

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Sikap

a. Pengertian sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek (Pakpahan *et al.*, 2021). Dari batasan-batasan diatas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan *predisposisi* tindakan suatu perilaku (Pakpahan *et al.*, 2021). Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap suatu objek (Mahendra, Jaya and Lumban, 2019).

Sikap dalam definisi lain sebagai disposisi individu untuk berperilaku yang didasarkan pada belief beserta evaluasinya terhadap suatu objek, orang atau kejadian, yang kemudian diekspresikan dalam bentuk kognitif, afektif dan konatif (Batubara and Irwan, 2017). Adapun beberapa definisi sikap menurut beberapa ahli,

diantaranya Gagne & Brigg (1974) yang mendeskripsikan sikap sebagai kondisi internal individu yang mempengaruhi pilihan individu untuk menampilkan tingkah laku terhadap objek, orang atau kejadian. Eagly & Chaiken (1993) mendefinisikan sikap sebagai kecenderungan untuk mengevaluasi sebuah entitas dengan kadar setuju atau tidak setuju, yang diekspresikan dalam bentuk kognitif, afektif, dan tingkah laku.

Dari penjabaran diatas dapat disimpulkan bahwa sikap adalah tindakan yang dilakukan oleh seseorang secara nyata akibat adanya suatu persepsi yang dilihatnya akan tetapi merupakan kecenderungan tindakan suatu perilaku bukan aktivitas.

b. Tingkatan sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu (Pakpahan *et al.*, 2021):

1) Menerima (*receiving*).

Diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan atau menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan terlepas dari pekerjaan itu salah atau benar, adalah berarti bahwa orang menerima pendapat (*ide*) tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4) Bertanggung jawab (*responsibility*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling baik. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat responden terhadap suatu objek.

5) Praktek atau tindakan (*proactive*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan, untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan antara lain fasilitas. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan dari pihak lain.

c. Faktor yang mempengaruhi sikap

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap adalah sebagai berikut (Eni *et al.*, 2022) :

1) Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan sedang dialami seseorang akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan terhadap stimulus sosial. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan,

seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Apakah penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif, akan tergantung pada berbagai faktor lain. Untuk dapat menjadi dasar dari bentuk sikap maka melalui kesan yang kuat.

2) Orang lain yang dianggap penting atau lebih senior

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu diantara komponen sosial yang dapat mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang dianggap penting, seseorang yang diharapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat, seseorang yang berarti khusus (*significant others*) akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap terhadap sesuatu. Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

3) Kebudayaan

Kebudayaan menanamkan garis pengarah sikap seseorang terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepribadian dan

individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudahkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual.

4) Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain, mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut, apabila cukup kuat, akan memberikan dasar yang efektif dalam menilai suatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

5) Lembaga pendidikan atau lembaga agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam individu. Pemahaman akan baik buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya. Dikarenakan konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan maka tidaklah mengherankan

kalau pada gilirannya kemudian konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap suatu hal.

6) Emosional

Pembentukan sikap terkadang pernyataan yang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan mekanisme terhadap ego yang dimiliki. Sikap yang dipengaruhi oleh emosi, dapat berupa sikap sementara dan segera berlalu begitu frustrasi sudah hilang, akan tetapi dapat pula merupakan sikap lebih persisten dan bertahan lama. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan, untuk terwujudnya sikap menjadi suatu kondisi yang memungkinkan harus didukung dengan fasilitas serta sikap yang positif.

d. Komponen sikap

Sikap terbentuk dari bermacam-macam komponen yang membentuk struktur sikap. Pada umumnya, sikap mengandung tiga komponen dasar, antara lain (Azwar, 2013):

1) Komponen Kognitif atau komponen perseptual

Komponen kognitif berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan. Hal ini berhubungan dengan belief seseorang mengenai segala sesuatu, baik negatif maupun positif tentang objek sikap.

2) Komponen Afektif atau komponen emosional

Komponen afektif berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap objek sikap. Rasa senang merupakan hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang merupakan hal yang negatif. Komponen ini menunjukkan arah sikap, baik positif atau negatif.

3) Komponen Konatif atau komponen perilaku (*action component*)

Komponen tersebut berkaitan dengan kecenderungan untuk berperilaku terhadap objek sikap. Komponen ini menunjukkan intensitas sikap, yaitu menunjukkan besar-kecilnya kecenderungan bertindak atau berperilaku seseorang terhadap objek sikap.

2. Tindakan

a. Definisi Tindakan

Tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap suatu perbuatan nyata. Tindakan juga merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka. Suatu rangsangan akan direspon oleh seseorang sesuai dengan arti rangsangan itu bagi orang yang bersangkutan. Respon atau reaksi ini disebut perilaku, bentuk perilaku dapat bersifat sederhana dan kompleks. Dalam peraturan teoritis, tingkah laku dapat dibedakan atas sikap, di dalam sikap diartikan sebagai suatu kecenderungan potensi untuk mengadakan reaksi (tingkah laku). Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu

tindakan untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu tindakan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi fasilitas yang memungkinkan.

b. Tingkatan tindakan (Batubara and Irwan, 2017; Pakpahan *et al.*, 2021) :

1. Persepsi (*perception*), mengenal dan memiliki berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang diambil
2. Respon terpimpin (*guided response*). Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar.
3. Mekanisme (*mechanism*), apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu merupakan kebiasaan.
4. Adopsi (*adoption*), adopsi adalah suatu tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut

c. Faktor-faktor penyebab tindakan

1. Faktor *predisposisi* seperti pengetahuan, sikap keyakinan, dan nilai, berkenaan dengan motivasi seseorang bertindak
2. Faktor pemungkin atau faktor pendukung (*enabling*), tindakan adalah fasilitas, sarana, atau prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

3. Faktor penguat seperti keluarga, petugas kesehatan dan lain-lain.

Dapat disimpulkan bahwa tindakan seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

3. *Difficult Airway Management*

- a. Definisi *difficult airway*

Difficult Airway Management atau jalan napas yang sulit didefinisikan sebagai situasi klinis di mana seorang ahli anestesi yang terlatih secara konvensional mengalami kesulitan dengan ventilasi sungkup wajah pada jalan napas bagian atas, kesulitan dengan intubasi trakea, atau keduanya. Jalan napas yang sulit adalah hasil dari interaksi yang kompleks antara faktor pasien, pengaturan klinis, dan keterampilan praktisi. Komunikasi dan pengumpulan data yang tepat diperlukan untuk pengamatan ini (Wilkins, 2013).

- b. Klasifikasi pengelolaan *difficult airway*

Kesulitan manajemen jalan napas diklasifikasikan sebagai berikut berdasarkan penilaian jalan napas. Evaluasi/ penilaian *difficult airway* (Hews, El-Booghdadly and Ahmad, 2019; Rehatta *et al.*, 2019; Fiadjoe *et al.*, 2022)

1) Ventilasi masker wajah yang sulit

Ventilasi sungkup wajah adalah keterampilan yang tidak boleh diremehkan. Jika ada kesulitan mengelola jalan napas menggunakan teknik lain ventilasi sungkup wajah adalah penyelamatan untuk mempertahankan oksigenasi. Ventilasi sungkup wajah adalah teknik yang biasa digunakan untuk induksi anestesi.

Ventilasi sungkup wajah yang tidak adekuat disebabkan oleh dua penyebab utama. Pertama, ketidakmampuan untuk membuat segel yang memadai antara wajah dan sungkup wajah yang akhirnya menyebabkan kebocoran pada ventilasi tekanan positif yang diberikan. Penyebab kedua adalah tidak adekuatnya patensi jalan napas pada tingkat nasofaring, orofaring, hipofaring, laring atau trakea. Kondisi ini menyebabkan gas tidak memiliki kemampuan untuk masuk kedalam paru-paru meski memiliki tekanan yang cukup memadai.

Tanda-tanda ventilasi yang tidak memadai meliputi gerakan dada yang tidak ada atau tidak memadai, suara napas tidak ada atau tidak adekuat, sianosis atau desaturasi oksigen, meningkatnya karbondioksida dalam darah, tidak ada atau tidak adekuatnya aliran gas yang dihembuskan dan perubahan haemodinamik yang terkait dengan hipoksemia atau hiperkarbia seperti hipertensi, takikardi dan aritmia. Teknik masker dua atau

bahkan empat tangan dapat membantu ventilasi jika menjadi sulit. Jika kompromi jalan napas sangat parah untuk memulai dengan mungkin ada sedikit cadangan untuk kompromi lebih lanjut selama induksi anestesi.

Adapun penilaian yang digunakan ketika adanya kesulitan ventilasi dengan *face mask* (sungkup wajah) yaitu MOANS Score. Hal ini meliputi lima parameter yang disingkat menjadi mnemonic MOANS adalah sebagai berikut (Rehatta *et al.*, 2019):

Tabel 1. Parameter MOANS

| MOANS | Penjelasan |
|-------|---|
| M | <i>Mask seal</i> :membutuhkan anatomi wajah yang normal, tidak ada rambut pada wajah, secret, darah, muntahan, fraktur mikrogнатia, ukuran sungkup yang sesuai, dan kemampuan dokter spesialis anestesiologi untuk mampu membuat segel antara hidung dan wajah. |
| O | <i>Obesity/Obstruction</i> : IMT > 26 kg/m ² dikaitkan dengan sulit ventilasi karena jaringan lemak yang berlebihan pada jalan napas yang dapat meningkatkan resistensi jalan napas. Kehamilan trimester yang ke-3 juga dapat menimbulkan keadaan serupa. Obstruksi jalan napas juga dapat mengganggu ventilasi karena dapat meningkatkan aliran resistensi inspirasi dan ekspirasi. |
| A | <i>Age</i> :usia > 55 tahun akan menurunkan elastisitas jaringan, menurunkan tonus otot jalan napas atas dan meningkatkan gangguan restriktif atau obstruktif pada paru sehingga sulit untuk dilakukan ventilasi. |
| N | <i>No teeth</i> : gigi menyediakan struktur untuk menyongkong sungkup wajah sehingga tidak adanya gigi akan menimbulkan kesulitan untuk membuat segel pada sungkup wajah. |
| S | <i>Stiff</i> : gangguan obstruktif atau restriktif pada paru, seperti kekakuan pada leher akibat radiasi, dapat menimbulkan gangguan ventilasi pada sungkup. |

2) Ventilasi jalan napas supraglotik yang sulit

Alat supraglotik yang paling sering digunakan dan paling banyak diteliti adalah *Laryngeal mask airway* (LMA). Definisi sulit ventilasi LMA adalah ketidak mampuan dokter spesialis anestesiologi untuk menempatkan LMA sebanyak tiga kali percobaan pada posisi yang memuaskan untuk memungkinkan ventilasi dan patensi jalan napas yang memadai sehingga membutuhkan beberapa kali percobaan untuk keberhasilan pemasangan dengan atau tanpa patologi trakea sebelumnya.

Indikator sulit pemasangan alat supraglotik meliputi empat parameter yang disingkat menjadi mnemonic RODS adalah sebagai berikut: (Rehatta *et al.*, 2019)

Tabel 2. Parameter RODS

| RODS | Penjelasan |
|-------------|--|
| R | Reduced mouth opening (bukaan mulut terbatas) |
| O | Obstruction (obstruksi pada jalan napas di level glottis atau di bawahnya) |
| D | Distorted airway (anatomi jalan napas yang abnormal) |
| S | Stiff neck or lungs (terbatasnya kemampuan pergerakan leher dan pengembangan paru) |

3) Laringoskopi yang sulit

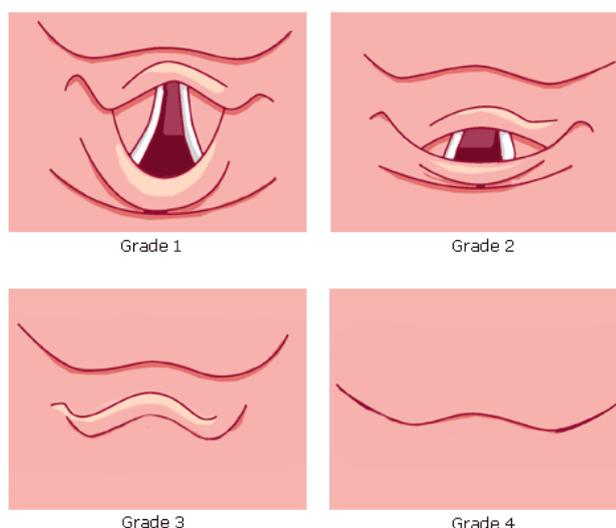
Sulit laringoskopi didefinisikan sebagai kesulitan untuk mendapatkan penampakan laring dan glottis saat melakukan intubasi. Posisi kepala dan leher juga menentukan keberhasilan laringoskopi langsung, seperti kemampuan untuk sniffing position. Pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan adalah meminta

pada pasien apakah dapat melakukan fleksi dan ekstensi leher secara maksimal.

Visualisasi glottis menggunakan laringoskopi direk dapat dinilai menggunakan kriteria Cormack dan Lehane. Berdasarkan kriteria Cormack dan Lehane, visualisasi struktur glottis dapat dibagi menjadi empat kategori:

Tabel 3. Kriteria Cormack dan Lehane

| Kategori | Keterangan |
|---------------------|---|
| Kategori I | Laringoskopi direk dapat memperlihatkan seluruh struktur glottis |
| Kategori II | Laringoskopi direk dapat memperlihatkan kartilago aritenoid dan sebagian pita suara |
| Kategori III | Laringoskopi direk hanya dapat memperlihatkan glottis |
| Kategori IV | Laringoskopi direk tidak dapat memperlihatkan struktur glottis sama sekali |



Gambar 1. Cormack dan Lehane (Rehatta *et al.*, 2019)

Cormack dan Lehane kriteria 4 terjadi kurang dari 1% pasien yang menjalani pembiusan elektif. Cormack dan Lehane kriteria 3 terjadi pada 5% pasien, dimana intubasi sangat sulit dilakukan. Kegagalan intubasi sangat sulit dilakukan. Kegagalan intubasi pada kriteria 2b terjadi pada 67% kasus, namun pada kriteria 2, kegagalan intubasi terjadi pada 4% kasus. Namun, insiden tersebut kemungkinan lebih tinggi pada kasus di luar pembiusan elektif. Insidens kesulitan intubasi pada kasus emergensi masih belum diketahui dengan pasti, dengan kemungkinan berkisar antara 4-26%.

4) Intubasi yang Sulit

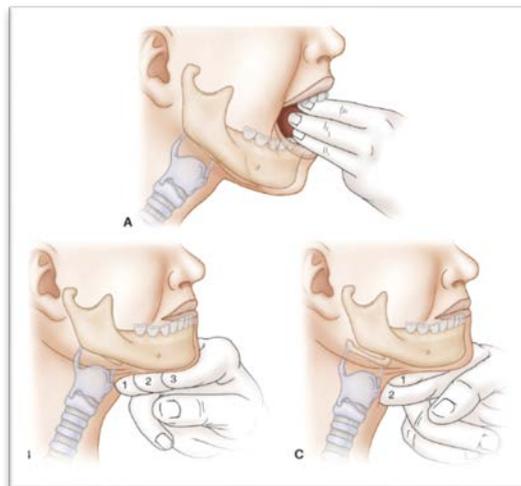
ASA mendefinisikan sulit intubasi sebagai lebih dari tiga kali percobaan intubasi atau membutuhkan waktu lebih dari 10 menit. Berbagai ciri pada pemeriksaan eksternal dapat menunjukkan kemungkinan sulit seperti mandibula yang kecil atau sulit diraba gigi tidak lengkap, leher pendek, abnormalitas anatomi wajah, dan lidah besar

Hilangnya jalan napas dan ventilasi yang memadai setelah pengangkatan selang trakea atau jalan napas supraglottic dari trakea atau jalan napas supraglotis dari pasien dengan jalan napas yang diketahui atau dicurigai sulit (yaitu, ekstubasi "berisiko").

Mnemonic LEMON dapat membantu memperkirakan kesulitan laringoskop dan intubasi. Mnemonic tersebut terdiri dari lima parameter sebagai berikut:

Tabel 4. Parameter LEMON

| LEMON | Penjelasan |
|-------|--|
| L | <i>Look externally</i> , lihat secara eksternal akan adanya trauma wajah, gigi seri besar, janggut atau kumis yang lebat dan lidah besar |
| E | <i>Evaluate 3-3-2</i> , pengukuran jarak yang meliputi jarak antara gigi seri ≤ 3 jari pasien, jarak hyoid-mentum \leq jari pasien, dan jarak tiroid-hyoid ≤ 2 jari pasien |
| M | <i>Mallampati</i> , skor mallampati ≥ 3 |
| O | <i>Obstruction</i> , adanya kondisi yang menyebabkan obstruksi jalan napas atas seperti epiglotis, abscess peritonsillar atau trauma |
| N | <i>Neck mobility</i> , mobilitas leher terbatas |



Gambar 2. Pemeriksaan LEMON 3-3-2
(Butterworth, Mackey and Wasnick, 2013)

5) Intubasi yang gagal

Suatu kondisi dimana pemasangan endotracheal yang gagal selama beberapa kali percobaan.

c. Persiapan pada *Difficult Airway Management*

Persiapan yang dilakukan ketika ada jalan napas sulit menurut (Fiadjoe *et al.*, 2022), yaitu:

- 1) Menyiapkan perangkat unit siap pakai yang berisi peralatan untuk tatalaksana jalan napas sulit, seperti: a) Laringoskop dengan berbagai alternatif desain dan ukuran yang sesuai, serta video laringoskop jika tersedia; b) Endotracheal tube berbagai ukuran; c) Pemandu endotracheal tube (stylet semigrad dengan atau tanpa lubang tengah untuk jet ventilation, senter panjang, dan magil forcep yang dirancang untuk memanipulasi bagian distal endotracheal tube; d) Peralatan intubasi fiberoptik yang fleksibel; e) Peralatan intubasi retrograde; f) Perangkat ventilasi jalan napas darurat noninvasif (jet transtracheal ventilator, sebuah jet ventilasi dengan stylet ventilasi, LMA, ILMA); g) Perangkat ventilasi jalan napas invasif (Cricothyrotomy); h) Sebuah detector CO₂ (kapnograf).
- 2) Menginformasikan kepada pasien atau keluarga tentang kesulitan jalan napas yang diketahui atau diduga
- 3) Memastikan bahwa setidaknya ada satu orang yang dapat membantu pengelolaan pada pasien dengan jalan napas sulit
- 4) Memberikan *pre* oksigenasi dengan masker (*face mask*) sebelum melakukan pengelolaan jalan napas

5) Memberikan oksigen tambahan setiap kali ada peluang untuk memberikannya selama proses tatalaksana jalan napas berlangsung, dan harus secara aktif diupayakan selama proses manajemen jalan napas yang sulit. Pemberian oksigenasi tambahan tersebut dapat melalui nasal kanul, sungkup wajah, LMA, insuflasi, dan lainnya.

d. Evaluasi penilaian *difficult airway*

Evaluasi kesulitan intubasi dapat dilakukan dengan berbagai metode salah satunya yaitu Modified Mallampati Score atau skor Mallampati yang telah menjadi metode standard untuk menilai potensial kesulitan intubasi. Dasar anatomi yang diajukan untuk pemeriksaan adalah hubungan lidah terhadap rongga mulut, bisa dasar lidah besar maka glottis tidak terlihat pada saat laringoskopi. Pemeriksaan ini umumnya dilakukan saat pasien duduk tegak, posisi kepala netral, lidah dijulurkan maksimal.

Metode penilaian Mallampati modifikasi dikembangkan secara terus menerus sehingga didapati bahwa nilai prediksi bergantung pada posisi tulang servikal dan direkomendasikan dilakukan dengan ekstensitik (*junction*) *cranio cervical*. Beberapa penelitian juga menambahkan bahwa besar bukaan mulut berpengaruh (Swasono *et al.*, 2017). Untuk mengetahui kesulitan intubasi, dapat dilakukan pengukuran klasifikasi Mallampati dengan kriteria : (Pramono, 2015)

Tabel 5. Klasifikasi Mallampati Modifikasi dan Kapasitas Pembukaan Mulut

| Kelas | Penjelasan |
|--------------|---|
| Kelas I | Terlihat jelas palatum mole, fauces, uvula dan pilar. |
| Kelas II | Terlihat palatum mole, fauces, dan sebagian uvula. |
| Kelas III | Terlihat palatum mole dan dasar uvula saja. |
| Kelas IV | Hanya terlihat langit-langit saja. |

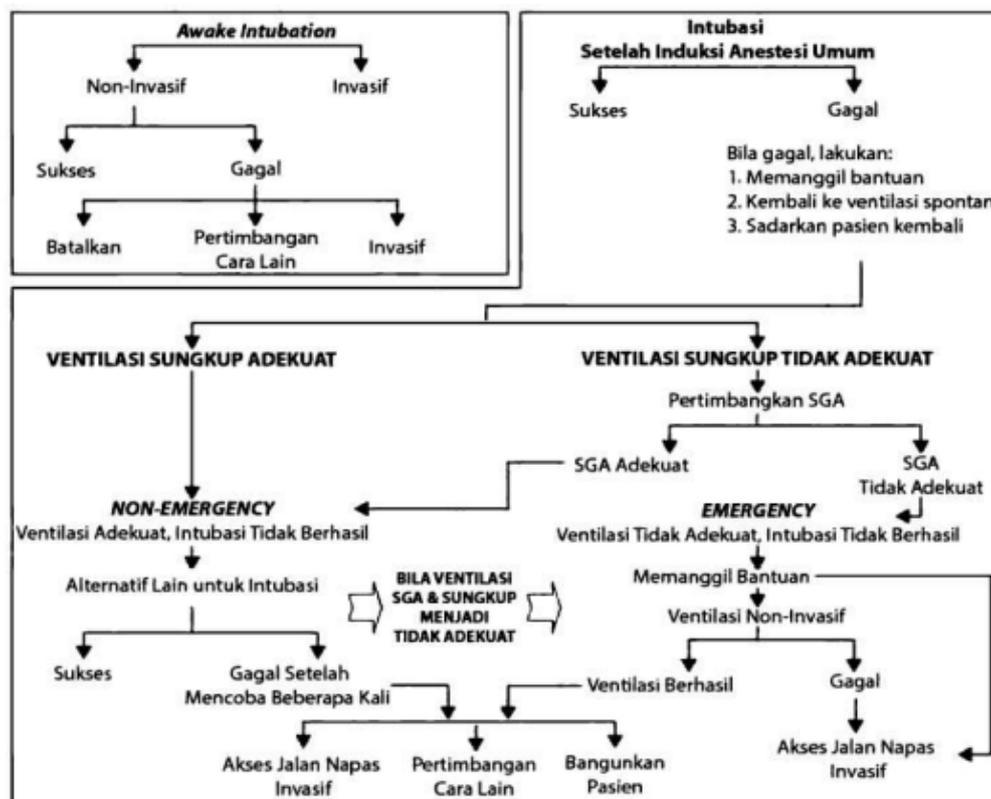


Gambar 3. Klasifikasi Mallampati Modifikasi dan Kapasitas Pembukaan Mulut (Wilkins, 2013)

e. *Difficult Airway Management* berdasarkan algoritme *American Society of Anesthesiologists (ASA)*

Berbagai algoritma telah dikeluarkan untuk manajemen jalan napas, terutama pada kasus kegawatdaruratan. Algoritma kesulitan jalan napas bertujuan untuk membantu ahli anestesi menavigasi dan untuk memberikan alur yang jelas mengenai urutan pemberian tindakan patensi jalan napas. Hal utama yang terdapat pada algoritma jalan napas sesuai dengan rekomendasi ASA yaitu menilai dan menentukan pilihan manajemen jalan napas dasar yang akan digunakan seperti tingkat kooperatif pasien untuk dilakukan intubasi dasar, kemampuan untuk dilakukan tindakan anaestesi dengan LMA, kemudahan laringoskopi dan intubasi serta kemungkinan pembebasan jalan napas selama pembedahan (Fiadjoe *et al.*, 2022).

Manajemen jalan napas dikatakan aman ketika masalah yang berpotensi terjadi di identifikasikan sebelum pembedahan. Prediksi kesulitan manajemen jalan napas juga tidak sepenuhnya reliable oleh karena itu ahli anestesi harus memiliki strategi sebelum dilakukan induksi anestesi yang telah didiskusikan oleh tim pembedahan pada periode sign in sesuai dengan fase WHO Safety Surgical Checklist (Frerk *et al.*,2015). Menilai terjadinya risiko aspirasi adalah kunci dari dilakukannya manajemen jalan napas sehingga penting untuk menurunkan volume dan PH isi lambung dengan puasa dan pemberian premedikasi (T. Cook *et al.*, 2011).

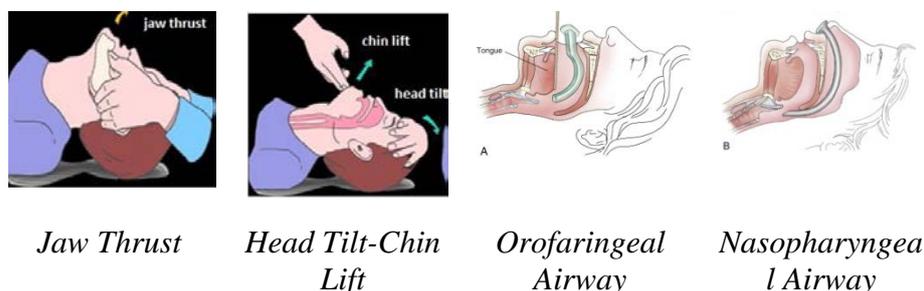


Gambar 4. Algoritma manajemen kesulitan jalan napas menurut ASA (Wilkins, 2013) (Rehatta *et al.*, 2019)

4. Tindakan *Management Airway*

Mahasiswa anestesiologi sebagai calon piñata anestesi memiliki peran penting dalam mengelola jalan napas. Adapun tindakan *management airway* sebagai berikut: (Rehatta *et al.*, 2019)

- a. Pengelolaan jalan napas diawali dengan membuka atau membebaskan jalan napas atas dari sumbatan. Hal tersebut dapat dicapai dengan melakukan manuver jalan napas seperti *head tilt-chin lift*, *jaw thrust* atau dapat pula dicapai dengan bantuan peralatan seperti *orofaringeal airway* (OPA) atau *nasopharyngeal airway* (NPA).



Gambar 5. Pembebasan Jalan Napas
(Rehatta *et al.*, 2019)

- b. Setelah jalan napas terbuka, maka pasien dapat diventilasi secara optimal dengan bantuan sungkup wajah. Penggunaan sungkup wajah dapat memfasilitasi pengaliran oksigen kepada pasien untuk mencapai kemampuan penghantaran gas yang optimal. Oleh karena itu, dibutuhkan pemasangan sungkup wajah yang bersegel sehingga tidak terjadi kebocoran. Ukuran dan bentuk sungkup wajah

disesuaikan dengan kontur wajah pasien. Saat ini tersedia berbagai model sungkup wajah, namun saat ini sungkup wajah berwarna transparan sehingga uap gas ekspirasi, cairan, atau muntahan dapat dengan mudah dipantau. Sungkup wajah biasanya terbuat dari bahan plastik atau karet yang cukup lunak dan lentur untuk menyesuaikan dengan wajah pasien yang bervariasi.

Sebagai bagian dari persiapan untuk laringoskopi dan intubasi, apabila memungkinkan, sebaiknya *pre* oksigenasi dilakukan. Tujuan *pre* oksigenasi adalah untuk meningkatkan cadangan oksigen dalam paru sehingga dapat memperlama waktu apnea sebelum terjadi desaturasi. *Pre* oksigenasi dapat dilakukan dengan bantuan sungkup wajah dan pompa manual yang dialiri oleh oksigen 100%. Teknik ventilasi dengan sungkup wajah dan pompa manual (*bag mask ventilation*, BVM) dapat dilakukan oleh satu orang, yaitu bila sungkup wajah dipegang dengan tangan kiri, maka tangan kanan digunakan untuk melakukan ventilasi tekanan positif dengan memeras breathing bag. Sungkup wajah dipasang di wajah pasien dengan ibu jari dan telunjuk, sedangkan jari tengah dan jari manis menarik mandibula untuk ekstensi sendi atlanto oksipital. Tekanan jari-jari dipusatkan pada tulang mandibula, bukan pada jaringan lunak yang menopang dasar lidah agar tidak terjadi obstruksi jalan napas. Jari kelingking ditempatkan di bawah sudut rahang untuk melakukan *manuver jaw thrust*. Pada pasien dengan jalan napas yang

sulit, diperlukan dua tangan untuk mendapat jaw thrust yang adekuat dan sungkup wajah yang rapat. Pada kondisi tersebut diperlukan seorang asisten untuk membantu ventilasi dengan memompa breathing bag.



(A)

Cara memegang sungkup muka dengan satu tangan



(B)

Cara memegang sungkup muka dengan dua tangan

Gambar 6. Ilustrasi *Face mask* (Rehatta *et al.*, 2019)

c. Pengelolaan jalan napas dengan alat supraglotik

Penggunaan BMV memiliki banyak keterbatasan sehingga baku emas untuk memberikan ventilasi yang efektif dan mencegah aspirasi isi lambung adalah intubasi trachea. Intubasi trakea merupakan keterampilan yang tidak mudah untuk dipelajari dan membutuhkan latihan yang rutin untuk mempertahankan keterampilan tersebut. Penggunaan jalan napas supraglotik *relative* lebih mudah dilakukan dalam memfasilitasi pertukaran udara, terutama untuk praktisi yang kurang berpengalaman.

Alat jalan napas supraglotik yang paling banyak digunakan adalah *laryngeal mask airway* (LMA). Alat jalan napas supraglotik memiliki keuntungan yaitu pengetahuan dan instruksi untuk penempatan perangkat ini dapat dipahami dalam waktu yang *relative*

singkat. Alat jalan napas supraglotik terbukti cukup efektif sebagai perangkat penyelamat jalan napas dalam kondisi gawat darurat, baik di dalam maupun di luar rumah sakit.

Penggunaan alat jalan napas supraglotik dikontraindikasikan apabila terdapat obstruksi dari glottis atau supraglotis, risiko aspirasi, dan pada pasien dengan pembukaan mulut atau ekstensi leher yang sangat terbatas.

Teknik pemasangan alat jalan napas supraglotis ini sangat bervariasi, berikut merupakan teknik pemasangan LMA sebagai jalan napas supraglotik yang paling banyak digunakan saat ini adalah:

- 1) Tentukan ukuran LMA yang akan dipasang berdasarkan berat badan pasien
- 2) Untuk mengurangi resiko terlipatnya epiglottis dianjurkan untuk mengempiskan sepenuhnya LMA sebelum pemasangan
- 3) Balon LMA sebaiknya diberikan gel berbahan dasar air sebagai pelumas
- 4) Apabila tidak terdapat kontraindikasi, kepala dan leher diposisikan dalam posisi sniffing (menengadahkan kepala) untuk membuka mulut pasien
- 5) Untuk memudahkan pemasangan, manuver pengangkatan rahang bawah dapat dilakukan dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk tangan yang tidak dominan

- 6) LMA dimasukkan kedalam mulut dengan meletakkan jari telunjuk pada perbatasan sungkup dan pipa LMA, menekan balon LMA terhadap palatum sambil mendorong LMA masuk ke orofaring mengikuti lengkungan dinding faring posterior. Tahanan akan dirasakan pada saat LMA menempati hipofaring dan LMA tidak didorong lebihlanjut
 - 7) Balon LMA kemudian dikembangkan dengan udara secukupnya sampai tidak terdeteksi kebocoran pada saat dilakukan ventilasi tekanan positif
 - 8) Posisi pasien dikembalikan pada posisi netral dan LMA difiksasi dengan pita perekat pada wajah pasien
- d. Pengelolaan jalan napas dengan pipa endotrakeal

Dengan endotrakea hingga saat ini masih merupakan baku emas pengelolaan jalan napas. Intubasi endotrakea sering kali dicapai melalui prosedur laringoskopi direk. Selain menggunakan laringoskop konvensional, intubasi trakea dapat dilakukan dengan bantuan laringoskop video atau bronkop fleksibel. Tujuan intubasi endotrakea meliputi;

- 1) Mempertahankan patensi jalan napas
- 2) Melindungi jalan napas dari aspirasi
- 3) Memungkinkan ventilasi tekanan positif
- 4) Memungkinkan pembersihan sekresi jalan napas
- 5) Memungkinkan napas kendali dengan oksigen 100%

6) Jalur pemberian obat-obat tertentu saat henti jantung

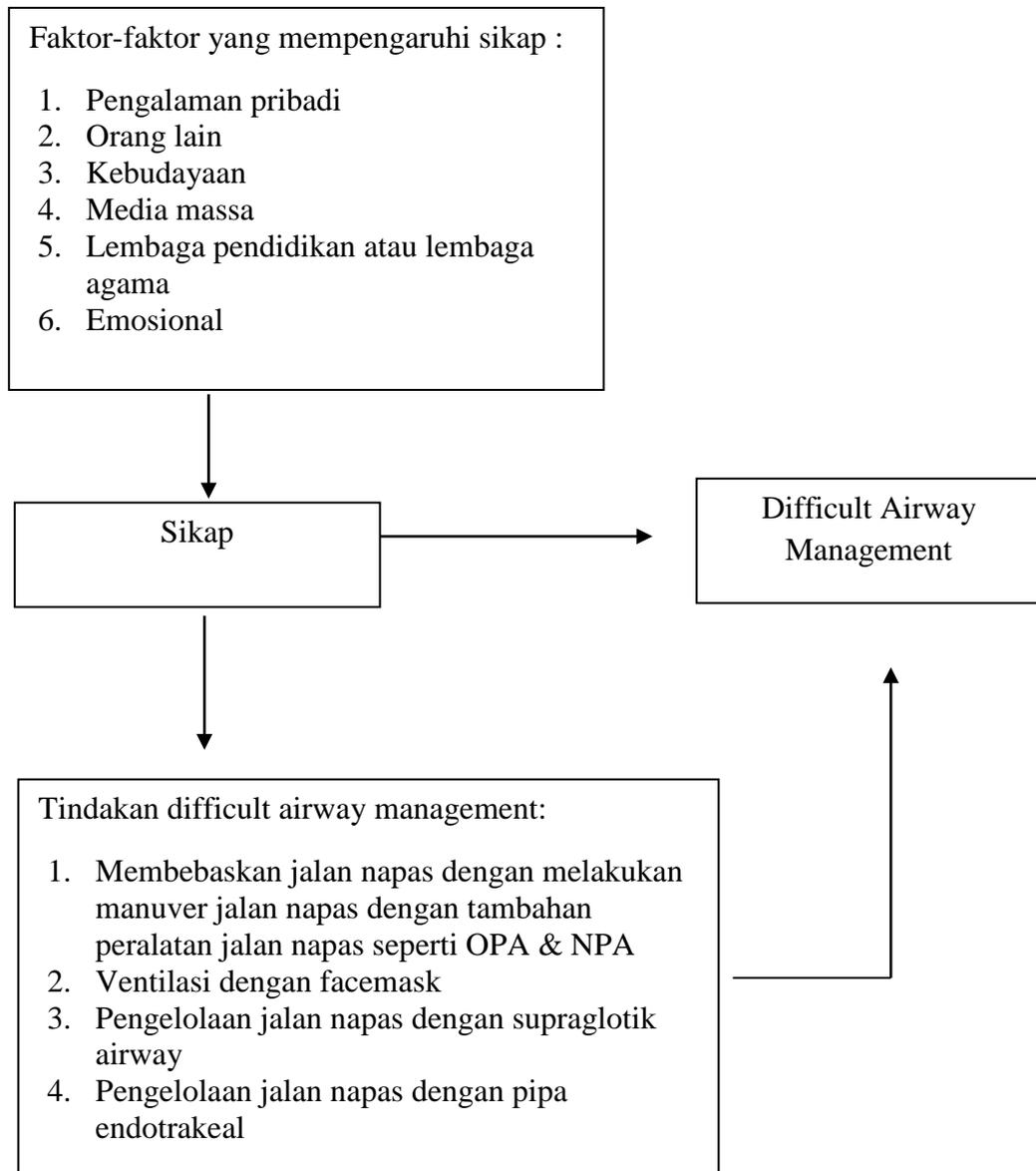
Untuk dapat melakukan intubasi endotrakea melalui laringoskopi direk diperlukan persiapan yang optimal untuk mencapai tingkat keberhasilan dan keamanan yang baik. Persiapan laringoskop direk meliputi pengaturan posisi pasien *pre* oksigenasi adekuat dan memastikan ketersediaan serta fungsi peralatan yang dibutuhkan. Selain hal-hal tersebut, keberadaan asisten terlatih yang dapat membantu proses laringoskopi dan intubasi sangatlah dianjurkan.

Posisi pasien untuk laringoskopi dan intubasi yang optimal adalah dengan memposisikan pasien dalam posisi sniffing. Pada posisi tersebut, aksis anatomis dari mulut, faring dan laring terletak hamper sejajar sehingga memudahkan visualisasi laring.

Peralatan yang diperlukan untuk intubasi trakea melalui laringoskopi direk meliputi laringoskop, pipa trakea, stylet, spuit untuk mengembangkan balon pipa trakea, pipa dan alat penghisap (*suction*), peralatan untuk ventilasi, dan sumber oksigen.

Langkah-langkah intubasi endotrakea meliputi membuka mulut, memasukkan bilah laringoskop, pengaturan posisi ujung bilah laringoskop, mengangkat mandibula untuk membantu visualisasi laring, dan memasukkan pipa trakea melalui pita suara.

B. Kerangka Teori

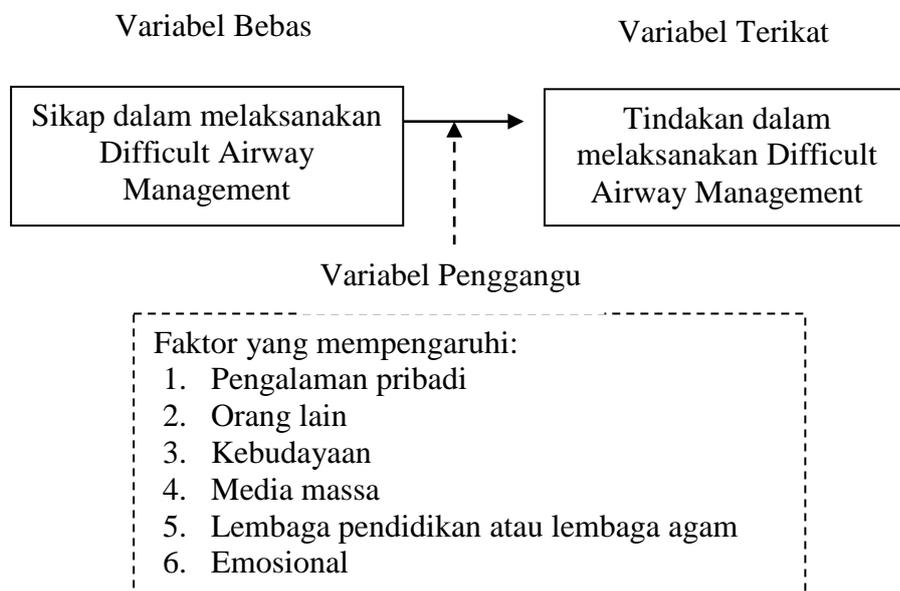


Gambar 7. Kerangka Teori

(dr. Adi Pramono, Sp.An., 2014; Hews, El-Booghdadly and Ahmad, 2019;

Rehatta *et al.*, 2019; Pakpahan *et al.*, 2021; Eni *et al.*, 2022; Fiadjoe *et al.*, 2022)

C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 8. Kerangka Konsep

Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti

D. Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan sebuah prediksi yang menghubungkan variabel bebas dan variabel terikat (Imas Masturoh, 2018). Dalam penelitian terdapat dua hipotesis yang hipotesis alternatif (H_a) yang menyatakan adanya hubungan antara variabel satu dengan yang lainnya dan hipotesis nol (H_0) yang menyatakan tidak adanya hubungan diantara variabel penelitian. Hipotesis alternatif pada penelitian ini, yaitu :

H_a : Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat Hubungan Sikap dengan Tindakan Mahasiswa Prodi STKA Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dalam melaksanakan *Difficult Airway Management*.