataan anestesi sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki (Kemenkes, 2016). Penata anestesi ialah orang yang telah lulus pendidikan bidang keperawatan anestesi atau penata anestesi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan. Bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah kepada Penata Anestesi yang telah memiliki sertifikat kompeten sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan disebut dengan Surat Tanda Registrasi Penata Anestesi (STRPA), sedangkan bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik keprofesian di fasilitas Pelayanan Kesehatan disebut dengan Surat Izin Praktik Penata Anestesi (SIPPA) (Kemenkes, 2016).

Menurut Permenkes No 18 tahun 2016 bab III pasal 10 tentang izin menyelenggarakan praktik penata anestesi, bahwa penata anestesi dalam menjalankan praktik keprofesiannya berwenang untuk melakukan pelayanan asuhan kepenataan anestesi pada penilaian pra anestesi. untuk melakukan hal tersebut maka seorang penata anestesi harus mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang penilaian pra anestesi (Kemenkes, 2016).

3. Penilaian Pra Anestesi

a. Definisi

Penilaian pra anestesi merupakan sebuah penilaian terhadap kondisi pasien yang dilakukan sebelum tindakan anestesi/sedasi, yang mana hasil penilaian tersebut akan menjadi dasar untuk menentukan proses perencanaan anestesi yang aman dan sesuai. Penilaian atau penilaian ini merupakan suatu rangkaian fungsi kegiatan yang mengawali sebelum dilakukannya operasi dan penilaian dilakukan terhadap fungsi tanda vital pasien (Kemenkes, 2016).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Pasal 10 Nomor 18 tahun 2016 mengatur segala sesuatu yang berkaitan dengan tindakan yang

harus dilaksanakan oleh seorang penata anestesi dalam melaksanakan pekerjaannya, dalam hal ini tindakan yang harus dilakukan oleh penata anestesi dalam melaksanakan tugasnya adalah: tindakan pra anestesi, intra anestesi, dan pasca anestesi. Menurut Mangku dan Senapathi (2018) Penilaian pra anestesi melibatkan pertimbangan informasi dari berbagai sumber yang mencakup catatan medis terakhir, anamnesis keluarga dan pasien, pemeriksaan fisik, serta hasil tes medis dan laboratorium (Mangku, 2018).

b. Pelaksanaan penilaian pra anestesi

Peraturan Kementerian Kesehatan No 18 Tahun 2016 Pasal 11 Ayat 1 mengatur bahwa pelayanan asuhan kepenataan praanestesi sebagaimana dimaksud dalam pasal 10 huruf a yaitu melakukan pengkajian penatalaksanaan pra anestesi yang meliputi:

- 1) Persiapan administrasi pasien;
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital;
- 3) Pemeriksaan lain yang diperlukan sesuai kebutuhan pasien baik secara inspeksi, palpasi, maupun auskultasi;
- 4) Pemeriksaan dan penilaian status fisik pasien;
- 5) Analisis hasil pengkajian dan merumuskan masalah pasien;
- 6) Evaluasi tindakan penatalaksanaan pelayanan pra anestesia, mengevaluasi secara mandiri maupun kolaboratif;
- 7) Mendokumentasikan hasil anamnesis / pengkajian;
- 8) Persiapan mesin anestesia secara menyeluruh setiap kali akan digunakan dan memastikan bahwa mesin dan monitor dalam keadaan baik dan siap pakai;
- 9) 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;
- 10) Memastikan tersedianya sarana prasarana anestesia berdasarkan jadwal, waktu, dan jenis operasi tersebut.

Menurut Menurut Mangku dan Senapathi (2018), bahwa pelaksanaan penilaian pra anestesi meliputi:

1) Evaluasi pra anestesi

Pada kasus bedah elektif, evaluasi pra anestesi dilakukan beberapa hari sebelum operasi. Kemudian dilakukan evaluasi ulang saat sehari menjelang operasi, selanjutnya evaluasi ulang dilakukan lagi pada pagi hari menjelang pasien dikirim ke kamar operasi dan evaluasi terakhir dilakukan dikamar persiapan Instalasi Bedah Sentral (IBS) untuk menentukan status fisik ASA.

Sedangkan pada kasus darurat (*emergency*), evaluasi dilakukan pada saat itu juga di ruang persiapan operasi Instalasi Rawat Darurat (IRD), karena waktu yang tersedia untuk evaluasi sangat terbatas, sehingga sering kali informasi tentang penyakit yang iderita pasien kurang akurat.

a) Tatalaksana evaluasi pra anestesi

(1) Anamnesis

Anamnesis dapat dilakukan dengan pasien sendiri atau dengan orang terdekat (keluarga / pengantarnya), meliputi:

- (a) Identitas atau biodata dari pasien, misalnya: nama, umur, alamat dan pekerjaan.
- (b) Anamnesis khusus yang berkaitan dengan penyakit bedah yang mungkin akan menimbulkan gangguan fungsi sistem organ.

(c) Anamnesis umum, meliputi:

- a. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita atau sedang menderita penyakit sistemik selain penyakit bedah yang diderita yang mungkin dapat menjadi penyulit dalam anestesia seperti penyakit alergi, diabetes mellitus, penyakit paru kronik, penyakit jantung dan hipertensi, penyakit hati dan penyakit ginjal.

- b. Riwayat pemakaian obat yang telah/edang digunakan yang mungkin berinteraksi dengan obat anestesi, misalnya: kortikosteroid, obat antihipertensi, obat anti-diabetik, antibiotika golongan aminoglikosid, digitalis, diuretika, transquilizer, obat penghambat enzim monoamin oksidase dan bronkodilator.
- c. Riwayat operasi dan anestesia yang pernah dialami, berapa kali dan selang waktunya, serta apakah pasien mengalami komplikasi saat itu.
- d. Riwayat alergi terhadap obat-obat atau yang lain.
- e. Kebiasaan buruk sehari-hari yang dapat mempengaruhi jalannya anestesi misalnya merokok, obat-obatan penenang, alkohol atau narkotik.

(2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan, adalah:

- (a) Pemeriksaan/pengukuran status pasien, seperti: kesadaran, frekuensi nafas, tekanan darah (TD), nadi (N), suhu tubuh ($^{\circ}\text{C}$), berat dan tinggi badan untuk menilai status gizi/BMI serta memperkirakan dosis obat, terapi cairan yang diperlukan dan jumlah urin selama dan pasca bedah.
- (b) Pemeriksaan umum, meliputi pemeriksaan status: psikis (gelisah, takut atau kesakitan), saraf (otak, medula spinalis, dan saraf tepi), respirasi, hemodinamik, penyakit darah, gastrointestinal, hepato-billier, urogenital dan saluran kencing, metabolik dan endokrin, otot rangka dan integumen

(3) Pemeriksaan Laboratorium, radiologi dan yang lainnya.

(a) Pemeriksaan rutin

Ditunjukan kepada pasien yang dipersiapkan untuk operasi kecil dan sedang. Hal-hal yang diperiksa adalah:

- a. Darah : Hb, Ht, Eritrosit, Leukosit dan hitung jenis, Trombosit, masa perdarahan dan masa pembekuan.

b. Urin : pemeriksaan fisik, kimiawi dan sedimen urin.

(b) Pemeriksaan Khusus

Ditujukan kepada pasien yang dipersiapkan untuk operasi besar dan pasien yang menderita penyakit sistemik tertentu dengan indikasi tegas. Hal-hal yang diperiksa adalah:

- a. Pemeriksaan laboratorium lengkap meliputi : fungsi hati, fungsi ginjal, analisis gas darah, elektrolit, hematologi dan faal hemostasis lengkap, sesuai dengan indikasi.
- b. Pemeriksaan radiologi: foto toraks, IVP yang lainnya sesuai indikasi.
- c. Evaluasi kardiologi terutama untuk pasien yang berumur diatas usia 35 tahun.
- d. Pemeriksaan spirometri pada penderita PPOM.
- e. Untuk pemeriksaan khusus yang lebih mendalam misalnya echokardiografi atau kateterisasi jantung diperlukan konsultasi dengan dokter spesialisnya.

(c) Menentukan status fisik pasien

Menurut Mangku dan Senapathi (2018), untuk menentukan prognosis pasien perioperatif, dapat dilihat berdasarkan hasil dari evaluasi pra operatif dan disimpulkan menjadi status fisik (ASA) pasien pra anestesi (Mangku, 2018).

American Society of Anesthesiologist (ASA) membuat klasifikasi status fisik praanestesia menjadi 5 (lima) kelas , antara lain :

ASA 1 : Pasien penyakit bedah tanpa disertai penyakit sistemik.

ASA 2 : Pasien penyakit bedah disertai dengan penyakit sistemik ringan sampai sedang.

ASA 3 : Pasien penyakit bedah disertai dengan penyakit sistemik berat yang disebabkan karena berbagai penyebab tetapi tidak mengancam nyawa.

ASA 4 : Pasien penyakit bedah disertai dengan penyakit sistemik berat yang secara langsung mengancam kehidupannya.

ASA 5 : Pasien penyakit bedah yang disertai dengan penyakit sistemik berat yang sudah tidak mungkin ditolong lagi, dioperasi ataupun tidak dalam 24 jam pasien akan meninggal.

Apabila tindakan pembedahannya dilakukan secara darurat, dicantumkan tanda E (*emergency*) dibelakang angka, misalnya pasien dengan ASA 1 yang dilakukan pembedahan darurat, ditulis : ASA 1 E.

b) Persiapan pra anestesi

Menurut Mangku dan Senapathi (2018), persiapan pra anestesi adalah langkah lanjut dari evaluasi pra operatif khususnya “*anestesia*” dan “*reanimasi*” untuk mempersiapkan pasien, baik psikis maupun fisik pasien agar pasien siap dan optimal untuk menjalani prosedur anestesi dan diagnostik atau pembedahan yang akan direncanakan. Tempat dilakukannya persiapan pra anestesi dan reanimasi, antara lain : poliklinik dan dirumah pasien (pasien rawat jalan), ruang perawatan, ruang persiapan IBS, kamar operasi.

(1) Persiapan di poliklinik dan di rumah untuk pasien rawat jalan.

(a) Persiapan psikis

a. Berikan pemahaman kepada pasien serta keluarganya agar paham perihal perencanaan anestesi dan pembedahan yang direncanakan sehingga dengan demikian diharapkan pasien dan keluarganya dapat menerima tindakan yang akan dilakukan kepada pasien.

- b. Berikan obat sedative kepada pasien jika pasien mengalami stress yang berlebihan atau tidak kooperatif, diberikan secara oral, pada malam hari menjelang tidur dan dipagi hari sekitar 60 – 90 menit sebelum masuk ruang IBS, kemudian dapat diberikan secara rektal, pemberian secara rektal biasanya diberikan pada pasien pediatric dipagi hari sebelum masuk ke ruang IBS.

(b) Persiapan fisik

Memberikan informasi kepada pasien agar melakukan :

- a. Menghentikan kebiasaan – kebiasaan yang dapat mempengaruhi jalannya operasi seperti : merokok, minum minuman keras dan obat-obatan tertentu minimal dua minggu sebelum dilakukannya operasi.
- b. Melepas segala macam protesis dan asesoris untuk menghindari resiko cedera anestesi.
- c. Tidak mempergunakan kosmetik yang dapat menghalangi tanda-tanda pada tubuh pasien, misalnya : cat kuku atau cat bibir.
- d. Program puasa untuk pengosongan lambung yang dilakukan pasien sesuai dengan aturan sebagai berikut :

Tabel 2.1. Aturan Program Puasa untuk Pengosongan Lambung pada pasien Pra Operasi

Umur	Padat (jam)	Clear liquids (jam)	Susu formula (jam)	ASI (jam)
<6 bulan	4	2	6	4
6-36 bulan	6	3	6	4
>36 bulan	6	2	6	
Dewasa	6-8	2		

Sumber : Kepmenkes RI No HK.02.02/menkes/251/2015

- e. Pasien diharuskan mengajak salah satu keluarga atau orang tua atau teman dekatnya untuk menemani atau menunggu selama/setelah mengikuti rangkaian prosedur pembedahan dan pada saat kembali pulang diharapkan menjaga kemungkinan penyulit yang tidak diinginkannya.

(c) Membuat surat persetujuan tindakan medis

Surat persetujuan dibuat setelah pasien tiba di ruang penerimaan jika pasien menjalani rawat jalan. Pada pasien dewasa dan dalam kondisi sadar bisa dibuat sendiri dengan menanda tangani lembaran formulir yang sudah tersedia pada bendel catatan medik dan disaksikan oleh petugas yang bertugas ditempat pasien dirawat, sedangkan pada pasien bayi, anak-anak, dan lansia yang sadar maupun dalam kondisi tidak sadar dapat ditanda tangani oleh salah satu keluarganya yang menanggung dan juga disaksikan oleh petugas yang bertugas pada tempat pasien dirawat.

- (d) Mengganti pakaian pasien yang dipakai dari rumah dengan pakaian khusus kamar operasi.

(2) Persiapan di ruang perawatan

(a) Persiapan psikis

Memberikan penjelasan kepada pasien atau keluarga pasien perihal rencana anestesi dan pembedahan yang direncanakan sehingga dengan demikian diharapkan pasien dan keluarganya bisa tenang. Jika pasien yang menderita stress yang berlebihan atau pada pasien tidak kooperatif, misalnya pada pasien pediatrik dapat diberikan obat sedatif. Pemberian obat sedatif dapat dilakukan secara oral dan rektal, untuk oral diberikan pada malam hari menjelang tidur dan pada pagi hari, 60-

90 menit sebelum ke IBS. Sedangkan secara rektal diberikan khusus untuk pasien pediatrik pada pagi hari sebelum ke IBS.

(b) Persiapan fisik

- a. Menghentikan kebiasaan – kebiasaan yang dapat mempengaruhi jalannya operasi seperti : merokok, minum minuman keras dan obat-obatan tertentu minimal dua minggu sebelum dilakukannya operasi.
- b. Melepas segala macam protesis dan asesoris untuk menghindari resiko cedera anestesi.
- c. Tidak mempergunakan kosmetik yang dapat menghalangi tanda-tanda pada tubuh pasien, misalnya : cat kuku atau cat bibir.
- d. Program puasa untuk pengosongan lambung yang dilakukan pasien sesuai dengan aturan tersebut diatas.
- e. Pasien dimandikan pada pagi hari menjelang pasien masuk kamar bedah, pakaian pasien diganti dengan menggunakan pakaian khusus kamar bedah dan kalau perlu pasien diberikan label.
- f. Membuat surat persetujuan tindakan medik, surat ini diberikan pada pasien dewasa dan dalam kondisi sadar bisa dibuat sendiri dengan menanda tangani lembaran formulir yang sudah tersedia pada bendel catatan medik dan disaksikan oleh petugas yang bertugas ditempat pasien dirawat, sedangkan pada pasien bayi, anak-anak, dan lansia yang sadar maupun dalam kondisi tidak sadar dapat ditanda tangani oleh salah satu keluarganya yang menanggung dan juga disaksikan oleh petugas yang bertugas pada tempat pasien dirawat.

- g. Persiapan lain yang bersifat khusus praanestesi antara lain, pasien dilakukan koreksi terhadap kelaianan sistemik yang dijumpai pada saat evaluasi prabedah, seperti misalnya : transfusi, dialisis, fisioterapi dan lain-lainya sesuai dengan prosedur prosedur tetap tatalaksana masing-masing penyakit yang diderita pasien.
- (c) Persiapan di ruang persiapan Instalasi bedah Sentral (IBS), pasien diterima oleh petugas khusus ruang persiapan
 - a. Diruang persiapan, dilakukan :
Evaluasi ulang status pasien dan catatan medik pasien serta perlengkapan lainnya, konsultasi di tempat apabila diperlukan, ganti pakaian dengan pakaian khusus kamar operasi, memberikan premedikasi, dan memasang infus pada pasien darurat.
 - b. Premedikasi
Premedikasi adalah tindakan pemberian obat - obatan pendahuluan dalam rangka pelaksanaan anestesia, dengan tujuan : pasien menimbulkan suasana nyaman bagi pasien, yaitu menghilangkan rasa cemas, memberikan ketenangan pada pasien, membuat amnesia, bebas nyeri dan mencegah mual / muntah.
Memudahkan dan memperlancar pasien dalam tindakan induksi. Mengurangi dosis obat anestesia. Menekan refleks-refleks yang tidak diinginkan. Menekan dan mengurangi sekresi kelenjar. Obat – obatan yang dapat digunakan untuk pramedikasi, antara lain :

Tabel 2.2. Obat – Obatan Premedikasi

No.	Jenis obat	Dosis (dewasa)
1	Sedatif : Diazepam Difenhidramin Prometazin Medizolam	5-10 mg 1 mg/kgbb 1 mg/kgbb 0,1-0,2 mg/kgbb
2	Analgetik opiate Petidin Morfin Fentanyl Analgetik non opiate	1-2 mg/kgbb 0,1-0,2 mg/kgbb 1-2 µg/kgbb Disesuaikan
3	Antikolinergik Sulfas atropine	0,1 mg/kgbb
4	Antiemetic Ondancetron Metoklopramid	4-8 mg (IV) dewasa 10 mg (IV) dewasa
5	Profilaksis aspirasi Cimetidine Ranitidine Antacid	Dosis disesuaikan

Sumber : Mangku. 2018. *Buku ajar ilmu anestesia dan reanimasi*. Jakarta: PT. Indeks.

Pemberian pramedikasi kepada pasien dapat diberikan secara 2 jalur, yaitu :

- a. Melalui suntikan Intramuskular, diberikan 30 – 45 menit sebelum induksi anestesi.

- b. Melalui suntikan Intravena, diberikan 5 – 10 menit sebelum induksi anestesi.

Komposisi dan dosis obat premedikasi yang diberikan kepada pasien serta cara pemberiannya, ditentukan oleh Dokter Spesialis Anestesiologi yang bertugas pada saat itu disesuaikan dengan masalah yang dijumpai pada pasien.

(d) Persiapan kamar operasi

Penata anestesi harus menyiapkan alat-alat dan memastikan alat-alat tersebut aman dipakai saat pasien sudah dipindahkan ke kamar operasi, persiapan yang dilakukan di kamar operasi, antara lain:

- a. Meja operasi dan aksesoris yang digunakan dapat dipakai dengan aman dan tidak mencederai pasien.
- b. Mesin anestesi dan sistem aliran gas anestesi dapat dipakai dengan baik.
- c. Alat-alat resusitasi yang dibutuhkan pasien disiapkan dengan lengkap, misalnya : adrenalin, atropine, aminofilin, natrium bikarbonat dan lain-lainnya.
- d. Tiang infus, plaster dan lainnya.
- e. Alat pantau yang lain dipasang sesuai dengan indikasi pasien, misalnya "*pulse oxymetry*" dan "*capnograph*".
- f. Kartu atau buku rekam medis anestesi.
- g. Selimut penghangat khusus untuk bayi dan pasien yang membutuhkan.

- c) Faktor-faktor yang mempengaruhi pertimbangan anestesi pada pasien.
Menurut Mangku dan Senapathi (2018), pertimbangan anestesi dan analgesik yang diberikan kepada pasien yang akan menjalani pembedahan, memperhatikan beberapa faktor untuk menghindari masalah yang akan terjadi pada pasien, antara lain :

(1) Umur

Pertimbangan anestesi pada pasien bayi dan anak adalah anestesi umum karena dilihat dari umur pasien ini kurang kooperatif. Pada orang dewasa bisa diberikan anestesia umum atau analgesia melalui regional anestesi, tergantung dari jenis operasi yang akan dijalani pasien. Pada orang tua atau lansia (lanjut usia) cenderung dipilih anestesia regional, kecuali jika tindakan pembedahan yang akan dikerjakan tidak memungkinkan untuk anestesia regional. Dalam mempersiapkan anestesi regional maka penata anestesi juga menyiapkan anestesi umum untukantisipasi terjadi komplikasi yang mengharuskan pasien di berikan anestesi umum.

(2) Jenis kelamin

Faktor emosional dan rasa malu yang lebih dominan merupakan faktor pendukung pilihan anestesi umum pada pasien wanita, sedangkan sebaliknya pada pasien laki-laki yang tingkat emosionalnya cenderung berbeda dengan wanita, sehingga dapat diberikan anestesi regional maupun anestesi umum, tetapi tergantung dengan operasi yang dijalankan oleh pasien. Apabila dilakukan anestesi regional pada pasien wanita, agar dianjurkan untuk memberikan tambahan obat sedatif.

(3) Status fisik

Berkaitan dengan penyakit sistemik yang diderita pasien, komplikasi dari penyakit primernya dan terapi yang sedang dijalannya. Hal ini penting di tinjau, mengingat adanya interaksi erat antara penyakit sistemik/ pengobatan yang sedang dijalani dengan tindakan/ obat anestesi yang digunakan.

(4) Jenis operasi

Untuk menganalisis tindakan pembedahan atau operasi menghasilkan empat pilihan masalah atau dikenal sebagai **empat Si**, yaitu :

- (a) Lokasi operasi, lokasi operasi biasanya diberikan tanda memakai marker untuk memperjelas lokasi operasi, misalnya : pasien dioperasi didaerah kepala leher, dipertimbangkan anestesi umum dengan fasilitas intubasi pipa endotrakea untuk mempertahankan jalan nafas, sedangkan pasien yang menjalani operasi didaerah abdominal bawah, anus dan ekstremitas bawah, dapat dilakukan anestesia regional blok spinal.
- (b) Posisi operasi, posisi pasien saat dilakukannya operasi juga sangat mempengaruhi pertimbangan anestesi serta penatalaksanaanya berbeda dibeberapa posisi operasi, misalnya : pasien dengan posisi tengkurap, harus dilakukan anestesia umum dengan fasilitas intubasi endotrakea dan nafas terkendali.
- (c) Manipulasi operasi, pasien pada operasi laparotomi dengan manipulasi intra abdominal yang luas dengan segala resikonya, membutuhkan relaksasi lapangan operasi optimal, harus dilakukan anestesi umum dengan fasilitas intubasi endotrakea tube dan nafas terkendali.
- (d) Durasi operasi, pasien dengan operasi bedah saraf kraniotomi yang berlangsung lama, harus dilakukan anestesia umum dengan fasilitas intubasi endotrakea dan nafas terkendali.
- (e) Keterampilan atau kemampuan pelaksanaan anestesi dan sarannya, pelaksanaan anestesi yang berpengalaman dengan berbagai teknik anestesi mampu memberikan pelayanan anestesi yang memadai dengan memanfaatkan sarana yang tersedia. Hal ini berkaitan dengan manipulasi yang durasi setiap tindakan pembedahan, sehingga anestesi harus disesuaikan dengan kondisi yang dihadapi.
- (f) Keterampilan operator dan peralatan yang dipakai, hal ini berkaitan dengan manipulasi yang durasi setiap tindakan

pembedahan, sehingga anestesi harus disesuaikan dengan kondisi yang dihadapi.

- (g) Status rumah sakit, status rumah sakit menentukan kualitas pelayanan anestesi rumah sakit daerah akan berbeda dengan rumah sakit pusat Pendidikan. Dalam praktik anestesi ada 3 jenis anestesi yang diberikan pada pasien (Morgan GE, 2013), yaitu :

1. Anestesi lokal
2. Anestesi regional
3. Anestesi umum

- (h) Kebijakan rumah sakit

Standar yang mengatur dalam pelaksanaan rumah sakit mencakup seluruh fungsi dan kegiatan rumah sakit.

- c. Faktor – faktor yang mempengaruhi pengisian Penilaian Pra Anestesi
Agatha dan Bratadiredja (2019) berpendapat bahwa, faktor-faktor yang mempengaruhi pengisian Penilaian Pra Anestesi :

- a) Faktor internal, yaitu : karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian, masa kerja, kepribadian, sikap, kemampuan, persepsi dan motivasi).
- b) Faktor eksternal, yaitu : karakteristik organisasi, kelompok pekerjaan dan lingkungan.

- d. Kriteria pengisian

Menurut Hidayah dan Ramadhani (2019), kriteria kepatuhan dibagi menjadi tiga, yaitu :

- a) Patuh ialah suatu ketaatan dalam menjalani tindakan, baik terhadap perintah maupun aturan dan semua aturan maupun perintah dilakukan semua benar.
- b) Kurang patuh ialah suatu tindakan yang melaksanakan perintah ataupun aturan dan hanya sebagian aturan maupun perintah dilakukan sebagian benar.

- c) Tidak patuh ialah suatu tindakan yang mengabaikan aturan dan tidak melaksanakan perintah dengan benar.

Untuk mendapatkan nilai kepatuhan yang lebih akurat dan terukur maka perlu ditentukan angka atau nilai dari tingkat kepatuhan tersebut, sehingga bisa dibuatkan ranking tertinggi kepatuhan seseorang.

4. Penelitian Terkait

Penelitian terkait ini menjadi salah satu acuan dalam melakukan penelitian sehingga peneliti dapat memperkaya teori yang digunakan dalam penelitian. Selain itu, penelitian terkait dapat dijadikan perbandingan terhadap penelitian yang akan peneliti lakukan. Berikut adalah penelitian terkait dengan penelitian yang akan peneliti lakukan:

- a. Penelitian yang dilakukan Oleh Abdul Majid, Dkk (2013) dengan judul Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Kesiapan Penata Anestesi Melakukan Tindakan Umum Anestesi Di Rsup Mataram Nusa Tenggara Barat. Tujuan penelitian ini untuk menggali kesiapan penata anestesi dalam melakukan tindakan umum anestesi. Desain penelitian ini menggunakan desain kualitatif, tempat dan waktu pengumpulan data pada IBS RSUP Mataram Tahun 2013, Populasi berjumlah 9 orang penata anestesi, dengan teknik sampling menggunakan total partisipan. Penelitian ini tidak menentumkan kriteria inklusi dan eksklusinya, metode pengumpulan data menggunakan metode observasi dan wawancara, jenis analisa data menggunakan data collection process. Penelitian ini menghasilkan bahwa usia penata anestesi antara 21 sampai 59 tahun, semakin lama masa kerja akan semakin banyak pengalaman dan persiapan yang lebih baik bagi pasien, bukan kesiapan jenis kelamin dan kesemuanya memiliki kesamaan peran dan fungsi. Hasil-hasil terkait dengan masalah yang diteliti: Penelitian ini berhasil mengeksplorasi kesiapan penata anestesi mulai dari umur partisipan termuda yaitu 21 tahun sampai partisipan tertua yaitu 59 tahun. Semua partisipan dalam menyampaikan kesiapan-nya rata-rata berpedoman pada pedoman teknis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

tahun 2012, yang secara garis besar mempunyai empat komponen kesiapanyaitu siap alat, siap pasien , siap obat dan siap diri sendiri. Partisipan menyampaikan bahwa semakin lama masa kerja akan semakin banyak penga- laman dan lebih siap menghadapi pasien, masa kerja biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja, dimana pengalaman kerja juga ikut menentukan kinerja seseorang. Semakin lama masa kerja maka kecakapan akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Seseorang akan mencapai kepuasan tertentu bila sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan. Semakin lama karyawan bekerja mereka cenderung lebih terpuaskan dengan pekerjaan mereka. Para karyawan yang relatif baru cenderung kurang terpuaskan karena berbagai pengharapan yang lebih tinggi. Berdasarkan jawaban dari partisipan bahwa dalam melakukan tindakan keperawatan anestesi tidak membeda-kan jenis kelamin dari partisipan tersebut, semua memiliki peran dan fungsi yang sama. Hal ini sesuai dengan fungsi yang harus dijalankan oleh penata anestesi dalam perannya sebagai pelaksana yaitu :

- melaksanakan asuhan keperawatan pra anestesi dengan kompetensi yang harus dimiliki menurut Anggaran Dasar IPAI sebagai berikut:
- Mampu melakukan anamnesis riwayat kesehatan klien, Melakukan pemeriksaan dan penilaian status fisik klien, Melakukan pemeriksaan Persia-pan administrasi klien, melaku-kan analisis hasil pengkajian dan merumuskan masalah/diagnosis keperawatan, mampu menyusun rencana tindakan kepenataan pra anestesi, intra dan post anestesi, Mampu melaksanakan tindakan penataan pra anestesi, intra anestesi dan post anestesi, mampu berkolaborasi dalam melakukan tindakan penataan pra anestesi, intra dan post anestesi dan mempersiapkan klien dan keluarga dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan. Semua kompetensi ini harus dilaksanakan dengan baik oleh penata anestesi baik laki – laki maupun penata anestesiperempuan.

- b. Penelitian yang dilakukan oleh Aap Apipudin, dkk (2017), dengan judul jurnal Penatalaksanaan Persiapan Pasien *Preoperatif* di Rumah Sakit Umum Daerah kabupaten Ciamis, penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui gambaran manajemen persiapan pra operasi pasien di rumah sakit. Penelitian ini menggunakan desain penelitian Cross Sectional, yang bertempat di RSUD Ciamis pada tahun 2016, Sampel yang digunakan ialah 30 partisipan, pasien bedah yang ada di ruang bogenvile RSUD Ciamis dengan teknik quota sampling, kriteria inklusi dan eksklusi dari penelitian ini ditetapkan. metode pengumpulan data menggunakan Observasi dan tidak mencantumkan instrumen yang digunakan serta tidak mencantumkan metode statistik. Hasil utama sesuai tujuan penelitian Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar berkategori dilaksanakan yaitu sebanyak 25 orang (83,3%) dengan rincian sebagai berikut : Penatalaksanaan persiapan fisik pada pasien *preoperatif* 25 orang (83,3%) dilaksanakan, Penatalaksanaan persiapan penunjang pada pasien *preoperatif* 30 orang (100%) dilaksanakan, Penatalaksanaan persiapan informed consent pada pasien *preoperatif* 30 orang (100%) dilaksanakan dan Penatalaksanaan persiapan mental/psikis pada pasien *preoperatif* 30 orang (100%) dilaksanakan. Hasil-hasil terkait dengan masalah yang diteliti: Penatalaksanaan persiapan fisik pada pasien *preoperatif* oleh penata di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ciamis Tahun 2016 sebagian besar berkategori dilaksanakan yaitu sebanyak 25 orang (83,3%), hal ini perawat telah melakukan persiapan fisik pada pasien yang akan menjalani operasi, dari 8 aspek yang diteliti sudah dilakukan oleh perawat terhadap pasien *preoperatif* yaitu 6 aspek diantaranya pemeriksaan status kesehatan, persiapan status nutrisi, kebersihan lambung dan colon, Pencukuran daerah operasi, *Personal Hygine* dan Pengosongan kandung kemih dengan nilai prosentase 100% dilakukan, sedangkan 2 sisanya belum sepenuhnya dilakukan yaitu padasub aspek Keseimbangan cairan dan elektrolit latihan praoperasi

dengan nilai 83,3% belum dilakukan oleh perawat. Hal ini diakibatkan karena perawat telah mengerti dan memahami apa saja yang harus dilakukan pada persiapan fisik pasien *preoperatif* sesuai dengan SPO. Penatalaksanaan Persiapan Penunjang pada pasien *Preoperatif* oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ciamis Tahun 2016 mendapatkan hasil sebelum dokter mengambil keputusan untuk melakukan operasi pada pasien, dokter melakukan berbagai pemeriksaan terkait dengan keluhan penyakit pasien sehingga dokter bisa menyimpulkan penyakit yang diderita pasien. Setelah dokter bedah memutuskan bahwa pasien harus operasi maka dokter anestesi berperan untuk menentukan apakah kondisi pasien layak menjalani operasi. Untuk itu dokter anestesi juga memerlukan berbagai macam pemeriksaan laboratorium terutama pemeriksaan masa perdarahan (bleedding time) dan masa pembekuan (clotting time) darah pasien, elektrolit serum, hemoglobin, protein darah, dan hasil pemeriksaan radiologi berupa foto thoraks dan EKG. Penatalaksanaan Persiapan Informed Consent pada Pasien *Preoperatif* mendapatkan hasil persiapan Informed consent 100% dilakukan. Informed Consent sangat penting terkait dengan aspek hukum, tanggung jawab dan tanggung gugat. Penatalaksanaan Persiapan Mental/Psikis pada pasien *Preoperatif* menunjukkan hasil 100% perawat melaksanakan tindakan dan memperhatikan aspek psikologis pasien pra operasi. Peneliti berasumsi penata selalu memberikan informasi, selalu memberikan dukungan serta kesempatan kepada pasien untuk mengeksplorasi perasaannya terkait operasi yang akan dilakukan.

- c. Penelitian yang dilakukan Oleh Sudibyo, dkk (2020), penelitian ini dengan judul Hubungan tingkat Pengetahuan Perawat dengan Kepatuhan dalam Penerapan *Surgical Safety Checklist* di ruang operasi RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso, penelitian ini dengan tujuan untuk menganalisis hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan kepatuhan dalam penerapan surgical safety checklist. Penelitian ini menggunakan

Disain Cross Sectional pada bulan september 2019, dengan populasi yaitu perawat bedah dan perawat anestesi sebanyak 42 orang. Metode pengumpulan data menggunakan metode observasi dan metode statistik menggunakan analisa Bivariat Uji *Spearman Rank*. Hasil dari penelitian ini ialah Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut : Karakteristik partisipan diketahui sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (74%) dengan rata-rata umur 45 tahun, berpendidikan profesi keperawatan (Ners) 47,6% dan rata-rata lama kerja 20 tahun. Sebagian besar perawat memiliki tingkat pengetahuan tentang *surgical safety checklist* tergolong dalam kategori cukup yaitu sebanyak 21 orang(50%). Sebagian besar perawat memiliki tingkat kepatuhan dalam penerapan *surgical safety checklist* tergolong dalam kategori patuh yaitu sebanyak 37 orang(88,1%). Terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam penerapan *surgical safety checklist* di ruang operasi Rumah Sakit Ortopedi Prof. D. R. Soeharso Surakarta ($p\text{-value} = 0,01$), adapun tingkat hubungan tergolong sedang ($r = 0,500$). Rekomendasi dari penelitian ini ialah : Dapat meneliti faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam penerapan *surgical safety checklist* sesuai SOP rumah sakit, misalnya motivasi, sikap dan lingkungan kerja serta meneliti cakupan sampel yang lebih luas.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian yang bersifat kualitatif. Penelitian yang digunakan yaitu penelitian Multiple Case Studi dengan pendekatan Deskriptif. Penelitian multiple case studi deskriptif adalah berupa penelitian dengan metode atau pendekatan studi kasus (case study). Penelitian ini memusatkan diri secara sistematis dan subyektif pada satu obyek tertentu yang mempelajarinya sebagai suatu kasus. Data studi kasus dapat diperoleh dari semua pihak yang bersangkutan, dengan kata lain dalam studi ini dikumpulkan dari berbagai sumber (Munhall, 2012). Metode penelitian ini adalah rancangan penelitian deskriptif, yaitu penelitian yang dapat menjelaskan fenomena agar dapat menjawab research question. Descriptive design ini dapat ditemukan baik pada qualitative maupun quantitative study (Swarjana., 2015). Dalam penelitian ini peneliti meneliti tentang pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang instalasi bedah sentral.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Waktu

Pengambilan data penelitian dilakukan selama 2 Bulan pada Bulan Maret - Mei 2021.

2. Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di ruang Instalansi Bedah Sentral RSUD Kabupaten Buleleng.

C. Partisipan

Data dalam penelitian ini menggunakan dokumen pelaksanaan penilaian pra anestesi yang dilakukan oleh penata anestesi di RSUD Buleleng yang berjumlah 2 orang. Setiap penata anestesi dengan perbedaan tingkat pendidikan

akhir diambil data 1 dokumen pelaksanaan assessmen pra anestesi, sehingga jumlah seluruhnya 2 dokumen. Metode ini menggunakan kriteria pemilihan sampel terbagi menjadi inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dari penelitian ini, ialah :

1. Penata anestesi yang berstatus aktif bekerja di Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng dan lulusan/pelatihan Anestesi.
2. Penata anestesi yang bertugas dalam tindakan Penilaian Pra Anestesi di Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.
3. Penata anestesi yang bersedia menjadi partisipan penelitian di Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.
4. Penata Anestesi yang kooperatif pada saat pengumpulan data.

Sedangkan kriteria eksklusi dari penelitian ini, ialah :

1. Penata Anestesi yang tidak bersedia menjadi partisipan penelitian.
2. Penata Anetesi yang sedang sakit dan tidak mampu mengikuti wawancara.
3. Petugas yang bukan lulusan/pelatihan anestesi.

D. Pengumpulan Data

1. Metode pengumpulan data

- a. Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan yang perlu diperhatikan adalah hal-hal sebagai berikut :

- 1) Sebelum dilakukan penelitian, peneliti akan mengajukan surat izin penelitian ke Ketua ITEKES Bali untuk memohon izin dilakukannya penelitian.
- 2) Kemudian peneliti akan mengajukan surat izin penelitian ke Kepala Badan Penanaman Modal dan Perijinan Provinsi Bali.
- 3) Setelah surat izin dari Badan Penanaman Modal dan Perijinan Provinsi Bali keluar, peneliti akan menyerahkan surat tersebut ke Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten Buleleng dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng.

- 4) Kemudian surat rekomendasi izin penelitian tersebut diajukan ke RSUD Buleleng.
- 5) Setelah surat izin diserahkan, peneliti akan mempersiapkan alat-alat yang digunakan dalam penelitian, yaitu kuesioner serta lembar observasi sesuai dengan SPO RSUD Buleleng .

b. Tahap Pelaksanaan

Setelah ijin penelitian diperoleh, dilanjutkan ke tahap pelaksanaan yaitu :

- 1) Setelah mendapat izin dari RSUD Buleleng, peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan meminta bantuan kepada kepala ruangan IBS.
- 2) Peneliti telah menentukan populasi penelitian yaitu sebanyak 2 orang, kemudian peneliti menentukan sampel dengan metode *multiple case study* dengan cara peneliti mencari penata anestesi yang berjumlah 2 orang lulusan dan pelatihan anestesi.
- 3) Sehari sebelumnya peneliti telah melakukan kontrak waktu dengan petugas di IBS RSUD Buleleng.
- 4) Pada saat melakukan penelitian, peneliti melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan lembar dokumentasi Pra Anestesi.
- 5) Proses pengambilan data dilakukan sampai jumlah data yang dibutuhkan oleh peneliti terpenuhi.
- 6) Peneliti akan mengucapkan terimakasih kepada petugas dan pihak terkait atas kelancaran pengumpulan data yang dilakukan.
- 7) Setelah semua data dinyatakan lengkap, kemudian peneliti melakukan pengolahan data dengan analisa data sesuai dengan variabel penelitian.

2. Alat pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam melaksanakan kegiatannya agar menjadi sistematis dan dipermudah olehnya. Instrumen penelitian yang diartikan sebagai “alat bantu” merupakan sarana yang dapat diwujudkan dalam benda, misalnya: angket (questionnaire), daftar cocok (cheklisht), atau pedoman wawancara (interview guide atau interview schedule), lembar pengamatan atau panduan pengamatan (observation sheet atau observation schedule), soal tes, inventori (inventory), skala (scala), dan lain sebagainya. Penelitian kualitatif yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri. Oleh karena itu peneliti sebagai instrumen juga harus “divalidasi” seberapa jauh peneliti kualitatif siap melakukan penelitian yang selanjutnya terjun ke lapangan. Validasi terhadap peneliti sebagai instrumen meliputi: (1) validasi terhadap pemahaman metode penelitian, (2) penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, dan (3) kesiapan peneliti untuk memasuki obyek penelitian, baik secara akademik maupun logistik (Sugiyono, 2010).

Sedangkan dalam penelitian kualitatif ini, pengumpulan data dilakukan pada *natural setting* (kondisi alamiah), sumber data primer, dan teknik pengumpulan data lebih banyak pada observasi berperan serta, wawancara mendalam, dokumentasi dan *triangulasi*. Pengumpulan data adalah suatu proses pengadaan data untuk keperluan penelitian. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara observasi, wawancara dan studi dokumentasi terhadap partisipan atau orang kunci (*Key Information*). Adapun masing-masing dari teknik pengumpulan data tersebut memiliki kegunaan sebagai berikut:

a. Teknik Observasi.

Metode observasi adalah metode yang paling umum digunakan, terutama yang berkaitan dengan penelitian ilmu-ilmu perilaku. Metode observasi adalah metode pengumpulan data tentang perilaku manusia. Perilaku yang diobservasi, mungkin pasien atau orang – orang yang

mendapatkan *treatment* atau pelayanan atau implementasi dari sebuah kebijakan. Metode observasi ini sering digunakan dalam penelitian tentang pelayanan kesehatan. Metode ini dilakukan tanpa melakukan *interview* kepada partisipan atau partisipan. Observasi tersebut sebenarnya sangat umum, namun ketika mengacu atau terkait dengan penelitian atau dengan tujuan penelitian, maka apa yang diobservasi harus *specific*. Selain itu, juga harus mempertimbangkan atau melakukan uji validitas dan reliabilitas. Dalam metode ini, peneliti juga harus mempertimbangkan apa yang akan diobservasi, bagaimana observasi tersebut dicatat, bagaimana akurasi observasi dapat dipastikan (Swarjana., 2015). Oleh karena itu, dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik observasi dengan dibantu instrumen *checklist* observasi yang bersumber dari Standar Operasional Prosedur penilaian Pra Anestesi, Buku Ajar Anestesia (Mangku, 2018), yang digeneralisasikan menjadi sebuah *checklist* penilaian pelaksanaan pengisian lembar dokumentasi pra anestesi.

b. Teknik Wawancara.

Interview atau Wawancara adalah metode pengumpulan data dalam bentuk personal yang dilaksanakan oleh *interviewer* yang telah terlatih menggunakan protokol penelitian yang sama. Bentuk *interview* yang paling umum adalah personal atau *face – to – face interview*, *interview* bekerja secara langsung dengan partisipan untuk menanyakan dan mencatat respon dari partisipan. Selain *face-to-faceinterview*, kita juga mengenal *group interview* atau sering dikenal dengan *focus group*, teknik lainnya adalah *telephone interview* (Bhattacharjee, 2012). Sedangkan (Swarjana., 2015) mengemukakan beberapa macam wawancara, yaitu :

1) Wawancara Terstruktur (*Struchtered Interview*)

Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data, tatkala peneliti atau pengumpul data telah mengetahui dengan pasti tentang informasi yang akan diperoleh.

Oleh karena itu dalam melakukan wawancara, pengumpul data telah menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya telah disiapkan. Dengan wawancara terstruktur ini setiap partisipan diberi pertanyaan yang sama, dan pengumpul data mencatatnya.

2) Wawancara Semiterstruktur (*Semistructure Interview*)

Jenis wawancara ini sudah termasuk dalam kategori *in-depth interview*, karena dalam pelaksanaannya lebih bebas tatkala dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dengan cara pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya.

3) Wawancara Tidak Terstruktur (*Unstructure Interview*)

Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara yang bebas dengan cara peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya. Pedoman wawancara yang digunakan hanya berupa garis-garis besar permasalahan yang akan ditanyakan.

Dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan teknik wawancara terstruktur (*Structured Interview*) dengan bentuk pertanyaan terbatas sebagai salah satu teknik pengumpulan data dibantu dengan instrumen *cheklist* wawancara yang telah di susun dari berbagai sumber antara lain : Standar Operasional Prosedur dan Buku ajar anestesia yang mana pertanyaannya telah digeneralisasikan dan alat rekam suara. Ini didasarkan pada metode penelitian yang dipakai oleh peneliti sangat tergantung pada pemahaman peneliti dan data informasi yang diperoleh dari observasi dan wawancara.

c. Teknik Dokumentasi

Adapun teknik dokumentasi merupakan cara mengumpulkan, menggali, mengkaji, dan mempelajari sumber-sumber tertulis yang telah terdokumentasikan baik berupa tulisan yaitu : makalah, laporan

penelitian, dokumen kurikulum, jurnal, media massa, maupun yang berbentuk suara yaitu : dalam bentuk rekaman suara, video, film, dan dan lain-lain. Penelitian yang dilakukan terhadap informasi yang didokumentasikan dalam rekaman, baik gambar, suara, tulisan, atau lain-lain, dalam bentuk rekaman biasa dikenal dengan penelitian analisis dokumen atau analisis isi (*content analysis*) (Bhattacharjee, 2012).

Oleh karena itu, dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik dokumentasi dengan maksud untuk memperkaya, mengembangkan dan menambah informasi guna memperkuat data- data yang diolah dan dijadikan hasil penelitian, dan lain-lain.

E. Analisa Data

Case analysis merupakan penelitian / penyelidikan yang mendalam (indepth study) tentang suatu aspek lingkungan sosial termasuk manusia didalamnya yg dilakukan sedemikian rupa sehingga menghasilkan gambaran yang terorganisasikan dengan baik dan lengkap. Case study dapat dilakukan terhadap seorang individu; sekelompok individu (keluarga, kelompok ibu hamil, ibu menyusui, manula, balita dsb); segolongan manusia (guru, bidan, perawat, suku Batak dsb) lingkungan hidup manusia (desa, kota, Pesisir dsb); atau lembaga sosial (perkawinan–perceraian, pendidikan, agama dsb). Cross-case analysis adalah metode yang melibatkan eksplorasi mendalam tentang persamaan dan perbedaan diseluruh kasus dengan tujuan untuk mendukung generalisasi (Swarjana., 2015).

F. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat begitu penting dan seriusnya aspek etika dalam penelitian, seorang peneliti harus betul – betul berpegang teguh terhadap beberapa prinsip etika dalam penelitian (Swarjana., 2015). Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut:

1. Lembar Persetujuan (Informed Consent)

Lembar persetujuan adalah suatu lembaran yang berisikan tentang permintaan persetujuan kepada calon partisipan bahwa bersedia untuk menjadi partisipan pada penelitian ini dengan membutuhkan tanda tangan pada lembaran Informed Consent tersebut. Dalam penelitian ini peneliti akan meminta persetujuan untuk menjadi partisipan dengan memberikan lembar persetujuan. Informed Consent diberikan sebelum penelitian dengan tujuan agar subjek mengenal maksud dan tujuan serta mengetahui dampak dari penelitian. Apabila subjek bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan, tetapi apabila subjek tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak partisipan.

a. Tanpa Nama (Anonymity)

Anonymity merupakan masalah etika dalam penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama partisipan pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

b. Kerahasiaan (Confidentiality)

Kerahasiaan merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah – masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

c. Beneficence

Merupakan sebuah prinsip untuk memberi manfaat pada orang lain, bukan untuk membahayakan orang lain. Dalam proses penelitian, sebelum pengisian kuesioner peneliti harus memberikan penjelasan tentang manfaat penelitian serta keuntungan bagi partisipan dan peneliti melalui lembar informasi.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Pada BAB ini memaparkan tentang gambaran umum tempat penelitian dan hasil penelitian tentang pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pasien dengan anestesi umum di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.

A. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Daerah kabupaten Buleleng. Instalasi Bedah Sentral (IBS) terdiri dari enam ruangan yang masih berfungsi yang diperuntukan untuk : IBST OK I : Urologi; IBST OK II : Obgyn; IBST OK III : Digestif; IBST OK IV : Bedah Umum; IBST OK V : Orthopedy; IBST OK VI : Mata. Selain itu RSUD Kabupaten Buleleng juga memiliki 2 ruang operasi di Instalasi Rawat Darurat yaitu OK IRD 1 : untuk Obgyn dan OK IRD : untuk semua jenis operasi (*all-around*). Dengan didukung oleh tenaga kesehatan yang terdiri dari 5 orang Dokter Spesialis Anestesi, 1 orang Dokter Spesialis Onkologi, 1 orang Dokter Spesialis Digestif, 3 orang Dokter Bedah Umum, 2 orang Dokter Spesialis Orthopedy, 5 orang Dokter Spesialis Obgyn, 3 orang Dokter Spesialis Mata dan 2 orang Dokter Spesialis THT sedangkan untuk penata anestesi dan instrumen berjumlah 36 orang. Hampir semua tenaga kesehatan yang bekerja di IBS RSUD Kabupaten Buleleng memiliki pengalaman yang cukup lama dalam masing-masing bidangnya (Profil Kesehatan, 2020).

Demikianlah gambaran umum RSUD Kabupaten Buleleng sebagai lokasi/tempat penelitian berlangsung. Adapun data yang tersajikan di atas bersumber dari dokumen laporan tahunan tahun 2020 RSUD Kabupaten Buleleng. Gambaran umum tersebut disampaikan sebagai data pendukung atau pengantar dari fokus masalah yang akan diteliti, sehingga untuk selanjutnya dipergunakan sebagai bagaimana mestinya.

B. Penilaian Pra Anestesi Pada Pelaksanaan Anamnesis

Pada bagian ini akan memaparkan tentang hasil wawancara dan observasi penelitian tentang Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pelaksanaan Anamnesis pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng. Wawancara dan observasi dilaksanakan dengan menggunakan teknik wawancara mendalam terhadap 2 orang penata anestesi yang dilakukan di IBS RSUD Kabupaten Buleleng. Narasumber yang berhasil diwawancarai secara intensif dengan nama menggunakan inisial, yaitu Bapak M dan Bapak B.

Anamnesis pra anestesi ialah langkah awal dari rangkaian tindakan anestesi yang dilakukan terhadap pasien bertujuan untuk mengetahui identitas pasien tersebut hingga mengidentifikasi riwayat-riwayat yang diderita oleh pasien dalam hal ini penting tujuannya dilakukannya anamnesis khusus dan anamnesis umum. Dengan ini penata anestesi dapat meminimalisir resiko yang mungkin akan terjadi di intra operasi pada pasien dengan General Anestesi.

Anamnesis yang baik harus mengacu pada pertanyaan yang sistematis, yaitu dengan berpedoman pada empat pokok pikiran (*The Fundamental four*) dan tujuh butir mutiara anamnesis (*The Sacred Seven*). Dari pedoman ini peneliti menilai pelaksanaan anamnesis, yaitu : Bagaimanakah anda melakukan anamnesis pada pasien dengan pra anestesi umum? Dan apakah mengikuti fundamental four dan sacred seven?. Penyusun melakukan wawancara kepada dua orang penata anestesi, yang mengatakan bahwa pelaksanaan penilaian dalam mengikuti *Foundamental Four* dan *Sacred Seven* sebagaimana dalam wawancaranya yang beliau sampaikan :

“Di IBS RSUD Kabupaten Buleleng, selalu melakukan anamnesis, baik pada pasien pra anestesi umum maupun regional, dan selalu mengikuti fundamental four dan sacred seven, antaranya menanyakan riwayat penyakit yang diderita sekarang, riwayat penyakit penyerta, riwayat penyakit sebelumnya dan riwayat penyakit dikeluarkan pasien tersebut”
(Bapak “M” sebagai penata anestesi yang melakukan tindakan Pre Anestesi di IBS RSUD Kabupaten Buleleng).

Dalam pemaparannya bapak M sangat mengutamakan pelaksanaan *Foundamental four* dan *Sacred Seven* dalam menganamnesis pasiennya. Sejalan dengan pendapat Bapak M narasumber bapak “B” sebagai penata anestesi di IBS RSUD Kabupaten Buleleng juga mengikuti *Fundamental Four* dan *Sacred Seven* dalam melakukan Anamnesis pada pasien – pasien dengan Pra anestesi umum, sebagaimana dalam wawancaranya beliau menyampaikan:

“ Dalam mengikuti fundamental four dan sacred seven tergantung dengan seberapa besarnya operasi yang akan dikerjakan, jadi dalam menganamnesis pasien anestesi umum kita mengkaji yang pertama head to toe, tergantung juga pembiusannya besok akan digunakan apakah mau laryng mask airway atau ETT (Endotracheal tube)”

Dilanjutkan lagi dengan penjelasan keadaan fisik pasien oleh Bapak B :

“Secara garis besar meliputi menilai keadaan fisik pasien, riwayat – riwayat yang berhubungan dengan pemberian tindakan general anestesi, menganamnesis riwayat asma, alergi obat, riwayat penyakit penyerta kemudian riwayat mengkonsumsi obat – obatan, menilai mallampati skor, melihat kormet dari si pasien, auskultasi pulmonalnya kanan kiri, kemudian menanyakan psikisnya dia kesiapan untuk melakukan operasi dan anestesi besok.”

Berdasarkan hasil observasi dan dokumentasi rekam medis menunjukan bahwa Bapak M dan Bapak B sebagai penata anestesi dengan jelas menanyakan poin yang terkandung didalam *Fundamental Four* dan *Sacred Seven* antara lain : riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, dan riwayat sosial ekonomi. Sedangkan *The Sacred Seven* mencakup Lokasi, Onset, Kualitas, Kuantitas, hal yang memperberat, dan memperingan keluhan pasien, serta analisis sistem yang menyertai keluhan utama. Sebelum melakukan anamnesis lebih lanjut, hal utama yang biasa dilakukan oleh narasumber Bapak M dan Bapak B antara lain menanyakan identitas pasien, yaitu nama, umur, jenis kelamin, ras, status pernikahan, agama dan pekerjaan.

Tahap-tahapan anamnesis yang terdiri dari *Initial Exploration*, *Futher Exploration*, dan *Essential Background*, begitu juga menurut narasumber Bapak M dalam melakukan Langkah-langkah anamnesa dengan cara sebagaimana dalam wawancara yang beliau sampaikan :

“Anamnesis pada anestesi regional maupun anestesi umum sedikit tidaknya mirip-mirip anamnesis yang dilakukan artinya tidak bisa dipisah dan dibedakan, secara umum yang dilakukan sebelum tindakan anestesi umum maupun anestesi regional yaitu anamnesis puasa, penyakit penyerta, terutama asma, riwayat alergi, gigi palsu, dan kebiasaan sehari-hari, ya kurang lebih seperti itu anamnesis yang sering kita lakukan di IBS RSUD Kabupaten Buleleng”

Sejalan dengan pendapat bapak M, menurut narasumber bapak B juga memiliki pendapat tersendiri mengenai langkah-langkah dalam menganamnesa yaitu sebagaimana dalam wawancaranya yang beliau sampaikan :

“Mengucapkan salam, memperkenalkan diri selaku penata anastesi yang akan melakukan pengkajian dan menanyakan beberapa hal yang berhubungan dengan pembiusan dan kesiapan pasien dalam tindakan operasi, menanyakan riwayat – riwayat pasien meliputi riwayat asma, riwayat alergi obat, riwayat penyakit penyerta, riwayat mengkonsumsi obat – obatan kemudian melakukan pengkajian fisik dan menanyakan factor penyebab riwayat si pasien menderita pada saat itu misalkan pasien jatuh dan apakah kepala sempat terbentur, atau sempat mengalami pingsan dapat mempengaruhi juga terhadap pembiusan besok dan obat – obatan yang kami berikan.”

Berdasarkan hasil observasi dan dokumentasi diperoleh data bahwa narasumber Bapak M dan Bapak B melakukan langkah-langkah anamnesis yang hampir sama yaitu diawali dengan salam pembuka dan memperkenalkan diri, menanyakan identitas pasien serta keluarga pasien, bertanya mengenai riwayat penyakit yang pernah diderita pasien, riwayat penyakit sekarang,

riwayat puasa, riwayat sosial dan ekonomi dan riwayat kebiasaan sehari-harinya.

Hal yang harus dikaji dari sebuah identitas atau biodata pasien antara lain seperti nama, tanggal lahir, umur, alamat tinggal pasien, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, status perkawinan, golongan darah, serta identitas penanggung jawab antara lain : Nama, Umur, Jenis kelamin, Agama, Pendidikan, Pekerjaan, Hubungan dengan klien, dan alamat. Identitas atau biodata pasien dapat kita kaji melalui pasiennya langsung dan keluarga terdekat pasien, saat pengkajian juga penata anestesi harus memastikan kembali dengan data yang tertulis dalam rekam medis. Hal ini juga disampaikan oleh narasumber Bapak M dalam wawancaranya yang beliau sampaikan :

“Yang pertama kita identifikasi dari identitas pasien yang mana dirumah sakit telah dibedakan menggunakan gelang pasien, nama, umur, dan alamat bisa sama tetapi nomor CM tidak akan bisa sama. Untuk langkahnya, yang pertama kita tanyakan umur, umur juga dapat mempengaruhi pemberian obat nantinya dari premedikasi, dari induksi, selain umur seperti tadi juga kita mengikuti fundamental four dan sacred seven di keluarga pasien tersebut seperti, apakah ada riwayat penyakit keturunan? Misalnya kita tanyakan pada saat kita menganamnesis dan mengidentifikasi biodata dari pasien tersebut.”

Hal yang sama juga disampaikan oleh narasumber bapak B yaitu dalam pemaparannya sebagai berikut :

“Kalau yang dikaji pada identitas dan biodata kita kaji biasanya kita ke pasien sendiri didampingi oleh sanak keluarganya mungkin keluarga terdekat yang harus dikaji umur, berat badan, kemudian jenis kelamin.”

Berdasarkan hasil observasi dan dokumentasi diperoleh data bahwa dalam pengkajian identitas pasien di IBS RSUD Kabupaten Buleleng selain mengkaji nama, tanggal lahir, umur, alamat tinggal pasien, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, status perkawinan, golongan

darah, juga mengkaji berat badan dan tinggi badan pasien dikarenakan mengkaji sebuah berat badan dan tinggi badan pasien dapat mempengaruhi dosis obat yang akan diberikan kepada pasien dan sebagai pembeda identitas jika terdapat identitas pasien yang hampir sama.

Didalam pelaksanaan anamnesa, terdapat juga data yang terkait suatu penyakit yang mengganggu system organ dalam kaitannya dengan persiapan pra anestesi. data yang terkait dengan dengan suatu penyakit yang mengganggu system organ antara lain : riwayat penyakit sistemik yang diderita pasien dan penyakit sistemik keturunan dari keluarga pasien. Data ini harus dikaji sebelum dilakukannya tindakan anestesi untuk menghindari resiko-resiko yang akan terjadi dari pre anestesi, intra anestesi dan pasca anestesi. Hal ini dibahas juga oleh narasumber Bapak M sebagaimana didalam wawancaranya yang menjelaskan sebagai berikut :

“Yang kita tanyakan terkait dengan gangguan system organ dalam kaitannya dengan penilaian persiapan pra anestesi, pertama kita tanyakan apakah ada riwayat penyakit yang diderita, riwayat penyakit penyerta, seandainya ada riwayat penyakit penyerta misalnya dari paru-paru dan pernah mengalami penyakit PPOK, pernah ada menderita penyakit TBC, obat-obat apa saja yang diberikan, itu yang harus kita juga tanyakan.”

Sejalan dengan pendapat narasumber Bapak M, Narasumber Bapak B juga memberi pendapat yang hampir sama mengenai data yang terkait dengan gangguan sistem organ, sebagaimana didalam wawancaranya yang menjelaskan :

“Kalau yang ditanyakan terkait suatu penyakit yang mengganggu system organ dalam kaitannya seperti riwayat hipertensi, nah ini sangat mempengaruhi si pasien mengkonsumsi obat antihipertensi yang apa saja, salah satu contoh aspirin dapat mempengaruhi juga terhadap pembiusan yang akan dilakukan maupun pembedahan kemudian riwayat hipertensi, asma, alergi kemudian riwayat stroke

(hemiparesis) kanan atau kiri , riwayat cedera, misalnya cedera tulang belakang.”

Berdasarkan hasil observasi dan dokumentasi diperoleh data bahwa narasumber Bapak M dan Bapak B dalam melakukan pengkajian terkait suatu penyakit yang mengganggu system organ dalam kaitannya dengan persiapan pra anestesi, selain mengambil data dari informasi langsung dari penjelasan pasien data juga dapat diperoleh dari rekam medik. Data penting yang diperlukan saat pengkajian yang terkait suatu penyakit yang mengganggu system organ yaitu riwayat penyakit penyerta, riwayat penyakit keturunan misalnya dari paru-paru dan penyakit PPOK, riwayat penyakit TBC, selain riwayat penyakit penata anestesi saat mengkaji juga menanyakan riwayat obat-obatan, lamanya penyakit tersebut diderita, dan riwayat gangguan organ yang dapat kontra indikasi dengan obat-obatan lain khususnya anestesi.

Ditambahkan mengenai pendapat dari Bapak M yang menjawab pentingnya mengkaji riwayat penyakit sistemik, riwayat pemakaian obat, riwayat operasi dan anestesi, riwayat alergi, dan riwayat kebiasaan kepada pasien, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Riwayat pemakaian obat, riwayat penyakit sistemik, riwayat alergi patut kita tanyakan pada saat anastesis ini, dikarenakan ada juga beberapa obat anestesi kita yang dapat memacu terjangkitnya alergi pada pasien tersebut. misalnya ada kebiasaan pasien merokok yang dapat menimbulkan hypersecreted (meningkatnya cairan liur pasien) apalagi kita akan melakukan anestesi umum, kebiasaan olahraga ada juga pengaruhnya ke tindakan anestesi.”

Sedangkan dalam pemaparannya Narasumber Bapak B memiliki pendapat yang hampir sama dengan Narasumber Bapak M, yaitu sebagaimana dalam wawancaranya yang menerangkan bahwa :

“Menanyakan riwayat – riwayat penyakit sistemik seperti riwayat pemakaian obat – obatan dan juga pemakaian obat antihipertensi, aspirin kemudian riwayat operasi dan anestesi, kesiapan dia untuk dioperasi, menanyakan riwayat operasi dan anestesi jadi kesiapan

psikisnya, kemudian riwayat alergi juga kita harus tanyakan dan dapat memberikan premedikasi pemberian obat – obat untuk menghindari alergi yang diderita pasien kemudian riwayat kebiasaan pasien.”

Dari data yang didapatkan dalam observasi langsung dan dokumentasi, didapatkan bahwa Narasumber Bapak M dan Narasumber Bapak B melakukan pengkajian yang hampir sama yaitu menilai langsung dari informasi pasien dan menyamakan jawaban pasien tersebut dengan hasil rekam medis yang sebelumnya sudah tertulis berbagai macam riwayat penyakit maupun riwayat pengobatan pasien, selain itu juga penting bagi penata anestesi dalam menilai riwayat kebiasaan pasien. Narasumber Bapak M dan Bapak B dalam mencegah terjadinya alergi atau kontraindikasi dari obat anestesi terhadap tubuh pasien, Narasumber Bapak M dan Bapak B mengutamakan pemberian premedikasi kepada pasien. Pemberian obat-obatan riwayat penyakit pasien juga harus tetap dikaji dan diberikan minimal 1 hari sebelum dilakukan operasi dan anestesi.

C. Penilaian Pra Anestesi Pada Pemeriksaan Fisik

Penilaian persiapan operasi dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien). Pada persiapan Psikologi terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Sedangkan dalam persiapan fisiologi pasien harus menjalani persiapan Diet (puasa), persiapan perut, persiapan kulit (daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut), dan Hasil LAB, foto roentgen, ECG, USG, dan lain-lain.

Dalam wawancara mendalam dengan Narasumber Bapak M dan Bapak B mengenai penilaian persiapan pemeriksaan fisik didapatkan hasil data oleh Bapak M sebagaimana dalam wawancaranya yang menjawab pertanyaan : Bagaimanakah pelaksanaan pemeriksaan fisik pada pasien pra anestesi umum?

Dan Hal apa sajakah yang anda harus kaji dalam pemeriksaan fisik? Dengan hasil sebagai berikut :

“Dalam pemeriksaan fisik yang kita identifikasi pertama pasti kita tertuju pada bagian leher dan kepala pada anestesi umum. Dari melihat saja kita bisa memperhatikan dan memperkirakan tindakan anestesi yang akan kita lakukan, dari yang kita lihat misalnya leher pasien pendek. Selain dari leher, dapat juga kita kaji dari fisik secara umum pasien, baik gemuk, kurus, juga akan sangat mempengaruhi pada saat kita nanti melakukan tindakan anestesi apalagi adalah anestesi umum.”

Narasumber Bapak M menegaskan kembali terkait hal apa saja yang penata anestesi harus kaji dalam pemeriksaan fisik. Sebagaimana dalam hasil wawancaranya Bapak M mengatakan :

“Pada pemeriksaan fisik secara umum kita paling intens paling lebih teliti kan pada bagian leher dan kepala yaitu pada leher pendek, akan sangat susah kita untuk menguasai airway (jalan nafas), selain leher kita juga lihat yang dari melihat saja pada bentuk wajah pasien juga bisa kita pertimbangkan dan perkirakan, misalnya bentuk wajah pasien besar apalagi tangan penatanya kecil bisa kita perkirakan nanti pasti kita akan kesusahan dalam memberikan tindakan anestesi umum, persiapkan dari STATICS lengkap agar nanti saat kita sudah masukan obat-obatan anestesi, sudah pasien terinduksi baru kita kelabakan saat melakukan tindakan anestesi terutama pada anestesi umum.”

Sejalan dengan pendapat bapak M, Narumber Bapak B juga memberikan pendapat yang hampir menyerupai pendapat dari Bapak M yang mengenai pelaksanaan pemeriksaan fisik pada pasien Pra anestesi umum. Sebagaimana dalam hasil wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Pemeriksaan fisik secara global garis besar itu kita head to toe, kalau seandainya pemeriksaan yang terfokus kita mulai dari kormet pasien, mallampati, gigi palsu kemudian auskultasi pulmonal, liat rogten, bacaan EKG, kemudian region operasinya, sebesar mana atau

ditempat mana ada kesulitan – kesulitan untuk penyulit - penyulit tidak besok kita lakukan saat pembiusan.”

Narasumber Bapak B menegaskan kembali terkait hal apa saja yang penata anestesi harus kaji dalam pemeriksaan fisik. Sebagaimana dalam hasil wawancaranya Bapak B mengatakan :

“Hal yang harus dikaji, point penting yang berhubungan dengan diagnosis pasien dan tindakan operasi yang akan dilakukan pada pasien besok kemudian selebihnya yang berhubungan dengan itu saja, tetap head to toe point pentingnya untuk mengkaji keseluruhannya.”

Didukung oleh hasil observasi dan dokumentasi dapat diambil kesimpulan bahwasannya kedua penata anestesi yang bertugas menjalani pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pemeriksaan fisik mengkaji dengan cara secara global menggunakan *head to toe* yang tertuju mengkhusus pada bagian leher dan kepala, serta pada area yang akan dilakukan operasi.

Untuk menentukan prognosis ASA (*American Society of Anesthesiologists*) membuat klasifikasi berdasarkan status fisik pasien pra anestesi yang membagi pasien ke dalam 5 kelompok atau kategori sebagai berikut: ASA I, ASA II, ASA III, ASA IV, ASA V, selain itu juga pemeriksaan status pasien terdapat kesadaran, Frekuensi nafas, Tekanan darah, Nadi, Suhu tubuh, Berat badan dan tinggi badan, menilai status gizi pasien/ BMI, terapi cairan serta jumlah urine selama pasca bedah. Sesuai dengan hasil wawancara dari narasumber bapak M yang menjelaskan bahwa kesadaran merupakan hal penting harus kita kaji didalam pemeriksaan status pasien, sebagaimana dalam wawancaranya yang menuturkan bahwa :

“Kesadaran sebenarnya sangat penting artinya boleh dibilang gampanglah kita menilai sebuah kesadaran pasien dengan cara memanggil, dengan cara menyentuh untuk menentukan GCS Pasien tersebut berapa, saat menganamnesis nama pasien, kita sudah bisa kaji kalau pasiennya tidak nyaut kan bisa dari sana kita kaji sebuah kesadaran, biasanya juga dengan sentuhan kepada pasiennya atau

sedikit menepuk bahu pasien dan pasiennya baru nyaut berarti disana juga bisa menilai sebuah kesadaran atau GCSnya.”

Sejalan dengan pendapat bapak M, bapak B juga memberikan Hasil sebagaimana dalam wawancaranya yang menerangkan bahwa :

“Kesadaran, mengenai kesadaran kan ada rentang ratenya untuk mengukur kesadaran seseorang bisa melihat dari GCSnya ditanyakan dikaji baik reflek mata, motoric dan verbalnya”

Didukung dengan hasil observasi dan dokumentasi bahwa kedua narasumber melakukan pengukuran status kesadaran pasien dengan rate GCS serta dipadukan dengan menilai langsung dengan cara komunikasi langsung dengan pasiennya. Tanpa menilai secara langsung narasumber sudah dapat menilai kesadaran pasien dari respon pasien itu sendiri.

Dalam pengkajian pra anestesi dibutuhkan pengukuran Frekuensi nafas. Menurut narasumber bapak M sebagaimana dalam wawancaranya yang membahas frekuensi nafas mengatakan :

“Frekuensi nafas, Panca indra kita itu semua harus berfungsi sambil kita berkomunikasi kepada pasien, sambil tangan kita memeriksa fisik melalui palpasi pasien, kita juga harus melihat dari cara naik turunnya dada pasiennya kita sudah bisa menentukan frekuensi nafas pasien tersebut, respirasi rate pasien itu sendiri dapat kita lihat melalui monitor, frekuensi nafas pasien ini tinggi, gelisah, takut atau sakit.”

Dilanjutkan lagi dengan penjelasan mengenai pemeriksaan kesadaran pasien oleh Bapak M :

“Pasien-pasien elektif dari GCS nya dapat kita menunda tindakan operasi digaris bawah pasien-pasien elektif kalau GCSnya masih kurang artinya GCSnya tidak bagus ini dapat ditunda pada perbaikan KU atau dengan terapi atau dengan monitoring haemodinamik sebelum dilakukan tindakan operasi tetapi kalau pada pasien-pasien cyto dan emergency tidak pernah berpatokan dengan nilai GCS, karna harus mengejar apapun harapan itu, walaupun nilai GCSnya sudah

jelek dan kecil kita pertimbangkan juga obat-obat apa saja yang harus kita gunakan, obat-obat apa saja yang dosisnya kita boleh berikan dosis normal atau harus dengan minimal dosis. Kalau dari Frekuensi nafas tidak ada berpengaruh pada ditundanya sebuah tindakan operasi.”

Sedangkan menurut bapak B, sebagaimana dalam wawancaranya mengatakan bahwa :

“ Kalau dari Frekuensi Nafas, pasien secara garis besar dilihat Respiratory Rate (RR), apakah tacypnue, bradipnue. kemudian ada penyulit atau tidak dan kita juga perlu melakukan auskultasi juga perkusi bila perlu, konsultasi jika ada permasalahan.”

Dilihat dari data hasil observasi dan dokumentasinya, bapak M hanya melihat pergerakan dada pasien yang dibandingkan dengan tarikan nafas di diri bapak M tersebut untuk mengukurnya bapak M tidak pernah mengukur *respiratory rate* (RR) di dalam ruangan pre operasi atau saat pengkajian pre anestesi. Sedangkan dari hasil Bapak B didapatkan bahwa Bapak B selain dengan melihat pergerakan dada pasien, Bapak B juga mendengar Suara nafas pasien apakah ada suara tambahan atau tidak dan bapak B juga biasanya melakukan auskultasi dan perkusi apabila terjadi gangguan yang ditemukan pada pernafasan pasien. Dari kedua penata anestesi ini ditemukan kesamaan dalam melakukan pelaksanaan penilaian yaitu dengan melaporkan atau mengkonsultasikan hal tersebut kepada dokter spesialis anestesi apabila ditemukan ketidak normalan pada Frekuensi Nafas pasien.

Selain frekuensi nafas, penilaian tekanan darah juga sangat dibutuhkan saat pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pasien dengan general anestesi. Narasumber bapak M menjelaskan bahwa untuk memonitoring tekanan darah di ruang persiapan bapak M menilainya melalui monitor yang telah disambungkan dengan alat pengukuran tensi pada lengan pasien, bapak M memfokuskan pengkajian pada tinggi rendahnya tensi pasien dihari tersebut, riwayat penyakit pasien yang berpengaruh dengan tensi pasien, serta riwayat

obat-obatan yang mempengaruhi tekanan darah pasien, sebagaimana dalam hasil wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Monitoring tekanan darah di ukur di ruang persiapan. pasien elektif jika tekanan darahnya dikategorikan tinggi maka pasien tersebut di anamnesis lagi apakah pasien tersebut memang mempunyai riwayat hipertensi atau tensinya tinggi dikarenakan jika memang karena memiliki riwayat hipertensi kita anamnesa kembali obat hipertensinya sudah diminum atau belum, udah terapi atau belum, kalau misalnya sudah terapi obat hipertensi tetapi saat sampai di ruang persiapan tensinya masih tinggi tensinya maka tindakan ditunda dahulu, ini berlaku pada pasien elektif ya karena tekanan darahnya masih tinggi, rata-rata yang kedua pasien hipertensi sudah masuk ruang persiapan, pasien sudah puasa dan sudah dipersiapkan dari kemarin”

Dalam penjelasannya Bapak M melanjutkan menjelaskan mengenai premedikasi di ruang persiapan, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Di ruang persiapan kita berikan premedikasi dahulu, siapa tahu pasiennya mengalami cemas atau takut akan tindakan operasi tersebut makanya tensinya tinggi kita berikan premedikasi berupa midazolam. Seandainya sudah bisa diatasi dengan pemberian premedikasi maka dilanjutkan ke ruang operasi (intra operasi) tetapi saat sudah diberikan obat premedikasi tetapi tensinya tetap juga tidak dapat diatasi bisa kita koordinasikan dengan dokter anestesi, jika memang masih tinggi biasanya dokter anestesi menyarankan untuk menunda tindakan.”

Sejalan dengan pendapat Narasumber bapak M, narasumber bapak B mengungkapkan pendapat mengenai pelaksanaan penilaian pemeriksaan tekanan darah pada pasien dengan general anestesi, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“ Dalam mengukur Tekanan Darah (TD), yang perlu dikaji tinggi tidaknya tensi itu berhubungan juga dengan riwayat pasien apa si

pasien pernah mengidap riwayat hipertensi kita perlu juga melakukan pengecekan tekanan darah.”

Dari kedua hasil wawancara anastesi yang didukung juga dengan hasil observasi dan dokumentasi terkait pemeriksaan tekanan darah, maka didapatkan hasil bawah kedua penata anastesi tersebut melakukan pemeriksaan tekanan darah baik dari hasil monitor yang ada di ruang persiapan maupun riwayat-riwayat penyakit yang pernah diderita pasien yang berhubungan dengan tekanan darah pasien.

Pelaksanaan penilaian pemeriksaan pada nadi dikaji melalui alat monitor yang terdapat pada ruang persiapan dengan alat yang terpasang pada salah satu jari pasien. Pengkajian nadi ini juga sangat berpengaruh dalam pemberian anastesia, sebagaimana dalam hasil wawancara dari narasumber bapak M yang menyatakan bahwa :

“Kalau kita memiliki monitor dan kebetulan di RSUD Kabupaten Buleleng ini kita diruang persiapan disediakan satu buah monitor dalam mengkaji kondisi tubuh pasien dari baru masuk pasiennya diruang persiapan sudah langsung memasang manset, EKG, SpO2 lengkap dikaji pada monitor tersebut dan bisa langsung lihat kondisi pasien dimonitor, tapi jangan langsung percaya kepada hasil monitor, walaupun dimonitor artinya terutama pada nadi, pada monitor nadinya ternilai normal kita juga palpasi langsung nadi pasien.”

Sejalan dengan pendapat Narasumber bapak M yang mengatakan bahwa penilaian Nadi sangatlah penting baik mengkaji dengan hasil monitor ataupun dipalpasi langsung, Narasumber bapak B juga memberikan pendapat yang sama yaitu mengutamakan frekuensi nadi tersebut, sebagaimana dalam wawancaranya yang menjelaskan bahwa :

“Kalau pemeriksaa nadi disini yang saya fokuskan yaitu pada frekuensi nadinya misalnya Tacycardia ataupun Bradicardia. ”

Didukung dengan hasil observasi dan dokumentasi mengenai pemeriksaan nadi didapatkan bahwa kedua partisipan penata anastesi di IBS

RSUD Kabupaten Buleleng melakukan pemeriksaan nadi dengan cara melihatnya pada monitor dan didukung juga dengan hasil palpasi nadi pasien.

Didalam pemeriksaan fisik terdapat pemeriksaan suhu tubuh, menurut narasumber bapak M mengatakan bahwa dalam pemeriksaan suhu tubuh bapak M biasanya melakukan hal sederhana dalam mengetahui suhu tubuh pasien dengan cara memegang atau menyentuh kulit pasien langsung, dan jika tubuh pasien terasa hangat maka bapak M melanjutkan pengukurannya melalui alat termometer yang akan dipasang pada aksila pasien, bapak M juga memaparkan jika bapak M selalu *crosscheck* kembali riwayat pasien dengan keadaan pasien saat di ruang persiapan operasi. Sebagaimana dalam wawancaranya yang menjelaskan bahwa :

“Pemeriksaan suhu tubuh pasien hal yang paling sederhana dapat kita lakukan dari baru sentuh tangan pasien saja sambil pemeriksaan nadi, misalnya pasien terasa hangat atau panas, kita biasanya mengambil termometer untuk memastikan nilai suhu pada pasien pada saat itu, jika hasilnya bahwa pasien termasuk panas balik lagi crosscheck pada rekam medik pasien.”

Bapak M menjelaskan kembali mengenai tatalaksana jika pasien mengalami masalah pada hasil pemeriksaan suhu, sebagaimana dalam penjelasannya bahwa:

“Seandainya pasien elektif suhu badan pasien masih diatas atau sama dengan 38⁰C biasanya kita pertimbangkan untuk kelanjutan tindakan operasinya, laporkan masalah ini kepada dokter spesialis anestesinya, seandainya dokter anestesi mengatakan tunda ya kita tunda dan batalkan tindakan selanjutnya, dan kalau dokter anestesinya mengatakan diberikan paracetamol flass ya kita berikan tindakan kolaboratif pemberian obat paracetamol flass dan diguyur pemberiannya di ruang persiapan sambil di observasi suhu tubuh pasien, jika turun suhu tubuhnya maka kita dapat lanjut melakukan tindakan operasi.”

Narasumber bapak B menambahkan mengenai pemeriksaan suhu tubuh pasien pada pasien dengan general anestesi, sebagaimana dalam wawancaranya yang menyatakan bahwa:

“Suhu tubuh tinggi dapat kita konsultasikan kepada dokter anestesi yang bertanggungjawab, dikarenakan jika dibiarkan akan menghalangi tindakan anestesi, ataupun pasien dapat ditunda operasinya jika itu operasi eletif dan tidak bersifat gawat darurat.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan suhu tubuh serta diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan suhu tubuh narasumber bapak M dan bapak B melakukan pemeriksaan suhu tubuh menggunakan cara sederhana yaitu dengan cara menyentuh bagian tubuh pasien secara langsung dan mengukurnya dengan alat untuk memastikan nilai ukur suhu tubuh pasien.

Dalam pemeriksaan berat dan tinggi badan, sebagaimana dalam wawancaranya Bapak M menjelaskan bahwa :

“Untuk penilaian berat dan tinggi badan, anestesi bekerja menggunakan obat-obat anestesi hitungan dosisnya kita sangat memerlukan dan berpatokan pada jumlah berat badan pasien terutama pada pasien-pasien lansia, anak-anak, biasanya sudah tercantum pada rekam medik pasien, walaupun berat badan pasien biasanya sudah dicantumkan pada rekam medik pasien, sebaiknya kita tanyakan kembali pada pasiennya, atau pada keluarga pasien dan lebih bagusnya lagi kita yang harus mengukur berat badan pasien tersebut pada ruang persiapan, kebetulan di IBS RSUD Kabupaten Buleleng disediakan timbangan berat badan”

Sejalan dengan pendapat bapak M, narasumber bapak B juga menerangkan bahwa berat dan tinggi badan juga mempengaruhi dalam pemberian obat baik dalam besar dosis obat maupun pengaturan volume tidal, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“ berat juga mempengaruhi untuk menentukan seberapa besar dosis obat yang digunakan, kemudian untuk general anestesi berat badan

juga untuk volume tidal pasien dan tinggi badan juga sama berpengaruh terhadap pemeriksaan pada saat pemberian spinal block ada rentang ratenya itu.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan dan pengukuran berat badan dan tinggi badan serta diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan suhu tubuh narasumber bapak M dan bapak B melakukan pemeriksaan dan pengukuran berat dan tinggi badan tergantung dari kondisi fisik pasien. Jika pasien kondisi fisiknya bagus dan tidak terdapat gangguan maka pasien diukur berat badan ulang pada ruang persiapan, akan tetapi jika pasien tidak kooperatif dan pasien yang bersifat cito maka berat dan tinggi badan pasien disesuaikan dengan rekam medis pasien.

Pemeriksaan penilaian status gizi pasien atau BMI pasien, menurut bapak M penilaian ini dilakukan dengan melihat keadaan fisik pasien, baik dalam kondisi gizi buruk atau keadaan normal, jika pasien dalam keadaan normal maka sudah dapat memperkirakan dosis obat yang akan diberikan ataupun tindakan yang akan dilakukan tidak lupa juga dalam mengonsultasikannya kepada dokter spesialis dalam hal pemilihan tindakan serta dosis obat jika terdapat pasien dalam keadaan gizi buruk. Hal ini sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Untuk status gizi pasien dari pemeriksaan fisik kan sebenarnya kita sudah bisa menilai dan mengira-ngirakan status gizi pasien ini , seandainya ada pasien anak-anak akan dilakukan tindakan operasi usus buntu dengan fisik pasien kurus datang, disini kita anamnesis kembali jika pasiennya kooperatif bisa menanyakan langsung kepada pasiennya mengenai riwayat penyakit sebelumnya yang menyebabkan kondisi gizi tubuh pasien memburuk atau memang keadaan penyakit yang diderita saat itu yang menyebabkan pasien mengalami gejala gizi buruk dianamnesa kembali.”

Berbeda dengan bapak M, narasumber bapak B juga memaparkan bahwa penilaian ini tidak pernah beliau lakukan baik dalam menanyakan

status gizi pasien ataupun BMI pasien. Sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“kalau status gizi kita secara global saja tidak pernah kalau saya pribadi tidak pernah untuk menanyakan status gizi hanya melihat di keadaan umum dan berat badan bila berat badan proposional berarti dosisnya sekian penatalaksanaannya seperti itu, kalau untuk menanyakan gizi tidak pernah.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan menilai status gizi pasien/BMI serta diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan penilaian status gizi pasien/BMI narasumber bapak M melakukan penilaian melalui kondisi fisik pasien, sedangkan Narasumber bapak B hanya melihat keadaan umunya saja tanpa menilai status gizi pasien tersendiri.

Dalam pemberian obat anestesi pasien akan selalu diperhitungkan terapi cairan dan jenis terapinya. Menurut bapak M, dalam pemeriksaan terapi cairan dilihat dari riwayat pemberian cairan pada pasien saat sebelum dipindahkan ke ruang persiapan, berapa volume yang sudah dihabiskan dan jenis cairan apa saja yang telah masuk didalam tubuh pasien, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa:

“Pemeriksaan terapi cairan, kaji kembali tekanan darah pasien, nadi pasien, SpO2 pasien, riwayat penggunaan obat pasien, terapi apasaja yang didapatkan diruangan, diruangan sudah habis berapa kolf, pada terapi cairan juga kita dapat melihat kelanjutan terapi cairan yang akan kita berikan saat durante operasi, dan juga dapat sebagai patokan memperkirakan perdarahan pada saat durante operasi.”

Sedangkan menurut bapak B dalam pemberian terapi cairan tidak terlepas dari riwayat penyakit yang pernah diderita pasien, selain dapat mempengaruhi kinerja jantung pemberian terapi cairan juga berfungsi dalam menahan resiko *bleeding* pada saat intra operatif, sebagaimana dalam wawancarnya yang mengatkan bahwa :

“Terapi cairan kita memberikannya kepada pasien tidak terlepas dari riwayat penyakit sebelumnya kalau ada riwayat penyerta seperti jantung otomatis pemberian cairan harus di waspadai jangan terlalu berlebih untuk memperberat kerja jantung kemudian pada saat pembedahan ada suatu kendala misalkan bleeding intraoperatif yang banyak juga harus mempertahankan osmolaritas itu dengan pemberian koloid maupun kristaloid ataupun transfusi dari darah.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan terapi cairan serta diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan terapi cairan narasumber bapak M melakukan penilaian terapi cairan melalui riwayat pemberian terapi sesaat sebelum dilakukannya persiapan anestesi, serta tidak berpatokan pada cairan yang tersedia saat pasien memasuki ruang persiapan, sedangkan Narasumber bapak B menilai terapi cairan pasien melalui riwayat penyakit pasien sebelumnya dan dalam pemberian cairannya butuh kewaspadaan agar tidak memberatkan kerja jantung pasien.

Dalam Pengukuran status pasien juga sangat dibutuhkan yang namanya penilaian jumlah urine selama dan pasca bedah. Menurut bapak M penilaian jumlah urine selama dan pasca bedah bukan hanya selama dan pasca bahkan pada saat pra anestesi dan pra bedah juga bapak M perlu menilai jumlah urine, hal ini biasanya terpantau dari urine yang terdapat pada kantong urine yang telah terpasang dan terhubung pada organ perkemihan pasien. Sebagaimana seperti dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“ Selalu kita menilai dan memonitoring jumlah produksi urine selama dan pasca bedah, kita dapat pantau misal terpasang kateter dapat melihatnya pada urinebag, ini dapat kita pergunakan sebagai patokan yang dihubungkan dengan cairan yang telah dimasukan, apakah pasien harus membutuhkan darah atau cukup dengan loding cairan saja, jumlah perdarahan harus dihitung dan dikumulasi dengan produksi urine yang ada di urine bag pasien, pemantauan ini dilakuan

untuk dapat kita memperkirakan pemberian terapi cairannya, jenis obat anestesi yang kontra indikasi pada ginjal dan hati.”

Sejalan dengan pendapat bapak M, narasumber bapak B juga memberikan pendapat yang sama terkait penilaian jumlah urine selama dan pasca bedah, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Sebelum mulai tindakan pembiusan dikaji juga urine bag kemudian kesiapan dia sudah siap belum dalam tahap pembiusan agar psikisnya lebih baik.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai penilaian jumlah urine selama dan pasca bedah serta diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan penilaian jumlah urine selama dan pasca bedah narasumber bapak M melakukan penilaian melalui hasil data rekam medis pasien serta informasi yang didapatkan dari perawat yang melakukan operan data pasien pada saat itu, sedangkan Narasumber bapak B hanya melihat jumlah urine pasien dari banyaknya volume kantong urine yang telah dikosongkan maupun yang tersedia di kantong urine selama puasa.

Dalam tindakan anestesi khususnya general anestesi, wajib penata anestesi itu menilai pemeriksaan umum, antara lain: pemeriksaan status psikis, saraf, respirasi, hemodinamik, penyakit darah, gastrointestinal, hepato-bilier, urogenital, saluran kencing, metabolik dan endokrin, serta otot rangka dan integumen.

Menurut bapak M, dalam pemeriksaan status psikis pasien bapak M mengutamakan pada saraf-saraf pasien. Dalam hal ini pasien elektif disini telah melalui alur poli anestesi selanjutnya masuk ke poli bedah dan disana dianamnesa kondisi pasien apakah ada mengalami kelainan saraf atau tidak, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Status psikis pasien itu diutamakan pada saraf-saraf, pasien di RSUD Kabupaten Buleleng itu jika pasien elektif kita sudah kaji jalurnya dari poli anestesi, dari poli anestesi tersebut pasien masuk ke poli bedah pasien dianamnesa, pasien masuk diruang operasi ini pasien sudah dengan data rekam medik lengkap, kita dapat crosschek direkam medik

pasien apabila pasien ini memiliki penyakit penyerta di saraf, selain itu tidak boleh langsung percaya pada rekam medik kita dapat melihat langsung pada psikis dan gerak-gerik pasien.”

Berbeda dengan bapak M, Bapak B menanyakan status psikis pasien dengan bertanya kesiapan pasien dalam dilakukannya tindakan operasi, hal-hal yang mengganggu pemikiran pasien sebelum dilakukannya operasi, bapak B menindaklanjuti masalah ini dengan cara KIE pasien, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Pemeriksaan status psikis pasien yaitu menanyakan kesiapan, kemudian hal – hal yang mengganggu pemikiran pasien sebelum dilakukan pembedahan juga kita menjelaskan terutama di biusnya. Kita harus menjelaskan kalau pasien dilakukan pembiusan general misalkan jadi diberikan obat penenang secara umum.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan status psikis pasien diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan status psikis narasumber bapak M melakukan penilaian melalui riwayat anamnesa yang telah tertulis pada rekam medik pasien, sedangkan Narasumber bapak B langsung menanyakan keadaan pasien saat diruang persiapan, baik ketakutan pasien maupun kesiapan pasien dalam persiapan dilakukannya tindakan anestesi dan operasi.

Menurut bapak M dalam penilaian saraf dan resirasi pasien sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan sebagai berikut :

“Pada pemeriksaan saraf yang dijelaskan sebelumnya bisa kita monitoring keadaan pasien melalui GCS pasien, apakah pasiennya ini ada kelainan saraf ataupun cedera saraf dapat kita lakukan pengecekan dengan cara mencubit bagian tubuh pasien tanpa mencederai pasien, atau menggosokkan ujung pulpen pada telapak kaki dalam memeriksa apakah pasien ada respon atau tidak“

Dilanjutkan dengan penilaian respirasi bapak M mengatakan, bahwa:

“Pada pemeriksaan respirasi kita sambil anamnesis kita juga melihat pergerakan organ pernafasan pasien, kalau pasien bernafas menggunakan perut atau terlihat bawah perutnya naik turun berarti pasien mengalami masalah pada sistem pernafasannya. Pasiennya ngorok apalagi pasien tidak sadar disana kita juga bisa menilai respirasi pasien dengan melihat kembang kempisnya dada pasien”

Sedangkan pendapat dari narasumber bapak B mengenai pemeriksaan saraf dan respirasi, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa:

“Pemeriksaan saraf menanyakan Riwayat pertama punya Riwayat stroke kemudian kelainan kongenital, kemudian pernah trauma atau tidaknya itu juga sangat mempengaruhi untuk dilakukan pemilihan suatu terapi dan pemberian anastesi baik regional maupun general.”

Dilanjutkan dengan penjelasannya mengenai pemeriksaan respirasi, sebagaimana dalam wawancaranya yang menyatakan bahwa :

”Respirasi juga berperan penting dari Riwayat asma kemudian auskultasi pulmonalnya ada suara tambahan atau tidaknya untuk pemeriksaan general mempengaruhi juga.”

Dalam pemeriksaan umum yang mencakup mengenai pemeriksaan hemodinamik dan penyakit darah dijelaskan oleh bapak M, bahwa dalam pemeriksaan hemodinamik selain melihat dari hasil monitor bapak M juga menyamakan hasil dengan hasil anamnesis pasien yang telah dirangkum dalam catatan rekam medik pasien, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Dalam pemeriksaan hemodinamik, kita biasanya menilai dari Tekanan darah, nadi, suhu, sama seperti tadi kita sudah melihat hasil dari monitor kita juga melihat manual atau langsung hasil pada tubuh pasien misalnya pemeriksaan nadi yang mana harus mempalpasi pasien, pada pemeriksaan suhu dapat kita memegang tubuh pasien atau memeriksa menggunakan termometer, jangan pernah 100% kita mempercayai hasil dari pemeriksaan monitor.”

Dalam penjelasannya mengenai penyakit darah, bapak M mengatakan penyakit darah dapat ditanyakan langsung kepada pasien langsung jika pasiennya kooperatif atau melihat dari riwayat apakah pasien pernah mendapat tranfusi darah atau tidak. Sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Pada pemeriksaan Penyakit darah pada pasien yang kooperatif kita dapat menanyakan langsung kepada pasien apakah pasien pernah mengalami penyakit imunitas atau pernah mendapatkan tranfusi darah, dan jika pasiennya tidak kooperatif dapat kita tanyakan riwayat pasien pada keluarga yang bertanggung jawab dan tahu persis riwayat penyakit pasien tersebut.”

Sedangkan dalam pemaparannya bapak B selaku narasumber dari penata anestesi menjelaskan secara langsung dalam pemeriksaan hemodinamik dan penyakit darah, sebagaimana dalam wawancaranya yang menjelaskan bahwa :

“Pemeriksaan Hemodinamik juga berpengaruh dari tensi, kemudian pemeriksaaan penunjang dia juga harus stabil, kalau penyakit darah mungkin mengkaji di pemeriksaan penunjang apakah pasien itu mengalami misalkan trombositopeny jadi trombositnya dibawah standar kemudian punya penyakit darah kanker darah dan semacamnya mungkin itu sih yang jadi point penting dalam pemilihan ada ratenya kalau Spinal Block kurang lebih diatas 5000 baru bisa dilakukan operasi, apabila si pasien itu memiliki riwayat Trombositopeny.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan hemodinamik dan penyakit darah pasien diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan status psikis narasumber bapak M melakukan penilaian melalui riwayat anamnesa yang telah tertulis pada rekam medik pasien, sedangkan Narasumber bapak B langsung menanyakan keadaan pasien saat diruang persiapan, baik ketakutan pasien

maupun kesiapan pasien dalam persiapan dilakukannya tindakan anestesi dan operasi.

Gastrointestinal sebagai bagian dari pemeriksaan umum dapat dinilai melalui menanyakan langsung riwayat diet sebelum dilakukannya tindakan operasi, seperti yang dilakukan oleh narasumber bapak M sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Pada pemeriksaan Gastrointestinal kita tanyakan kepada pasien atau anamnesa langsung kepada pasien makan minum terakhir jam berapa? Sudah puasa atau belum?. Saat pasien jujur dan mengatakan sudah makan maka kita harus tunda operasi tersebut karena dapat membahayakan pasien saat durante operasi dapat mengakibatkan aspirasi pada saat durante operasi.”

Sedangkan menurut bapak B, dalam mengkaji gastrointestinal pasien, difokuskan pada perkusi dan distensi abdomen, sebagaimana dalam wawancaranya yang menyebutkan bahwa :

“ Pemeriksaan gastrointestinal pada pasien general anestesi dilakukan perkusi dan distensi abdomen, seberapa besar pasien tersebut merasakan distensi abdomen, punya atau tidaknya distensi abdomen pada pasien dan kasus – kasus tertentu iya itu juga kan mempengaruhi dengan secara langsung menekan diafragma sehingga paru – paru juga susah untuk mengembang.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan gastrointestinal pasien diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan gastrointestinal narasumber bapak M melakukan penilaian melalui bertanya langsung riwayat puasa pasien yang mana akan menyebabkan resiko aspirasi saat durante operasi jika pasien tidak menjalani puasa dengan baik, sedangkan Narasumber bapak B langsung memeriksa pasien dengan cara memperkusi maupun memeriksa distensi abdomen dari pasien itu sendiri.

Menurut narasumber Bapak M bahwa Pemeriksaan hepatobilier dalam kaitannya dengan persiapan pasien dengan general anestesi yaitu dapat dikaji

melalui pemeriksaan penunjang dan pemeriksaan fisik, dalam mengkaji fisik pasien dapat dilihat dari mata pasien yang terlihat kuning yang mengarah pada gangguan hepar pasien, atau pada pankreas pasien, hal ini sebagaimana dalam wawancara bapak M menjelaskan bahwa :

“Pada pemeriksaan hepatobilier dapat kita lihat dari pemeriksaan penunjang, dan pemeriksaan fisik dengan cara melihat langsung dari mata pasien terlihat kondisi pasien, misalnya mata pasien terlihat kuning, nah disini kita dapat curigai pasti ada penyakit penyerta misalnya pada hepar pasien. Atau pasti kita menduga pasien memiliki gangguan pada pankreas pasien, nah disini kita baru tanyakan kepada pasiennya. Misalnya pasien mengatakan pernah dan pada tahun sekian baru kita crosscek dengan hasil LAB kan pasti ada hasil pemeriksaan LAB penunjang, atau cek pada hasil USG misal pasien pernah dilakukan USG”

Pernyataan yang sama juga dijawab oleh narasumber bapak B yang mengatakan bahwa :

“sama juga dilihat dari pemeriksaan penunjangnya SGOT, SGPT, BUN dan kreatininnya.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan hepatobilier pasien diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan hepatobilier narasumber bapak M dan bapak B melakukan pemeriksaan ini melalui hasil pemeriksaan penunjang dan melihat dari segi gangguan kondisi fisik pasien yang mengarah pada penyakit gangguan hepatobilier.

Pelaksanaan penilaian pemeriksaan dari urogenital dan saluran kencing, menurut narasumber bapak M melakukannya dengan cara melihat produksi urine pasien, dan mengkaji apakah pasien memiliki riwayat penyakit yang terfokus pada saluran urogenital ataupun ginjal. Hal ini sesuai dengan sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Pemeriksaan Urogenital, pemeriksaannya kita melihat dari produksi urine pasien, juga menanyakan kepada pasiennya apakah ada memiliki

penyakit penyerta pada saluran urogenital atau Ginjal? Misalnya pasiennya mengatakan pernah memiliki riwayat gangguan pada ginjal, maka selalu kita crosscek ulang kembali riwayat di rekam medik pasien, setelah crosscek kita lanjut menanyakan terapi yang pernah dikonsumsi pasien saat mengalami riwayat penyakit tersebut, karena sebagian obat terapi berpengaruh terhadap efektifitas dari obat anestesi.”

Dilanjutkan lagi pemaparannya mengenai pemeriksaan saluran kencing pasien, bahwa :

“dalam pemeriksaan saluran kencing hampir sama ya dengan urogenital biasanya kita memeriksanya berbarengan dengan pemeriksaan urogenital. Biasanya yang kita lihat juga produksi urine dari si pasien tersebut apakah ada endapan, batu atau darah ataupun tidak ada produksi urine dari si pasien? Setelah itu juga kita harus menanyakan riwayat pemasangan kateter pada pasien baik riwayat terdahulu, berapa lama pasien memakai selang kateter tersebut dan apakah ada masalah selama pemakaiannya?. Dapat juga kita menanyakan masalah riwayat operasi pasien pada bagian ginjal menuju saluran kencing pasien.”

Sedangkan menurut narasumber bapak B, mengatakan bahwa dalam pemeriksaan urogenital dan saluran kencing dapat dikaji melalui hasil pemeriksaan penunjang pasien seperti elektrolit dan BUN pasien, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Dalam pemeriksaan urogenital dan saluran kencing hampir sama dikaji dari pemeriksaan penunjang yang berupa elektrolit, BUN, sekalian kita lihat dari pemeriksaan penunjang kemudian bilamana pasien tersebut memiliki USG kemudian rotgent BOF yang menunjang kita untuk bisa memahami kondisi pasien pada saat itu kita kaji juga. pada kasus – kasus tertentu juga kita kaji juga saluran kencingnya lancar tidaknya dimana nyerinya sedangkan kasus – kasus operasi urologi lebih dominan disini di saluran kecing berdarah tidaknya ”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan urogenital dan saluran kencing pasien diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan urogenital dan saluran kencing narasumber bapak M dan bapak B melakukan pemeriksaan ini melalui hasil pemeriksaan penunjang dan melihat dari segi gangguan kondisi fisik pasien yang mengarah pada penyakit gangguan urogenital dan saluran kencing.

Dalam pemeriksaan metabolik dan endokrin narasumber M menilainya dengan menanyakan langsung kepada pasien mengenai riwayat penyakit pasien, dan pemeriksaan penunjang pasien pada rekam medik pasien, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Pada pemeriksaan metabolik, biasanya kami menanyakannya ke pasien atau langsung melihat riwayatnya pada pemeriksaan penunjang pasien pada rekam medik pasien. Untuk pemeriksaan endokrin biasanya kita menganamnesa dengan cara menanyakan kebiasaan pasien termasuk kebiasaan buruk pasien yang mempengaruhi hormon si pasien tersebut, untuk memastikan kita apakah pasien ada gangguan pada system endokrinnya”

Sedangkan menurut hasil wawancara dari bapak B mengatakan bahwa :

“Pemeriksaan Metabolik dan endokrin Pada saat ini kasus – kasus tertentu juga seumpama pasien dengan tiroid SNT kita periksa juga TSHS, FT4nya, bilamana kalau kadarnya terlalu tinggi dan kadarnya terlalu rendah ada penatalaksanaannya.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan metabolik dan endokrin pasien diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan metabolik dan endokrin narasumber bapak M dan bapak B melakukan pemeriksaan ini melalui hasil pemeriksaan penunjang dan melihat dari riwayat keluhan pasien yang terfokus pada penyakit yang menyerang metabolik dan endokrin.

Menurut narasumber bapak M dalam pemeriksaan otot rangka dan integumen lebih spesifik pemeriksaan pada pasien yang mengalami kecelakaan maupun memiliki indikasi cedera berat pada rangka dan integumen

yang diharuskan melakukan tindakan operasi, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“pemeriksaan otot rangka, lebih spesifik kita pemeriksaan otot rangka pada saat kita bertemu dengan pasien-pasien yang masuk diruang operasi dengan riwayat trauma, kecelakaan atau terjatuh.”

Sedangkan narasumber bapak B mengatakan bahwa pemeriksaan rangka dan integumen terfokus pada pasien yang mendapatkan tindakan *Sub Aracnoid Block*, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa :

“Kalau pemeriksaan otot rangka dan integumen lebih cenderung ke pasien yang dilakukan anestesi spinal untuk memposisikan proposional tidak dilakukan Tindakan SAB dan waktu pasien dilakukan pemberian Epidural atau tidak”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan otot rangka dan integumen pasien diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan otot rangka dan integumen narasumber bapak M melakukan penilaian ini pada pasien yang dicurgai atau pasien dengan cedera pada otot rangka dan integumen. Sedangkan bapak B menilai otot rangka dan integumen saat pasien dilakukan tindakan regional anestesi ataupun epidural anestesi.

Penggolongan status fisik pasien merupakan hal yang penting untuk menentukan resiko anestesi digolongkan menurut ASA (ASA I s.d ASA VI), selain itu juga pemeriksaan tyromentalis diruang persiapan dapat di ukur melalui reflek membuka mulut pasien tanpa melanggar etika dalam memasukan jari kedalam mulut pasien, sedangkan dalam pemeriksaan mallampati dibutuhkan untuk menilai langsung pada mulut pasien dengan meminta pasien membuka bagian mulut pasien agar terlihat bagian belakang, hal ini sangat penting bagi kelangsungan tindakan anestesi dan durante operasi, sebagaimana dalam wawancaranya Bapak M mengatakan bahwa :

“Status fisik pada pasien, untuk menilainya itu kita kan mengenal dengan istilah status fisik ASA, Dari status fisik juga kita dapat memberikan keputusan obat-obat apa saja yang diperbolehkan.

Biasanya kita menanyakan riwayat penyakit sistemik dan penyakit penyerta pasien termasuk juga terapi yang telah dilakukan sebelumnya. Misalnya pasien termasuk ke ASA 3 dan 4 itu sudah termasuk pasien-pasien yang harus dikurangi dosis pemakaian obat pendepress jantung maupun hemodinamikanya, pentingnya penilaian ASA ini dapat menentukan tindakan kita dalam durante operasi nantinya.”

Bapak M juga menjelaskan bagaimana pemeriksaan Tyromentalis pada pasien, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa:

“Saat pemeriksaan Tyromentalis dan kebetulan kita menggunakan APD dan handscoon kita langsung menilai ke bagian tubuh pasien dan mengira-ngirakan lebar tangan kita pada bagian mulut pasien, karena ketidak sopanan kita juga untuk memasukan jari kita kedalam mulut pasien untuk pengukuran tyromentalisnya. Pemeriksaan tyromentalis ini juga untuk mengukur dapatnya mayo atau guedel masuk kedalam mulut pasien yang dilakukan tindakan general anestesi.”

Dan ditambahkan juga mengenai pemeriksaannya pada saat mengukur skor mallampati, sebagaimana dalam wawancaranya yang mengatakan bahwa:

“Pemeriksaan mallampati, nah pemeriksaan ini dapat kita lakukan berbarengan dengan pemeriksaan Tyromentalis, pasien diminta membuka bagian mulut dan menjulurkan lidah pasien, dengan Mallampati score 3 atau 4 ovulanya sudah tidak terlihat maka ini yang harus kita waspadei dan dilakukan intubasi dengan baik, dikejadian seperti ini harus disiapkan statics dengan lengkap semua nomor ETT baik kingking dan non kingking harus dipersiapkan, guedel atau mayo pun juga harus kita siapkan untuk membantu airway si pasien.”

Dalam pembahasan mengenai skor malampati Bapak M menambahkan juga mengenai pentingnya mempersiapkan tindakan pra anestesi, sebagaimana dalam wawancaranya yang menerangkan bahwa :

“Begitu pentingnya kita dalam menyiapkan pra anestesi dari anamnesis, dari pemeriksaan fisik, saran bapak sebagai penata anestesi senior jangan menganggap sepele, jangan menganggap

mudah, belum tentu dari fisik luar terlihat gampang tetapi anatomi dalam mulut pasien tidak normal , pasien yang memiliki gigi palsu, gigi geligi, gigi tonggos, gigi goyang kita penting dalam menganamnesisnya. Itulah pentingnya kita melakukan anamnesa pre anestesi untuk mengantisipasi kesulitan-kesulitan yang akan kita hadapi dalam dilakukannya tindakan anestesi umum.”

Sedangkan menurut Bapak B dalam pemaparannya mengenai status fisik pasien, tyromentalis, dan mallampati, sebagaimana dalam wawancaranya yang menyebutkan bahwa :

“ Pemeriksaan Status Fisik Pasien, Tyromentalis, dan Mallamati Gradenya bisa dikaji langsung dengan pasien, bisa dengan cara meminta pasien membuka mulut. Kita bisa lihat malamatinya mulai dari palatum secara garis besar tertera. Kalau menentukan ASA itu lebih besar dilakukan oleh Dokter spesialis, kalau ASA secara garis besar juga kita menilai nya dengan dilihat dari riwayat penyakit pasien sebelumnya dan yang diderita saat ini.”

Berdasarkan hasil kedua wawancara mengenai pemeriksaan status fisik pasien, tyromentalis dan mallampati pasien, diperoleh hasil data observasi dan dokumentasi bahwa dalam melakukan pemeriksaan status fisik pasien, tyromentalis dan mallampati narasumber bapak M dan bapak B melakukannya dengan cara mengkaji langsung baik dari riwayat yang diderita pasien, maupun menilai langsung dari kondisi fisik pasien pada saat diruang persiapan.

BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab V ini akan menjelaskan mengenai pembahasan yang telah dilakukan oleh peneliti saat melakukan penelitian di IBS RSUD Kabupaten Buleleng. Penjelasan yang diberikan merupakan menjabarkan dari rumusan masalah “Bagaimanakah pelaksanaan penilaian praanestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng? ”

A. Pelaksanaan Penilaian Anamnesis Pasien Pra Anestesi Yang Dilakukan Anestesi Umum di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.

Dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi dan studi literatur diperoleh hasil pelaksanaan penilaian anamnesis pasien pra anestesi yang dilakukan general anestesi oleh dua orang partisipan yang bertugas sebagai penata anestesi selama lebih dari 5 tahun. Dari hasilnya dalam melaksanakan penilaian anamnesis ini kedua penata anestesi melakukan tindakan penilaian anamnesis yang mana tindakannya mengikuti *fundamental four* dan *sacred seven*, kedua penata ini juga dapat menjelaskan beberapa langkah-langkah dalam anamnesis yang dilakukan selama penilaian antara lain seperti anamnesis puasa, penyakit penyerta, terutama asma yang sangat amat menjadi musuh pertama kita sebagai seorang penata anestesi, riwayat alergi, riwayat asma, gigi palsu, kebiasaan sehari-hari, riwayat mengkonsumsi obat – obatan, auskultasi pulmonalnya kanan kiri, menentukan mallampati skor menanyakan riwayat penyakit yang diderita sekarang, riwayat penyakit penyerta, riwayat penyakit sebelumnya dan riwayat penyakit di keluarga pasien. Hal ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Pasal 10 Nomor 18 tahun 2016 mengatur segala sesuatu yang berkaitan dengan tindakan yang harus dilaksanakan oleh seorang penata anestesi dalam melaksanakan pekerjaannya, dalam hal ini tindakan yang harus dilakukan oleh penata anestesi dalam melaksanakan tugasnya adalah: tindakan pra anestesi, intra anestesi, dan pasca anestesi. Penilaian pra anestesi melibatkan pertimbangan informasi dari berbagai sumber yang mencakup catatan medis terakhir, anamnesis keluarga dan

pasien, pemeriksaan fisik, serta hasil tes medis dan laboratorium (Mangku, 2018).

Dalam implementasinya hal-hal yang harus dikaji dalam pelaksanaan anamnesis antara lain identitas atau biodata pasien, penyakit yang mengganggu system organ dalam kaitannya dengan persiapan pra anestesi dan riwayat penyakit sistemik, riwayat pemakaian obat, riwayat operasi dan anestesia, riwayat alergi, serta riwayat kebiasaan kepada pasien. Dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi dan study literatur didapatkan bahwa kedua penata anestesi ini melaksanakan penilaian identitas pasien, penyakit yang mengganggu sistem organ dan riwayat penyakit sistemik, riwayat pemakaian obat, riwayat operasi dan anestesia, riwayat alergi, dan riwayat kebiasaan pada pasien, hal ini dibuktikan oleh kedua penata anestesi mendapatkan data dengan menanyakan identitas pasien, penyakit yang pernah diderita baik dalam riwayat pemakaian obat, riwayat operasi dan anestesia, riwayat alergi, dan riwayat kebiasaan pada pasien maupun kepada keluarga pasien, untuk memastikan kembali jawaban dari pasien dan keluarga pasien tersebut penata selalu menghubungkan hasil kajiannya dengan hasil yang terdapat pada rekam medik pasien yang sebelumnya telah di tuliskan pada saat pengkajian di polianestesi dan polibedah.

Hal ini sejalan dengan Peraturan Kementerian Kesehatan No 18 Tahun 2016 Pasal 11 Ayat 1 mengatur bahwa pelayanan asuhan kepenataan praanestesi sebagaimana dimaksud dalam pasal 10 huruf a yaitu melakukan pengkajian penatalaksanaan pra anestesi 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 atau pengkajian. Didukung juga dengan teori pada Buku Anestesi dan Reanimasi oleh Mangku dan Senapathi (2018), bahwa dalam tatalaksana evaluasi pra anestesi dalam anamnesis dapat

dilakukan dengan pasien sendiri atau dengan orang terdekat (keluarga / pengantarnya). Pengkajian identitas pasien dan penanggung jawab pasien dapat berupa nama, umur, alamat dan pekerjaan. Pentingnya mengkaji sebuah anamnesis khusus yang berkaitan dengan penyakit bedah yang mungkin akan menimbulkan gangguan fungsi sistem organ. Dan dalam anamnesis umum penata anestesi wajib mengkaji Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita atau sedang menderita penyakit sistemik selain penyakit bedah yang diderita yang mungkin dapat menjadi penyulit dalam anestesia seperti penyakit alergi, diabetes mellitus, penyakit paru kronik, penyakit jantung dan hipertensi, penyakit hati dan penyakit ginjal. Riwayat pemakaian obat yang telah/edang digunakan yang mungkin berinteraksi dengan obat anestesi, misalnya: kortikosteroid, obat antihipertensi, obat anti-diabetik, antibiotika golongan aminoglikosid, digitalis, diuretika, tranquilizer, obat penghambat enzim monoamin oksidase dan bronkodilator. Riwayat operasi dan anestesia yang pernah dialami, berapa kali dan selang waktunya, serta apakah pasien mengalami komplikasi saat itu. Riwayat alergi terhadap obat-obat atau yang lain. Kebiasaan buruk sehari-hari yang dapat mempengaruhi jalannya anestesi misalnya merokok, obat-obatan penenang, alkohol atau narkotik.

B. Pelaksanaan Penilaian Pemeriksaan Fisik Pasien Pra Anestesi Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.

Dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi dan studi literatur diperoleh hasil pelaksanaan penilaian pemeriksaan fisik pada pasien pra anestesi dengan anestesi umum, hasil yang didapat kan pada Narasumber Bapak M, bahwa Bapak M dalam menjalankan pemeriksaannya pada pemeriksaan fisik yang dibagi atas: pemeriksaan umum, pemeriksaan status pasien, pemeriksaan status psikis dan status fisik pasien, dalam melakukan pemeriksaan kesadaran Bapak M menilainya dengan spontan saat pasien menjawab pertanyaan-pertanyaan yang ditanyakan oleh Bapak M, dalam mengkaji motorik bapak M menilainya berbarengan dengan pemeriksaan tekanan darah, saturasi dan nadi yang mana bapak M memasang alat yang

sudah terhubung dengan monitor pemantau diruang persiapan, sedangkan untuk mengukur suhu Bapak M biasanya meraba kulit pasien dan jika teraba panas maka bapak M mengambilkan alat termometer untuk memastikan nilai suhu badan pasien, dalam mengkaji berat badan untuk pasien yang kooperatif maka Bapak M menganjurkan untuk mengukur berat badan kembali di ruang persiapan, akan tetapi jika pasien tidak kooperatif atau pasien *emergency* biasanya Bapak M melakukan pengkajian berat badan melalui catatan rekam medik pasien, Bapak M dalam mengkaji pemeriksaan status pasien tidak melakukan pengukuran tinggi badan dengan alat tapi menilainya dengan riwayat catatan rekam medis pasien, dan Bapak M tidak mengukur BMI pasien baik dengan regional anestesi maupun general anestesi, dan dalam pengukuran terapi cairan bapak M menanyakan informasi mengenai banyaknya cairan masuk dan golongan cairan yang masuk melalui perawat ruangan yang melakukan operan pada saat diruang persiapan, serta melihat kembali catatan riwayat rekam medis pasien. Dalam pemeriksaan umum bapak M melaksanakan penilaian pada Status Fisik pasien yang menilai tentang tingkat kecemasan dan kesakitan pasien, pemeriksaan jalan nafas (respirasi) diantaranya penilaian mallampati, batuk, sesak nafas, dan pemakaian gigi palsu, pada pemeriksaan gangguan syaraf bapak M hanya memeriksa otak dan tulang belakang tanpa menilai saraf tepi, pada pemeriksaan gangguan jantung dan paru bapak M menilai dengan cara Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dan pada pemeriksaan riwayat pasien yang meliputi penilaian penyakit sebelumnya yang pernah diderita pasien, alergi obat maupun makanan, riwayat transfusi darah, riwayat merokok, riwayat minum-minuman keras, riwayat konsumsi obat sebelumnya dan riwayat komplikasi penyakit.

Sedangkan dalam pemeriksaan oleh narasumber Bapak B, Bapak B melakukan penilaian yang hampir sama dengan Bapak M, saat pemeriksaan fisik pada pengukuran status pasien bapak B menilai kesadaran dengan menggunakan spontanitas pasien, dan mengukur tekanan darah dan nadi melalui alat yang terhubung dari tubuh pasien ke monitor pemantau yang

berada diruang persiapan, Bapak B dalam mengukur suhu hanya melihat dari hasil rekam medis pasien tanpa meraba kulit pasien ataupun mengukurnya kembali, dalam pengukuran berat badan dan tinggi badan bapak B mengukurnya dengan melihat catatan riwayat rekam medis pasien tanpa mengukurnya kembali, dalam pengukuran terapi cairan bapak B melihat dari riwayat penyakit pasien apakah pasien memiliki penyakit jantung sebelumnya atau tidak agar dalam pemberiannya tidak memperberat kerja jantung. Dalam pemeriksaan umum bapak B melaksanakan penilaian pada Status Fisik pasien yang menilai tentang tingkat kecemasan dan kesakitan pasien, pemeriksaan jalan nafas (respirasi) diantaranya penilaian mallampati, batuk, sesak nafas, dan pemakaian gigi palsu, pada pemeriksaan gangguan syaraf bapak B hanya memeriksa otak dan tulang belakang tanpa menilai saraf tepi, pada pemeriksaan gangguan jantung dan paru bapak B menilai dengan cara Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dan pada pemeriksaan riwayat pasien yang meliputi penilaian penyakit sebelumnya yang pernah diderita pasien, alergi obat maupun makanan, riwayat transfusi darah, riwayat merokok, riwayat minum-minuman keras, riwayat konsumsi obat sebelumnya dan riwayat komplikasi penyakit.

Pada Pemeriksaan Fisik terdapat beberapa bagian yang tidak dilaksanakan oleh partisipan, yaitu pada bagian pemeriksaan IMT, dan pemeriksaan gangguan saraf tepi, Hal ini dikarenakan singkatnya waktu penata anestesi dalam mengkaji pemeriksaan fisik baik dalam visite ruangan maupun saat pra anestesi, sedangkan menurut buku Mangku dan Senapathi (2018), bahwa pelaksanaan penilaian pemeriksaan fisik meliputi, pemeriksaan atau pengukuran status pasien dan pemeriksaan umum. Dijelaskan dalam pemeriksaan umum yang meliputi pemeriksaan status : psikis (gelisah, takut atau kesakitan), saraf (otak, medula spinalis, dan saraf tepi), respirasi, hemodinamik, penyakit darah, gastrointestinal, hepato-billier, urogenital dan saluran kencing, metabolik dan endokrin, otot rangka dan integumen. Pemeriksaan saraf tepi harus dikaji saat pemeriksaan saraf dan pemeriksaan IMT pada saat pemeriksaan status pasien yang mana meliputi kesadaran,

frekuensi nafas, tekanan darah (TD), nadi (N), suhu tubuh (°C), berat dan tinggi badan untuk menilai status gizi/BMI serta memperkirakan dosis obat, terapi cairan yang diperlukan dan jumlah urin selama dan pasca bedah.

C. Pelaksanaan Pendokumentasian Hasil Anamnesis Atau Pengkajian Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.

Dalam melakukan pelaksanaan penilaian penata anestesi juga wajib dalam mendokumentasikan hasil dari pelaksanaannya ada lembar dokumentasi. Dari hasil observasi dan hasil lembar dokumentasi yang didapatkan bahwa dalam penulisan dokumentasi hasil pemeriksaan kedua narasumber menuliskannya tidak berbarengan langsung saat pengkajian di ruang persiapan, melainkan kedua narasumber menuliskan hasil dokumentasi pre anestesi pada saat intra operasi maupun saat pasca operasi. Hal ini terjadi dikarenakan singkatnya waktu yang tersedia di ruang persiapan untuk mengkaji sekaligus menuliskan dokumentasinya. Terkadang juga narasumber melakukan pra visit untuk mengetahui status penilaian pasien sehari sebelum pasien dilakukan operasi hal ini berlaku untuk pasien yang dilakukan operasi elektif. Terkadang hasil sehari sebelum operasi dengan pengkajian saat di ruang persiapan sesaat sebelum dioperasi bisa aja berbeda sesuai dengan keadaan tubuh pasien. Sebagian perawat merasa terbebani dengan waktu yang dihabiskan dalam proses dokumentasi. Dokumentasi keperawatan merupakan bagian yang penting. Namun pada realitanya dilapangan, dokumentasi keperawatan yang dilakukan masih bersifat manual dan konvensional, belum disertai dengan sistem / perangkat teknologi yang memadai. Contohnya dalam hal pendokumentasian asuhan keperawatan masih manual, sehingga perawat mempunyai potensi yang besar terhadap proses terjadinya kesalahan dalam praktek. Dengan adanya kemajuan teknologi informasi dan komunikasi, maka sangat dimungkinkan bagi perawat untuk memiliki sistem pendokumentasian. Hal ini tidak sejalan dengan pengertian dari dokumentasi itu tersendiri yang mana Dokumentasi merupakan suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosa, menyusun

rencana, melaksanakan, mengevaluasi tindakan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum . Pendokumentasian kepenataan anestesi tertulis (paper - based documentation) di Indonesia saat ini dilaporkan mutunya masih rendah (Sudibyo, 2020).

D. Keterbatasan Penelitian

1. Dalam melakukan penelitian ini menggunakan teknik wawancara mendalam dengan Penata Anestesi, peneliti mendapatkan keterbatasan pada tempat dan kondisi lingkungan penelitian, berupa bisingnya kondisi saat melakukan wawancara mendalam dengan partisipan dan seharusnya pada ruang khusus untuk menjaga identitas diri partisipan.
2. Penelitian Observasi yang dilakukan kurang efektif dikarenakan peneliti melakukan observasi pada saat kondisi peneliti melakukan praktik klinik di IBS dan rumah sakit yang sama maka sebagai peneliti kurang fokus dalam meneliti tindakan partisipan.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pengolahan data dan pembahasan pada penelitian dalam skripsi ini, maka dapat diambil kesimpulan bahwa kedua partisipan Penata Anestesi dalam pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kabupaten Buleleng terlihat dari pelaksanaannya, dalam menilai anamnesa pasien baik secara langsung dan dengan keluarga pasien, dalam mengkaji pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan psikis pasien berjalan sesuai dengan standar operasional prosedur yang berlaku, kecuali pada bagian pemeriksaan IMT, pemeriksaan gangguan saraf tepi, memberikan salam terapeutik dalam pengakhiran tindakan dan juga dalam pendokumentasian tindakan kurang mematuhi tatalaksana standar operasional prosedur yang berlaku.

B. SARAN

Berdasarkan uraian hasil analisis terhadap pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng, penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan untuk meningkatkan pelayanan anestesi yang baik dan dapat menyusun strategi untuk mengantisipasi terjadinya resiko cedera anestesi pada pasien yang dilakukan tindakan anestesi general dengan meninjau pelaksanaan penilaian pra anestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng.

2. Bagi Penata Anestesi

Sebagai masukan pelayanan kepenataan anestesi yang baik mulai dari pre anestesi meliputi pengkajian kondisi pasien, persiapan pasien dan persiapan obat untuk menghindari terjadinya resiko cedera anestesi dengan berkolaborasi dengan dokter anestesi, pemeriksaan fisik secara umum,

pemeriksaan penunjang, pemeriksaan psikis, anamnesa yang mengikuti *Fundamental Four* dan *secured seven*, pemeriksaan status fisik pasien, pemeriksaan puasa serta tyromentalis dan mallampati padapasien dengan tindakan anestesi general harus dilakukan untuk mengurangi resiko cedera anestesi pada intra anestesi.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Melanjutkan penelitian dengan teknik lain untuk menggali pelaksanaan penilaian pra anestesi yang dapat menyebabkan resiko cedera anestesi pada durante operasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Bhattacharjee, A. (2012). *Social Science Research Principles, Methods, and Practices*. USA: Creative Commons Attribution.
- Duckitt RW, T. R. (2012). Working Physiological Scoring System: derivation and validation of a physiological early-warning system for medical admissions. An observational, population-based single-centre study. *British Journal of Anaesthesia* , 769-774.
- Kemenkes. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi*.
- Majid, A. M. (2011). Keperawatan Perioperative.
- Mangku, G. T. (2018). *Buku Ajar Ilmu Anesthesia dan Reanimasi* (Vol. 1). Jakarta: Indeks.
- Morgan GE, M. M. (2013). *Chronic Pain Management*. Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing Research*. Florida: Jones & Bartlett Learning.
- Profil Kesehatan, b. (2020). *Profil Kesehatan Kabupaten Buleleng Tahun 2020*. Buleleng: Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng.
- SNARS. (2018). *Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)*. Jakarta.
- Sudibyo, d. (2020). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Kepatuhan dalam Penerapan Surgical Safety Checklist di Ruang Operasi RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso*. Jawa Tengah.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Swarjana., I. K. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Andi.

Lampiran 1 :

JADWAL PENELITIAN

[illegible]

Lampiran 2 :

CHEKLIST WAWANCARA

**PELAKSANAAN PENILAIAN PRA ANESTESI PADA PASIEN DENGAN
ANESTESI UMUM DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RSUD
BULELENG : STUDY KASUS DESKRIPTIF**

Daftar pertanyaan wawancara ini berfungsi untuk menjawab rumusan masalah pada penelitian yang berjudul “ **Pelaksanaan Penilaian PraAnestesi Pada Pasien DenganAnestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng : Study Kasus Deskriptif** ”. Berikut daftar pertanyaan wawancara untuk rumusan masalah Bagaimanakahpelaksanaan penilaian sebelum anestesi padapasiendengananestesiumum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng?

Daftar pertanyaan :

1. Pertanyaan mengenai pelaksanaan anamnesis :
 - a. Bagaimanakah anda melakukan anamnesis pada pasien dengan pra anestesi umum? Dan apakah mengikuti fundamental four dan sacred seven?
 - b. Bisakah anda menceritakan langkah-langkah dalam anamnesis?
 - c. Hal apa saja yang harus dikaji dari identitas atau biodata pasien? Dan siapa sajakah yang dapat kita tanyakan mengenai identitas atau biodata pasien?
 - d. Apa saja yang ditanyakan terkait suatu penyakit yang mengganggu system organ dalam kaitannya dengan persiapan pra anestesi ?
 - e. Apakah menanyakan riwayat penyakit sistemik, riwayat pemakaian obat, riwayat operasi dan anestesia, riwayat alergi, dan riwayat kebiasaan kepada pasien? Jika iya, tolong dijelaskan!

2. Pertanyaan mengenai pemeriksaan fisik :

- a. Bagaimanakah pelaksanaan pemeriksaan fisik pada pasien pra anestesi umum?
- b. Hal apa sajakah yang anda harus kaji dalam pemeriksaan fisik?
- c. Bisakah anda menjelaskan mengenai pemeriksaan atau pengukuran status pasien, seperti :

Kesadaran :

Frekuensi Nafas :

Tekanan Darah (TD) :

Nadi (N):

Suhu Tubuh ($^{\circ}\text{C}$) :

Berat dan Tinggi Badan :

Menilai status gizi pasien / BMI :

Terapi cairan :

Jumlah urine selama dan pasca bedah?

- d. Bisakah anda menjelaskan mengenai pemeriksaan umum,meliputi :

Pemeriksaan status psikis :

Saraf :

Respirasi :

Hemodinamik :

Penyakit darah :

Gastrointestinal :

Hepato-bilier :

Urogenital :

Saluran kencing :

Metabolik dan endokrin :

Otot rangka dan integumen :

- e. Bisakah anda menceritakan mengenai langkah-langkah dalam penilaian :

Status Fisik Pasien :

Tyromentalis :

Mallamati :

CHEKLIST OBSERVASI

PELAKSANAAN PENILAIAN PRA ANESTESI PADA PASIEN DENGAN

ANESTESI UMUM DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RSUD

BULELENG : STUDY KASUS DESKRIPTIF

Cheklis Observasi ini berfungsi untuk menjawab rumusan masalah pada penelitian yang berjudul “ **Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng : Study Kasus Deskriptif** ”. Berikut daftar pertanyaan wawancara untuk rumusan masalah Bagaimanakah pelaksanaan penilaian sebelum anestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng?

Prosedur	Dilakukan	Tidak dilakukan
1. Memperkenalkan diri dengan pasien 2. Melakukan identifikasi pasien melalui anamnesa langsung kepada pasien atau keluarga kemudian dicocokkan dengan rekam medis dan gelang identitas pasien 3. Menjelaskan prosedur tindakan anestesi yang akan dilakukan 4. Melakukan pemeriksaan fisik <ul style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan fisik <ul style="list-style-type: none"> 1) Pemeriksaan/ pengukuran status pasien: <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran - Tekanan darah - Nadi - Suhu - Berat badan - Tinggi badan (IMT) - Terapi cairan 		

<p>2) Pemeriksaan umum meliputi:</p> <p>a) Status psikis pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kecemasan dan kesakitan <p>b) Respirasi : pemeriksaan jalan nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> - pemeriksaan malampati - batuk - sesak nafas - pemakaian gigi palsu <p>c) Gangguan syaraf</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otak - tulang belakang - saraf tepi <p>d) Gangguan jantung dan paru</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi - Palpasi - Perkusi - auskultasi <p>e) Riwayat pasien meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - penyakit sebelumnya - alergi - transfusi darah - merokok minimal 24 sebelum operasi - minum-minuman keras - riwayat pemberian obat sebelumnya - komplikasi penyakit. <p>b. Pemeriksaan penunjang</p> <p>1) Pemeriksaan rutin</p> <p>a) Darah : Hb, Leukosit, golongan darah, hematocrit, masa pembekuan</p>		
--	--	--

<p>darah, masa perdarahan</p> <p>b) Urin: pemeriksaan fisik, kimiawi, protein urin, sedimen</p> <p>2) Pemeriksaan khusus</p> <p>a) Pemeriksaan laboratorium: fungsi hati, fungsi ginjal, analisis, gas darah, elektrolit, hematologi dan faal hemostasis lengkap</p> <p>b) Pemeriksaan radiologi: foto thorak, USG abdomen, IV P</p> <p>c) Evaluasi kardiologi : untuk pasien yang berumur 35 tahun keatas atau ada indikasi penyakit jantung (EKG, ECG)</p> <p>d) CT Scan Bila ada</p> <p>c. Melakukan pemeriksaan status fisik pasien</p> <p>Menentukan status ASA pasien</p> <p>1) ASA 1: pasien sehat yang memerlukan operasi</p> <p>2) ASA II: pasien dengan kelainan sistemik ringan sampai sedang baik</p> <p>3) ASA III: pasien dengan kelainan sistemik ringan sampai sedang baik karena penyakit bedah atau penyakit lain</p> <p>4) ASA IV : pasien dengan kelaianan sistemik berat</p> <p>5) ASA V: pasien dengan kelainan sistemik berat yang mengancam jiwa yang tidak diharapkan hidup setelah 24 jam</p> <p>Tindakan pemebedahan emergensi di cantumkan tanda E dibelakang ASA</p>		
---	--	--

- d. Menginstruksikan pasien untuk puasa
 Pasien dewasa dipuasakan 6-8 jam pra bedah.
 Pasien anak-anak mengikuti jadwal sebagai berikut:

Umur	Susu/makanan padat	Air mineral
< 6 bulan	4 jam	2 jam
6 – 36 bulan	6 jam	3 jam
> 36 bulan	6 jam	3 jam

5. Dokumentasi semua hasil pemeriksaan dicatat pada lembar penilaian anestesi yang tersedia.
6. Memberi tanda tangan dan beri nama terang pada form penilaian pra anestesi.
7. Dilanjutkan dengan pelaksanaan inform consent anestesi pada pasien atau keluarga pasien.
8. Salam terapeutik dilakukan untuk mengakhiri tindakan

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL ASESSMEN PRA ANESTESI	
PENGERTIAN	Suatu penilaian dan pemeriksaan yang memadai sebelum dilakukan tindakan anestesi.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai acuan dalam melakukan penilaian pra anestesi. 2. Untuk memastikan bahwa pasien berada dalam kondisi yang layak untuk prosedur anestesi. 3. Untuk mempersiapkan tindakan anestesi yang akan diberikan. 4. Mendapatkan data yang akurat tentang kondisi pasien yang akan mendapatkan tindakan anestesi. 5. Meningkatkan pencapaian indikator persiapan tindakan anestesi.
PENILAIAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian pra anestesi dilakukan untuk setiap pasien yang akan dioperasi. 2. Hasil penilaian didokumentasikan dalam rekam medik pasien. 3. Penilaian pra anestesi dikerjakan oleh petugas yang kompeten untuk melakukannya.

<p>PROSEDUR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri dengan pasien 2. Melakukan identifikasi pasien melalui anamnesa langsung kepada pasien atau keluarga kemudian dicocokkan dengan rekam medis dan gelang identitas pasien 3. Menjelaskan prosedur tindakan anestesi yang akan dilakukan 4. Melakukan pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> 1) Pemeriksaan/ pengukuran status pasien: kesadaran, tekanan darah, nadi, suhu, berat badan dan tinggi badan (IMT) untuk memperkirakan dosis obat, terapi cairan yang diperlukan 2) Pemeriksaan umum meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a) Status psikis pasien: kecemasan, kesakitan b) Status fisik pasien c) Respirasi : pemeriksaan jalan nafas (pemeriksaan malampati, batuk, sesak nafas, pemakaian gigi palsu) d) Gangguan syaraf (Otak, tulang belakang, saraf tepi) e) Gangguan jantung dan paru (Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) f) Riwayat pasien meliputi: penyakit sebelumnya, alergi, transfusi darah, merokok minimal 24 sebelum operasi, minum minuman-keras, riwayat pemberian sebelumnya, komplikasi penyakit.
-----------------	--

	<p>b. Pemeriksaan penunjang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pemeriksaan rutin <ol style="list-style-type: none"> a. Darah : Hb, Leukosit, golongan darah, hematocrit, masa pembekuan darah, masa perdarahan b. Urin: pemeriksaan fisik, kimiawi, protein urin, sedimen 2) Pemeriksaan khusus <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan laboratorium: fungsi hati, fungsi ginjal, analisis, gas darah, elektrolit, hematologi dan faal hemostasis lengkap b. Pemeriksaan radiologi: foto thorak, USG abdomen, IV P c. Evaluasi kardiologi : untuk pasien yang berumur 35 tahun keatas atau ada indikasi penyakit jantung (EKG, ECG) d. CT Scan Bila ada <p>c. Melakukan pemeriksaan status fisik pasien</p> <p>Menentukan status ASA pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ASA 1: pasien sehat yang memerlukan operasi 2) ASA II: pasien dengan kelainan sistemik ringan sampai sedang baik 3) ASA III: pasien dengan kelainan sistemik ringan sampai sedang baik karena penyakit bedah atau penyakit lain 4) ASA IV : pasien dengan kelaianan sistemik berat 5) ASA V: pasien dengan kelainan sistemik berat yang mengancam jiwa yang tidak
--	---

	<p>diharapkan hidup setelah 24 jam</p> <p>Tindakan pembedahan emergensi di cantumkan tanda E dibelakang ASA</p> <p>d. Menginstruksikan pasien untuk puasa</p> <p>Pasien dewasa dipuasakan 6-8 jam pra bedah.</p> <p>Pasien anak-anak mengikuti jadwal sebagai berikut:</p> <table><tr><th>Umur</th><th>Susu/makanan padat</th><th>Air mineral</th></tr><tr><td>< 6 bulan</td><td>4 jam</td><td>2 jam</td></tr><tr><td>6 – 36 bulan</td><td>6 jam</td><td>3 jam</td></tr><tr><td>> 36 bulan</td><td>6 jam</td><td>3 jam</td></tr></table>	Umur	Susu/makanan padat	Air mineral	< 6 bulan	4 jam	2 jam	6 – 36 bulan	6 jam	3 jam	> 36 bulan	6 jam	3 jam
Umur	Susu/makanan padat	Air mineral											
< 6 bulan	4 jam	2 jam											
6 – 36 bulan	6 jam	3 jam											
> 36 bulan	6 jam	3 jam											
	<p>5. Dokumentasi semua hasil pemeriksaan dicatat pada lembar penilaian anestesi yang tersedia.</p> <p>6. Memberi tanda tangan dan beri nama terang pada form penilaian pra anestesi.</p> <p>7. Dilanjutkan dengan pelaksanaan inform consent anestesi pada pasien atau keluarga pasien.</p> <p>8. Salam terapiutik dilakukan untuk mengakhiri tindakan</p>												

Sumber : SNAR (2017), Permenkes no 18 Tahun 2016 dan Mangku dan Senapathi (2018).

Lampiran 3 :**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN**

Kepada:

Yth.

Di Denpasar

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Luh Gede Sintya Prabawati

NIM : 17D100779

Pekerjaan : Mahasiswa Semester VII Program Studi D-IV Keperawatan
Anesthesiologi ITEKES Bali

Alamat : Desa Kuku, Kecamatan Kerambitan, Kabupaten Tabanan

Bersama ini saya mengajukan permohonan kepada Saudara untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian saya yang berjudul “Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng : Study Kasus Deskriptif” yang pengumpulan datanya akan dilaksanakan pada bulan Maret sampai Mei 2021. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah Untuk mengetahui pelaksanaan penilaian sebelum anestesi pada pasien dengan anestesi umum di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kabupaten Buleleng. Saya akan tetap menjaga segala kerahasiaan data maupun informasi yang diberikan.

Demikian surat permohonan ini disampaikan, atas perhatian, kerjasama dari kesediaannya saya mengucapkan terimakasih.

Denpasar, 05 Desember 2020

Peneliti



Luh Gede Sintya Prabawati

17D10079

Lampiran 4 :**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Alamat :

Setelah membaca Lembar Permohonan Menjadi Responden yang diajukan oleh Saudari Luh Gede Sintya Prabawati, Mahasiswa Semester VII Program Studi D IV Keperawatan Anestesiologi – ITEKES Bali, yang penelitiannya berjudul berjudul “Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng : Study Kasus Deskriptif”, maka dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi partisipan dalam penelitian tersebut, secara sukarela dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun. Demikian persetujuan ini saya berikan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar,

Responden

Lampiran 5 :

SURAT REKOMENDASI PENELITIAN



YAYASAN PENYELENGGARA PENDIDIKAN LATIHAN DAN PELAYANAN KESEHATAN BALI
INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI (ITEKES BALI)

Ijin No. 197/KPT/I/2019 Tanggal 14 Maret 2019

Kampus I: Jalan Tukad Pakerisan No. 90, Panjer, Denpasar, Bali. Telp. 0361-221795, Fax. 0361-256937

Kampus II: Jalan Tukad Balian No. 180, Renon, Denpasar, Bali. Telp. 0361-8956208, Fax. 0361-8956210

Website: <http://www.bali.ac.id>

Nomor : DL.02.02.0278.TU.II.2021
 Lampiran : 1 (satu) gabung
 Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada:

Yth. Kepala Badan Penanaman Modal dan Perijinan Provinsi Bali
 di-
 Denpasar

Dengan hormat,

Dalam rangka memenuhi salah satu tugas akhir mahasiswa tingkat IV/Semester VIII Program Studi D IV Keperawatan Anestesiologi ITEKES Bali, maka mahasiswa yang bersangkutan diharuskan untuk melaksanakan penelitian. Adapun mahasiswa yang akan melakukan penelitian tersebut atas nama :

Nama : Luh Gede Sintya Prabawati
 NIM : 17D10079
 Tempat/Tanggal lahir : Tabanan/ 16 Februari 2021
 Alamat : Jln. Tukad Balian No.159 Renon, Denpasar Selatan
 Judul Penelitian : Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng : Study Kasus Deskriptif
 Tempat penelitian : Instalasi Bedah Sentral RSUD Kabupaten Buleleng
 Waktu Penelitian : Bulan Februari sampai Maret
 Jumlah sampel : 2 Orang
 No. Hp : 081238342049

Demikian surat permohonan ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami mengucapkan terima kasih.

Singaraja, 16 Februari 2021

Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

Rektor,

I Gede Putu Darma Suyasa, S.Kep.,M.Ng.,Ph.D
 NIDN.0823067802

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Ketua YPPLPK Bali di Denpasar
2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kab.Buleleng
3. Kepala Dinas Kesehatan Kab.Buleleng
4. Rumah Sakit Umum Daerah Buleleng

Lampiran 6 :

SURAT IJIN PENELITIAN DARI BADAN PENANAMAN MODAL DAN PERIJINAN PROVINSI BALI



**PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU**

Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235
Telp. (0361) 243804 Fax. (0361) 256905 website: www.dpmpmsp.baliprov.go.id e-mail: dpmpmsp@baliprov.go.id

Nomor : 070/916/IZIN-C/DISPMPPT

Lampiran

Lampiran : -

Hal : Surat Keterangan Penelitian /
Rekomendasi Penelitian

Kepada

Yth. Bupati Buleleng

cq. Kepala DPMPSTSP Kabupaten Buleleng

di -

Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 63 Tahun 2019 tanggal 31 Desember 2019 Tentang Standar Pelayanan Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari Rektor Institut Teknologi dan Kesehatan BALI Nomor DL.02.02.0289.TU.II.2021, tanggal 16 Februari 2021, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi kepada:

Nama : Luh Gede Sintya Prabawati

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jln.tukad Balian No.159 Renon, Denpasar

Judul/bidang : Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng : Study Kasus Deskriptif

Lokasi Penelitian : Instalansi Bedah Sentral RSUD Buleleng

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lama Penelitian : 2 Bulan (01 Maret 2021 - 31 Mei 2021)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

- a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang.
- b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitanya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Surat Keterangan Penelitian / Rekomendasi Penelitian agar ditujukan kepada instansi pemohon.

**IZIN INI DIKENAKAN
TARIF RP 0,-**

Bali, 24 Februari 2021
a.n GUBERNUR BALI
KEPALA DINAS




DEWA PUTU MANTERA
NIP. 19621231 198503 1 192

Tembusan kepada Yth

1. Kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali di Denpasar
2. Yang Bersangkutan

Lampiran 7 :

IZIN KABUPATEN/KOTA


PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU
Jalan Ngurah Rai No. 72 Telepon (0362) 22063 - (0362) 27719

Nomor : 503/138/REK/DPMPTSP/2021
Lamp : -
Perihal : Rekomendasi

Kepada :
Yth. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Buleleng

di -
Tempat

I. Dasar :

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor : 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor : 138 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Daerah
3. Surat dari Kepala Dinas Penanaman Modal & PTSP Provinsi Bali Nomor 070/916/IZIN-C/DISPMPT Tanggal 24 Februari 2021 Perihal Surat Keterangan Penelitian/Rekomendasi Penelitian

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi Kepada :

Nama : Luh Gede Sintya Prabawati

Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa

Alamat : Banjar Dinas Kuku Kawan, Desa Kuku, Kec. Kerambitan, Kab. Tabanan

Bidang / Judul : Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng : Study Kasus Deskriptif

Jumlah Peserta : 1 Orang

Lokasi : Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng

Lamanya : 2 Bulan (01 Maret - 31 Mei 2021)

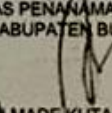
III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum mengadakan kegiatan agar melapor kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Buleleng atau Pejabat yang Berwenang;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/ judul dimaksud, apabila melanggar ketentuan akan dicabut ijinnya dan menghentikan segala kegiatannya;
3. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat;
4. Apabila masa berlaku Rekomendasi / Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai maka perpanjangan Rekomendasi / Ijin agar ditujukan kepada Instansi pemohon;
5. Menyerahkan 1 (satu) buah hasil kegiatan kepada Pemerintah Kabupaten Buleleng, melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Buleleng.

Demikian Surat Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN : SINGARAJA
PADA TANGGAL : 26 FEBRUARI 2021

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP
KABUPATEN BULELENG


MADE KUTA S. SOSY
NIP. 19700710 199203 1 007

419
22-3-2021
Pukul : 13.23 wib.
Tembusan ini disampaikan kepada Yth:

1. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Prov. Bali
2. Kepala Badan Kesbangpol Kabupaten Buleleng
3. Camat Buleleng
4. Yang Bersangkutan
5. Arsip

Lampiran 8 :

SURAT IJIN PENELITIAN DARI KOMITE ETIK



KOMISI ETIK PENELITIAN
INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN (ITEKES) BALI
 Kampus I : Jalan Tukad Pakerisan No. 90, Panjer, Denpasar, Bali
 Kampus II : Jalan Tukad Balian No. 180, Renon, Denpasar, Bali
 Website : <http://www.itekes-bali.ac.id> | Jurnal : <http://ojs.itekes-bali.ac.id/>
 Website LPPM : <http://lppm.itekes-bali.ac.id/>

KETERANGAN KELAIKAN ETIK **(ETHICAL CLEARANCE)** **No : 04.0204/KEPITEKES-BALI/III/2021**

Komisi Etik Penelitian Institut Teknologi dan Kesehatan (ITEKES) BALI, setelah mempelajari dengan seksama protokol penelitian yang diajukan, dengan ini menyatakan bahwa penelitian dengan judul :

“Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng : Study Kasus Deskriptif”

Peneliti Utama : Luh Gede Sintya Prabawati
 Peneliti Lain : -
 Unit/ Lembaga/ Tempat Penelitian : Instalasi Bedah Sentral RSUD Kabupaten Buleleng


Dinyatakan **“LAIK ETIK”**. Surat keterangan ini berlaku selama satu tahun sejak ditetapkan. Selanjutnya jenis laporan yang harus disampaikan kepada Komisi Etik Penelitian ITEKES Bali : **“FINAL REPORT”** dalam bentuk softcopy.

Denpasar, 12 Maret 2021
 Komisi Etik Penelitian ITEKES BALI
 Ketua,

 I Komang Swarjana, S.KM., M.PH., Dr.PH
 NIDN. 0807087401

Lampiran 9 :

SURAT IJIN PENELITIAN DARI INSTITUSI LOKASI PENELITIAN



PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BULELENG
 Jalan Ngurah Rai No. 30 Singaraja – Bali 81112 Telp. Fax (0362) 22046
 website: rsud.bulelengkab.go.id email: rsud_buleleng@yahoo.com
TERAKREDITASI PARIPURNA (★★★★★)
 Nomor: KARS – SERT/66/XI/2018

Singaraja, 24 Maret 2021


Nomor : 070/ 786 /2021
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : **Rekomendasi**

Kepada
 Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
 Pelayanan Terpadu Satu Pintu
 Kabupaten Buleleng
 di-
SINGARAJA

Menindaklanjuti surat Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Nomor: 503/138/REK/DPMPTSP/2021 tanggal 26 Februari 2021 dengan perihal Rekomendasi, maka bersama ini disampaikan bahwa kami menerima mahasiswa atas nama:

Nama : Luh Gede Sintya Prabawati
Judul : “ Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng ”.

Untuk melakukan penelitian di RSUD Kabupaten Buleleng.
 Demikian surat ini disampaikan, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

a.n. DIREKTUR RSUD KAB. BULELENG

 dr. Susanto, S.Ked.M.A.P.
 NIK: 1970 0116 200312 1 005

Lampiran 10 :

**LEMBAR PERNYATAAN *ABSTRACT*
*TRANSLATION***

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ni Wayan Novi Suryati, S.Pd., M.Pd

NIDN : 0824119201

Menyatakan bahwa mahasiswa yang disebutkan sebagai berikut:

Nama : Luh Gede Sintya Prabawati

NIM : 17D10079

Judul Skripsi : Pelaksanaan Penilaian Pra Anestesi Pada Pasien Dengan Anestesi Umum Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Buleleng : Study Kasus Deskriptif.

Menyatakan bahwa dengan ini bahwa telah selesai melakukan penerjemahan *abstract* dari Bahasa Indonesia ke dalam Bahasa Inggris terhadap skripsi yang bersangkutan.

Demikian surat ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 4 Juli 2021
Abstract Translator



(Ni Wayan Novi Suryati, S.Pd., M.Pd)
NIDN. 0824119201