

Daftar Pustaka

1. Collins GB, McAllister MS, Jensen M, Gooden TA. Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey: *Anesth Analg*. 2005;101(5):1457–62.
2. Booth JV, Grossman D, Moore J, Lineberger C, Reynolds JD, Reves JG, et al. Substance Abuse Among Physicians: A Survey of Academic Anesthesiology Programs. *ANESTH ANALG*. 2002;95:1024–30.
3. Boulis S, Khanduja PK, Downey K, Friedman Z. Substance abuse: a national survey of Canadian residency program directors and site chiefs at university-affiliated anesthesia departments. *Can J Anesth Can Anesth*. 2015;62(9):964–71.
4. Neto GFD. Occupational Well-being in Anesthesiologists. *Soc Bras Anesthesiol*. 2014;362.
5. Berry CB, Crome IB, Plant M, Plant M. Substance misuse amongst anaesthetists in the United Kingdom and Ireland. *Anaesthesia*. 2000;55(10):946–52.
6. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2005 May 1;24(5):471–9.
7. Maier C, Iwunna J, Soukup J, Scherbaum N. Berufliche Belastungen in der Anästhesiologie – Abhängigkeitssyndrome bei Anästhesisten. *AINS - Anästhesiol · Intensivmed · Notfallmedizin · Schmerzther*. 2010 Oct;45(10):648–55.
8. Fry RA, Fry LE, Castanelli DJ. A Retrospective Survey of Substance Abuse in Anaesthetists in Australia and New Zealand from 2004 to 2013. *Anaesth Intensive Care*. 2015 Jan;43(1):111–7.

9. Westhuizen JLVD, Roodt F, Nejthardt M, Esterhuizen T, Flint M, Straaten DV, et al. The prevalence of substance use in anaesthesia practitioners in South Africa. *South Afr J Anaesth Analg*. 2019 Dec 4;25(6):14–20.
10. Al-Maaz S, Abu-Dahab R, Shawagfeh M, Wazaify M. Prevalence and pattern of substance use and misuse among anesthesia health-care personnel in Jordan. *J Subst Use*. 2019 May 4;24(3):317–22.
11. Lee J. Propofol abuse in professionals. *J Korean Med Sci*. 2012 Dec;27(12):1451–2.
12. Zhang HF, Li FX, Lei HY, Xu SY. Rising sudden death among anaesthesiologists in China. *Br J Anaesth*. 2017 Jul 1;119(1):167–9.
13. Hikiji W, Fukunaga T. Suicide of physicians in the special wards of Tokyo Metropolitan area. *J Forensic Leg Med*. 2014 Feb 1;22:37–40.
14. Ong C, Seet E, Koh KF, Kumar CM. Knowledge and perception of a sample of Singapore anaesthetists towards controlled drug security and abuse. *Anaesth Intensive Care*. 2014 Sep;42(5):675–7.
15. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ*. 2008;337(04):38–41.
16. Menk EJ, Baumgarten RK, Kingsley CP, Culling RD, Middaugh R. Success of reentry into anesthesiology training programs by residents with a history of substance abuse. *JAMA*. 1990;263(22):3060–2.
17. Misra U, Gilvarry E, Marshall J, Hall R, McLure H, Mayall R, et al. Substance use disorder in the anaesthetist: Guidelines from the Association of Anaesthetists. *Anaesthesia*. 2022 Jun;77(6):691–9.
18. The ASAM national practice guideline for the treatment of opioid use disorder: 2020 focused update. *J Addict Med*. 2020;14(2S):1–91.

19. Parvaz MA, Alia-Klein N, Woicik PA, Volkow ND, Goldstein RZ. Neuroimaging for drug addiction and related behaviors. *Rev Neurosci*. 2011;22(6):609–24.
20. Seo D, Lacadie CM, Tuit K, Hong KI, Constable RT, Sinha R. Disrupted ventromedial prefrontal function, alcohol craving, and subsequent relapse risk. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(7):727–39.
21. Smith G, D’Cruz JR, Rondeau B, Goldman J. General Anesthesia for Surgeons. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2023 Jan 22]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493199/>
22. Baler RD, Volkow ND. Addiction as a systems failure: focus on adolescence and smoking. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(4):329–39.
23. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(8):760–73.
24. Nielsen DA, Utrankar A, Reyes JA, Simons DD, Kosten TR. Epigenetics of drug abuse: predisposition or response. *Pharmacogenomics*. 2012;13(10):1149–60.
25. Warner DO, Berge K, Sun H, Harman A, Hanson A, Schroeder DR. Substance Use Disorder Among Anesthesiology Residents, 1975-2009. *JAMA*. 2013 Dec 4;310(21):2289.
26. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*. 1997;278(5335):45–7.
27. Gupta S, Kulhara P. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence: An overview and update. *Indian J Psychiatry*. 2007;49(2):85–90.
28. Kreek MJ, LaForge KS, Butelman E. Pharmacotherapy of addictions. *Nat Rev Drug Discov*. 2002;1(9):710–26.

29. Cohen JY, Haesler S, Vong L, Lowell BB, Uchida N. Neuron-type specific signals for reward and punishment in the ventral tegmental area. *Nature*. 2012;482(7383):85–8.
30. Wise RA. Brain reward circuitry: insights from unsensed incentives. *Neuron*. 2002;36(2):229–40.
31. Volkow ND, Morales M. The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell*. 2015;162(4):712–25.
32. Corticotropin Releasing Factor: A Key Role in the Neurobiology of Addiction - PMC [Internet]. [cited 2022 Sep 6]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4213066/>
33. Shippenberg TS, Zapata A, Chefer VI. Dynorphin and the pathophysiology of drug addiction. *Pharmacol Ther*. 2007;116(2):306–21.
34. Crunelle CL, Kaag AM, van den Munkhof HE, Reneman L, Homberg JR, Sabbe B, et al. Dysfunctional amygdala activation and connectivity with the prefrontal cortex in current cocaine users. *Hum Brain Mapp*. 2015;36(10):4222–30.
35. Baldwin PR, Alanis R, Salas R. The role of the habenula in nicotine addiction. *J Addict Res Ther*. 2011;Suppl 1(2):1–21.
36. Hanlon CA, Dowdle LT, Jones J. Biomarkers for success: using neuroimaging to predict relapse and develop brain stimulation treatments for cocaine dependent individuals. *Int Rev Neurobiol*. 2016;129:125–56.
37. Ito R, Dalley JW, Howes SR, Robbins TW, Everitt BJ. Dissociation in conditioned dopamine release in the nucleus accumbens core and shell in response to cocaine cues and during cocaine-seeking behavior in rats. *J Neurosci*. 2000;20(19):7489–95.

38. Schultz W. Behavioral dopamine signals. *Trends Neurosci.* 2007;30(5):203–10.
39. Cui C, Noronha A, Morikawa H, Alvarez VA, Stuber GD, Szumlinski KK, et al. New insights on neurobiological mechanisms underlying alcohol addiction. *Neuropharmacology.* 2013;67C:223–32.
40. Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D, Baler RD. Unbalanced neuronal circuits in addiction. *Curr Opin Neurobiol.* 2013;23(4):639–48.
41. Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nat Rev Neurosci.* 2011 Oct 20;12(11):652–69.
42. McFarland K, Davidge SB, Lapish CC, Kalivas PW. Limbic and motor circuitry underlying footshock-induced reinstatement of cocaine-seeking behavior. *J Neurosci.* 2004;24(7):1551–60.
43. Nestler EJ. Transcriptional mechanisms of drug addiction. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2012;10(3):136–43.
44. Zhou FC, Anthony B, Dunn KW, Lindquist W Brent, Xu Z, Deng P. Chronic alcohol drinking alters neuronal dendritic spines in the brain reward center nucleus accumbens. *Brain Res.* 2007;1134(1):148–61.
45. Uhl GR, Grow RW. The burden of complex genetics in brain disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(3):223–9.
46. Patriquin MA, Bauer IE, Soares JC, Graham DP, Nielsen DA. Addiction pharmacogenetics: A systematic review of the genetic variation of the dopaminergic system. *Psychiatr Genet.* 2015;25(5):181–93.
47. Genome-wide association and genetic functional studies identify autism susceptibility candidate 2 gene (AUTS2) in the regulation of alcohol

consumption [Internet]. [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1017288108>

48. Kreek MJ, Levran O, Reed B, Schlussman SD, Zhou Y, Butelman ER. Opiate addiction and cocaine addiction: underlying molecular neurobiology and genetics. *J Clin Invest*. 2012;122(10):3387–93.
49. Chen CC, Lu RB, Chen YC, Wang MF, Chang YC, Li TK, et al. Interaction between the functional polymorphisms of the alcohol-metabolism genes in protection against alcoholism. *Am J Hum Genet*. 1999;65(3):795–807.
50. Kathiramalainathan K, Kaplan HL, Romach MK, Busto UE, Li NY, Säwe J, et al. Inhibition of cytochrome P450 2D6 modifies codeine abuse liability. *J Clin Psychopharmacol*. 2000;20(4):435–44.
51. Berrettini W, Yuan X, Tozzi F, Song K, Francks C, Chilcoat H, et al. α -5/ α -3 nicotinic receptor subunit alleles increase risk for heavy smoking. *Mol Psychiatry*. 2008;13(4):368–73.
52. Edenberg HJ, Dick DM, Xuei X, Tian H, Almasy L, Bauer LO, et al. Variations in GABRA2, encoding the α 2 subunit of the GABAA receptor, are associated with alcohol dependence and with brain oscillation. *Am J Hum Genet*. 2004;74(4):705–14.
53. McGeary J. The DRD4 exon 3 VNTR polymorphism and addiction-related phenotypes: a review. *Pharmacol Biochem Behav*. 2009;93(3):222–9.
54. Grady DL, Thanos PK, Corrada MM, Barnett JC, Ciobanu V, Shustarovich D, et al. Drd4 genotype predicts longevity in mouse and human. *J Neurosci*. 2013;33(1):286–91.
55. Koob GF. The role of CRF and CRF-related peptides in the dark side of addiction. *Brain Res*. 2010;1314C:1–21.

56. Chappell AM, Carter E, McCool BA, Weiner JL. Adolescent rearing conditions influence the relationship between initial anxiety-like behavior and ethanol drinking in male long evans rats. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(Suppl 1):394–403.
57. Nader MA, Nader SH, Czoty PW, Riddick NV, Gage HD, Gould RW, et al. Social dominance in female monkeys: dopamine receptor function and cocaine reinforcement. *Biol Psychiatry*. 2012;72(5):414–21.
58. Thanos PK, Michaelides M, Umegaki H, Volkow ND. D2r DNA transfer into the nucleus accumbens attenuates cocaine self-administration in rats. *Synapse*. 2008;62(7):481–6.
59. Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D, Baler RD. The addictive dimensionality of obesity. *Biol Psychiatry*. 2013;73(9):811–8.
60. Compton WM, Volkow ND. Major increases in opioid analgesic abuse in the United States: Concerns and strategies. *Drug Alcohol Depend*. 2006;81(2):103–7.
61. 2017 National Survey on Drug Use and Health Detailed Tables [Internet]. [cited 2022 Dec 11]. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHDetailedTabs2017/NSDUHDetailedTabs2017.pdf>
62. Keyes KM, Martins SS, Blanco C, Hasin DS. Telescoping and Gender Differences in Alcohol Dependence: New Evidence From Two National Surveys. *Am J Psychiatry*. 2010 Aug;167(8):969–76.
63. Keyes KM, Li G, Hasin DS. Birth Cohort Effects and Gender Differences in Alcohol Epidemiology: A Review and Synthesis: GENDER DIFFERENCES IN ALCOHOL EPIDEMIOLOGY. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011 Dec;35(12):2101–12.

64. Bj M, A C, H H, R P, M R, Te M. Predictive value of family history on severity of illness: the case for depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2009 Jul [cited 2022 Dec 11];66(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19581565/>
65. Prescott CA, Kendler KS. Genetic and Environmental Contributions to Alcohol Abuse and Dependence in a Population-Based Sample of Male Twins. *Am J Psychiatry*. 1999 Jan;156(1):34–40.
66. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Dierker L, Glantz M, Jin R, et al. Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. *Addict Abingdon Engl*. 2009 Aug;104(8):1346–55.
67. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *JAMA Psychiatry*. 2016 Jan 1;73(1):39–47.
68. Scott KM, Wells JE, Angermeyer M, Brugha TS, Bromet E, Demyttenaere K, et al. Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychol Med*. 2010 Sep;40(9):1495–505.
69. McLaughlin KA, Breslau J, Green JG, Lakoma MD, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample. *Soc Sci Med* 1982. 2011 Oct;73(7):1088–96.
70. Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, et al. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2003 Oct;183:304–13.

71. Rosic T, Naji L, Bawor M, Dennis BB, Plater C, Marsh DC, et al. The impact of comorbid psychiatric disorders on methadone maintenance treatment in opioid use disorder: a prospective cohort study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017 May 24;13:1399–408.
72. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*. 2013;170(8):834–51.
73. McLellan A, Lewis D, O'Brien C, Kleber H. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 284: 1689-1695. *JAMA J Am Med Assoc*. 2000 Nov 1;284:1689–95.
74. Saitz R, Larson MJ, Labelle C, Richardson J, Samet JH. The case for chronic disease management for addiction. *J Addict Med*. 2008 Jun;2(2):55–65.
75. Cordery SF, Taverner A, Ridzwan IE, Guy RH, Delgado-Charro MB, Husbands SM, et al. A non-rewarding, non-aversive buprenorphine/naltrexone combination attenuates drug-primed reinstatement to cocaine and morphine in rats in a conditioned place preference paradigm. *Addict Biol*. 2014 Jul;19(4):575–86.
76. van Paasschen J, Clare L, Yuen KSL, Woods RT, Evans SJ, Parkinson CH, et al. Cognitive Rehabilitation Changes Memory-Related Brain Activity in People With Alzheimer Disease. *Neurorehabil Neural Repair*. 2013 Jun 1;27(5):448–59.
77. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 5;2019(6):CD009670.
78. Bryson EO. Addiction and substance abuse in anesthesiology. 2008;109(5):905–16.

79. Tetzlaff J, Collins GB, Brown DL, Leak BC, Pollock G, Popa D. A strategy to prevent substance abuse in an academic anesthesiology department. *J Clin Anesth*. 2010 Mar;22(2):143–50.
80. Gerada C. Doctors and suicide. *Br J Gen Pract*. 2018 Apr;68(669):168–9.

Lampiran 1

Informed consent

Informed Consent untuk Berpartisipasi dalam Penelitian

Peneliti Utama:

dr. Lius Hariman

Institusi:

Departemen Ilmu Anestesi, Perawatan Intensif dan Manajemen Nyeri, Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar

Tujuan:

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai angka kejadian gangguan penggunaan zat anestesi pada peserta aktif anestesiologi Anestesiologi dan Terapi Intensif di Indonesia.

Pada penelitian ini menganalisis demografi, faktor resiko dan mekanisme manajemen peserta PPDS Anestesiologi dan Terapi Intensif yang mengalami gangguan penggunaan zat anestesi selama menjalani proses Pendidikan.

Prosedur & Kriteria Seleksi:

Jika Anda setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, Anda akan diminta untuk mengisi survei online singkat. Survei membutuhkan waktu 30-45 menit untuk diselesaikan. Anda harus berusia 19 tahun atau lebih dan saat ini terdaftar dalam Program Pendidikan Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif terakreditasi Kolegium Anestesiologi dan Terapi Intensif yang berlokasi di Indonesia.

Hak Peserta:

Partisipasi Anda dalam penelitian ini sepenuhnya bersifat sukarela. Tidak ada sanksi bagi penolakan untuk berpartisipasi. Anda dapat memilih untuk berhenti dan menarik diri dari penelitian ini kapan saja. Data responden yang menarik diri dari penelitian akan diekskusi dan dimusahkan sesuai protokol kerahasiaan.

Risiko Partisipasi:

Tidak ada risiko yang diketahui terkait dengan proyek ini yang lebih besar daripada yang biasa dihadapi dalam kehidupan sehari-hari. Beberapa pertanyaan mungkin menimbulkan pengalaman ketidaknyamanan saat Anda menyelesaikan survei. Anda dapat melewatinya atau keluar dari survei kapan saja. Selain itu, karena informasi demografis terperinci akan dikumpulkan, pelanggaran kerahasiaan mungkin terjadi. Kami akan memastikan bahwa data tetap rahasia dan tidak dapat diidentifikasi sejauh mungkin.

Manfaat Partisipasi:

Tidak ada manfaat langsung yang diketahui terkait dengan partisipasi dalam proyek penelitian ini. Manfaat tidak langsung termasuk memberikan informasi ilmiah yang bermanfaat mengenai gambaran angka kejadian gangguan penggunaan zat anestesi pada peserta PPDS Anestesiologi dan Terapi Intensif di Indonesia. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat digunakan sebagai landasan atau sumber pemikiran untuk penelitian dan penentuan kebijakan selanjutnya.

Kompensasi:

300 responden pertama memiliki kesempatan untuk mendapatkan kompensasi uang elektronik (Gopay/OVO) senilai Rp. 50.000,- setelah menyelesaikan survey (Tanpa diundi). Jika Anda ingin mendapatkan kompensasi uang elektronik mohon berikan nomor telepon seluler dan 2 huruf pertama nama yang terdaftar pada akun uang elektronik Anda di akhir survei. Setelah studi berhasil diselesaikan, para peneliti

akan mengirimkan kompensasi uang elektronik ke nomor telepon seluler responden. Informasi kontak dan data survei Anda akan disimpan secara terpisah, dan setiap informasi yang dapat diidentifikasi secara pribadi tidak akan dipublikasikan atau disajikan kepada publik.

Kerahasiaan:

Salinan elektronik dari data survei akan disimpan di jaringan komputer yang aman di Departemen Ilmu Anestesi, Perawatan Intensif Dan Manajemen Nyeri, Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar. Informasi yang diperoleh dari survey ini diperlukan untuk tujuan analisis. Akses ke data akan dibatasi untuk peneliti utama. Ada kemungkinan bahwa proses persetujuan dan pengumpulan data akan diamati oleh staf pengawas penelitian yang bertanggung jawab untuk menjaga hak dan kesejahteraan responden yang berpartisipasi dalam penelitian. Identitas pribadi yang terdapat pada data akan dihapus dan kami dapat membagikan temuan kami dalam publikasi manuskrip, presentasi, dan konferensi. Kami akan mengambil semua langkah yang wajar untuk melindungi identitas responden. Setiap hasil tertulis akan membahas temuan kelompok secara agregat dan tidak akan menyertakan informasi yang secara langsung atau tidak langsung akan mengidentifikasi Anda.

Kontak:

Jika Anda memiliki pertanyaan, kekhawatiran, keluhan, atau merasa penelitian tersebut merugikan Anda, silakan hubungi:

dr. Lius Hariman

Peserta PPDS Anestesiologi dan Terapi Intensif

Departemen Ilmu Anestesi, Perawatan Intensif Dan Manajemen Nyeri

Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar

Email:liusharimat@gmail.com

Ph: 082116570303

Dewan Peninjauan Kelembagaan:

Penelitian ini telah ditinjau dan disetujui oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan nomor xxxxxx

Saya menegaskan bahwa saya berusia 19 tahun atau lebih dan saat ini terdaftar dan aktif sebagai peserta dalam Program Pendidikan Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif yang terakreditasi Kolegium Anestesiologi dan Terapi Intensif yang berlokasi di Indonesia. Silakan klik berikutnya (>>)

Lampiran 2

Kuesioner Penelitian Gambaran Angka Kejadian Gangguan Penggunaan Zat Anestesi Pada Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Anestesiologi Dan Terapi Intensif Di Indonesia

Bagian I: Demografi

1. Saya adalah seorang:
 - a. Pengelola PPDS Anestesiologi dan Terapi Intensif
 - b. Peserta PPDS
2. Usia:
 - a. 20-30 tahun
 - b. 30-40 tahun
 - c. >50 tahun
3. Jenis Kelamin
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
4. Status pernikahan
 - a. Belum menikah
 - b. Menikah
5. Memiliki anak
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Tingkat kompetensi PPDS Anestesiologi dan Terapi Intensif:
 - a. Kompetensi 1 (semester 1-4)
 - b. Kompetensi 2 (semester 5-6)
 - c. Kompetensi 3 (semester 7 ke atas)
7. Lulus dari PPDS Anestesiologi dan Terapi Intensif (khusus untuk Pengelola PPDS Anestesiologi dan Terapi Intensif) :
 - a. ≥ 5 tahun
 - b. 5 – 10 tahun

- c. >10 tahun
- 8. Sumber biaya Pendidikan:
 - a. Mandiri
 - b. Beasiswa
- 9. Penghasilan tetap selama menjalani PPDS:
 - a. Ada
 - b. Tidak
- 10. Jumlah jaga malam per bulan selama 6 bulan terakhir
 - a. > 5 kali/bulan
 - b. < 5 kali/bulan
- 11. Jam tidur per hari:
 - a. <5 jam/hari
 - b. 5-7 jam/hari
 - c. > 7 jam/hari
- 12. Lokasi menjalankan PPDS anestesiologi dan terapi intensif:
 - a. Banda Aceh
 - b. Medan
 - c. Pekan Baru
 - d. Palembang
 - e. Bandung
 - f. DKI Jakarta
 - g. DI Yogyakarta
 - h. Solo
 - i. Purwokerto
 - j. Surabaya
 - k. Malang
 - l. Semarang
 - m. Makassar
 - n. Banjarmasin
 - o. Bali
 - p. Manado

q. Lainnya

Bagian II: Asesmen faktor resiko

13. Pilih metode dispensing (pengambilan) paket zat anestesi yang paling sesuai dengan metode yang diberlakukan di unit pelayanan anestesi primer di rumah sakit pendidikan utama Anda:
 - a. Paket obat anestesi diantarkan ke kamar operasi bersama dengan pasien yang akan menjalankan operasi
 - b. Paket obat anestesi diambil di depo farmasi di ruang operasi
14. Jumlah paket obat disediakan berdasarkan:
 - a. Kebutuhan per pasien/ kasus
 - b. Kebutuhan harian (seluruh rencana anestesi per hari)
15. Siapakah yang bertugas mempersiapkan obat-obatan yang didistribusikan :
 - a. Peserta PPDS Anestesiologi
 - b. Penata/perawat anestesi
 - c. Petugas farmasi/Apoteker
 - d. kolaborasi dari peserta PPDS anestesiologi, Perawat/Penata anestesi dan Apoteker
 - e. lainnya
16. Apakah tersedia depo farmasi di dalam ruang operasi?
 - a. Ya
 - b. Tidak
17. Depo farmasi di ruang operasi dikelola oleh:
 - a. Petugas Farmasi setiap saat
 - b. Dokter/Peserta PPDS Anestesiologi mengambil kebutuhan agen anestesi secara mandiri
 - c. lainnya
18. Apakah metode ini sama dengan yang digunakan di lokasi/rumah sakit lain tempat peserta PPDS anestesiologi menjalankan rotasi?
 - a. Ya

- b. Tidak
19. Jika tim peserta PPDS anestesiologi kedua mengambil alih kasus yang sedang berlangsung, apakah mereka?
- a. Ambil alih kumpulan zat anestesi yang sudah digunakan untuk pasien itu
 - b. Dapatkan zat anestesi baru untuk menyelesaikan kasus yang sedang berlangsung
20. Pilih metode pembuangan(disposal) bagian yang terbuka tetapi tidak terpakai (sisa) dari zat anestesi yang paling sesuai dengan metode yang digunakan di tempat anestesi primer di rumah sakit Pendidikan utama Anda.
- d. Peserta PPDS anestesiologi membuang sisa/kelebihan zat terkontrol secara tanpa saksi
 - e. Peserta PPDS anestesiologi membuang sisa/kelebihan zat terkontrol dengan saksi
 - f. Peserta PPDS anestesiologi mengembalikan sisa/kelebihan zat terkontrol ke bagian farmasi
21. Apakah metode ini sama dengan yang digunakan di lokasi/rumah sakit lain tempat peserta PPDS anestesiologi menjalankan rotasi ?
- a. Ya
 - b. Tidak
22. Pilih semua metode akuntabilitas zat anestesi yang saat ini digunakan di lokasi anestesi primer di rumah sakit pendidikan utama Anda:
- g. Register farmasi dari zat anestesi yang dikeluarkan
 - h. Penjumlahan farmasi dari zat anestesi yang dikeluarkan dan dikembalikan
 - i. Perbandingan farmasi dari zat anestesi yang dikeluarkan dan dikembalikan, dengan jumlah yang digunakan sesuai dengan catatan anestesi
 - j. Wajib mengembalikan kelebihan/sisa zat anestesi dan dilanjutkan dengan analisis kimiawi secara acak

- k. Pelacakan acak pola dispensing dan penggunaan zat anestesi terhadap peserta PPDS anesthesiologi tertentu
 - l. Pemeriksaan toksikologi urin acak terhadap peserta PPDS anesthesiologi untuk zat anestesi
23. Apakah metode ini sama dengan yang digunakan di lokasi/rumah sakit lain tempat peserta PPDS menjalankan rotasi ?
- a. Ya
 - b. Tidak
24. Apakah pernah dilakukan perubahan metode dispensing, pembuangan, atau penghitungan zat anestesi selama anda menjadi peserta PPDS anesthesiologi?
- a. Ya
 - b. Tidak
25. Berapa jumlah peserta PPDS anesthesiologi di program Anda saat ini?
26. Apakah ada mengetahui ada di antara peserta PPDS anesthesiologi aktif yang mengalami gangguan penggunaan zat anestesi saat ini?
- a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
27. Apakah anda pernah melihat rekan peserta PPDS anesthesiologi menyuntikkan /menghirup/ mengkonsumsi zat/agen anestesi ke sesama peserta PPDS anesthesiologi?
- a. Ya
 - b. Tidak
28. Apakah anda pernah membantu rekan peserta PPDS anesthesiologi menyuntikkan /menghirup/ mengkonsumsi zat/agen anestesi ke diri sendiri?
- a. Ya
 - b. Tidak
29. Apakah anda pernah menyuntikkan /menghirup/ mengkonsumsi zat anestesi ke diri sendiri?

- a. Ya
 - b. Tidak
30. Apakah anda masih menyuntikkan /menghirup/ mengkonsumsi zat/agen anestesi ke diri sendiri?
- a. Ya
 - b. Tidak
31. Berapa jumlah peserta PPDS anestesiologi yang memiliki masalah dengan penyalahgunaan zat anestesi yang anda ketahui? _____ orang
32. Apa zat anestesi yang disalah gunakan?
- a. Alkohol
 - b. Benzodiazepin (sebutkan)___
 - c. Agen anestesi inhalasi (sebutkan)___
 - d. Opioid (Mohon sebutkan)___
 - e. Agen induksi intravena (sebutkan)___
 - f. Ganja
 - g. Kokain
 - h. Lainnya (Mohon sebutkan)___
33. Bagaimana awal dugaan gangguan penggunaan zat dalam setiap kasus?
- a. Pelaporan mandiri
 - b. Pelaporan saksi
 - c. Perubahan perilaku
 - d. Perubahan pola permintaan/penggunaan zat terkontrol
 - e. Ketidaksesuaian dokumentasi zat yang dikendalikan
 - f. Pengujian obat atau bagian residu (dibuka tetapi tidak digunakan dalam perawatan pasien) dari zat terkontrol
 - g. Pengujian toksikologi acak dari personel anestesi
 - h. Kematian terkait penyalahgunaan zat terkontrol
 - i. Lainnya (jelaskan)
34. Bagaimana gangguan penggunaan zat dikonfirmasi dalam setiap kasus?
- a. Pengakuan secara sukarela

- b. Konfrontasi dan konfirmasi
- c. Administrasi (injeksi, inhalasi) yang disaksikan
- d. Pengujian toksikologi acak pada personel anestesi
- e. Kematian terkait penyalahgunaan zat terkontrol
- f. Lainnya

35. Sebutkan gejala gangguann penggunaan zat anda/rekan anda rasakan saat ini (tandai setiap gejala yang anda rasakan/temukan pada rekan anda saat ini) ?

Menggunakan zat lebih banyak/ lama daripada yang ditentukan

Tidak mampu mengurangi atau berhenti menggunakan zat

Craving terhadap zat yang sangat berat

Timbul toleransi terhadap zat sehingga membutuhkan dosis yang lebih besar atau kombinasi beberapa zat

Menunjukkan gejala putus obat

Menghabiskan banyak waktu untuk mendapatkan zat, menggunakan zat dan pulih dari efek yang ditimbulkan oleh zat yang dikonsumsi

Mengabaikan tanggung jawab

Tetap menggunakan meskipun telah menimbulkan efek negatif/berbahya

Menghentikan/menghindari kegiatan sosial dan rekreasi

Tetap menggunakan zat walaupun dalam situasi yang berisiko

Masalah pada kesehatan fisik dan mental .

Bagian III: Tatalaksana dan Kebijakan

36. Apa yang terjadi dengan peserta PPDS anestesiologi yang mengalami gangguan penggunaan zat anestesi?

- a. Rehabilitasi
- b. Relaps
- c. Kembali menjalankan PPDS di tempat yang sama
- d. Kembali memberikan pelayanan anestesi di tempat lain

- e. Kembali menjalankan PPDS di bidang kedokteran yang berbeda
 - f. Kematian terkait dengan penggunaan zat anestesi
 - g. Saat ini bebas adiksi
37. Apakah Program Anda menerima kembali peserta PPDS anestesiologi dengan riwayat gangguan penggunaan zat yang telah berhasil menyelesaikan program rehabilitasi?
- a. Ya
 - b. Tidak
38. Berapa jam pendidikan formal mengenai gangguan penggunaan zat pada personel anestesi yang wajib per semester bagi residen? _____ jam
39. Apakah departemen Anda memiliki komite gangguan penggunaan zat atau narahubung yang ditunjuk?
- a. Ya
 - b. Tidak
40. Apakah menurut Anda insiden gangguan penggunaan zat dapat berkurang dengan memperketat metode yang digunakan untuk dispensing, disposal, dan akuntabilitas zat anestesi?
- a. Ya
 - b. Tidak
41. Apakah menurut Anda insiden gangguan penggunaan zat dapat berkurang dengan meningkatkan jumlah pendidikan formal yang diterima peserta PPDS anestesiologi mengenai masalah tersebut?
- a. Ya
 - b. Tidak
42. Apakah Anda menganjurkan pemeriksaan toksikologi urin acak pada peserta PPDS anestesiologi untuk zat anestesi?
- a. Ya
 - b. Tidak

43. Apakah departemen Anda memiliki kebijakan atau protokol untuk mendukung peserta PPDS anestesiologi yang mengalami masalah gangguan penggunaan zat yang memengaruhi kinerja mereka?
- Kebijakan gangguan penggunaan zat
 - Rujukan ke institusi terkait
44. Siapa yang bertanggung jawab untuk menerapkan kebijakan/protokol gangguan penggunaan zat di departemen Anda?
- Kepala departemen
 - Ketua program studi
 - Direktur medis
 - Direktur klinis
 - Departemen kesehatan kerja
 - Lainnya (sebutkan)
45. Siapa yang bertanggung jawab untuk menerapkan kebijakan gangguan penggunaan zat di institusi Anda?
- Direktur medis
 - Direktur klinis
 - Departemen kesehatan kerja
 - Lainnya (sebutkan)
46. Sejauh mana Anda merasa percaya diri dalam mengelola gangguan penggunaan zat di kalangan dokter anestesi?
- Sangat percaya diri
 - Cukup percaya diri
 - Tidak terlalu percaya diri
 - Tidak percaya diri sama sekali untuk mengatasi masalah adiksi
 - Benar-benar percaya diri
 - Cukup percaya diri
 - Tidak terlalu percaya diri
 - Tidak yakin sama sekali

47. Apakah peserta PPDS anesthesiologi yang mengalami gangguan penggunaan zat tersebut kembali bekerja?
- a. Tidak
 - b. Ya, sebagai ahli anestesi
 - c. Ya, dalam kapasitas medis lain
 - d. Ya, dalam pekerjaan nonmedis
 - e. Tidak diketahui
48. Bagaimana hasil akhirnya? (pilih semua yang relevan)
- a. Mengatasi masalah dengan sukses
 - b. Kambuh
 - c. Eskalasi masalah
 - d. Terus bekerja dalam kapasitas medis lain
 - e. Terus bekerja di pekerjaan nonmedis
 - f. Pensiun dini
 - g. Diberhentikan
 - h. Bunuh Diri
 - i. Kematian (penyebab alami)
 - j. Kematian (terkait penyalahgunaan alkohol/narkoba)
 - k. Tidak Diketahui
 - l. Lainnya (sebutkan)___

Komentar tambahan Anda tentang topik ini akan sangat dihargai. Silakan gunakan halaman berikut (dan halaman tambahan jika Anda mau) untuk saran/komentar yang Anda miliki mengenai masalah yang diangkat dalam survei ini.