

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Kajian Pustaka

Penelitian ini membahas tentang hubungan *response time* perawat terhadap kecemasan keluarga pasien kategori penyakit akut di IGD. Penelitian ini telah disampaikan juga oleh beberapa peneliti terdahulu, seperti halnya disebutkan oleh Silvitasari (2019) dengan judul “*Respon Time* Perawat Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD)” didapatkan hasil dimana semakin cepat *response time* perawat terhadap pasien akan menurunkan tingkat kecemasan keluarga pasien dalam mendampingi pasien di ruang IGD, begitu pula sebaliknya semakin lama *response time* perawat terhadap pasien maka tingkat kecemasan keluarga akan semakin meningkat.

Hasil penelitian lainnya disampaikan oleh Desy&Arly (2018) yang menyebutkan bahwa Ada hubungan *response time* perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit dr. A.K. Gani Palembang dengan (*p value* $0,035 \leq \alpha = 0,05$).

Hal tersebut didukung juga oleh hasil penelitian dari Ermi (2019) dengan judul *Response Time* dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang IGD RSUD Soehadi Prijonegoro Sragen didapatkan bahwa terdapat hubungan *response time* dengan tingkat

kecemasan keluarga pasien di ruang IGD RSUD Soehadi Prijonegoro Sragen. Semakin cepat *response time* perawat terhadap pasien akan menurunkan tingkat kecemasan keluarga. Penelitiannya juga memberikan saran untuk peneliti selanjutnya melakukan penelitian lebih lanjut tentang *response time* terhadap kecemasan dengan menambahkan variabel, jumlah responden dan menggunakan metode penelitian yang berbeda.

Maka dari itu penelitian yang akan dilakukan adalah dengan menambahkan variabel dan membedakan metode menjadi metode *survei analitik* dengan rancangan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga pasien kategori penyakit akut di IGD Rumah Sakit Al-Ihsan. Design penelitian *descriptive correlation*, yang didapatkan melalui teknik *consecutive sampling*. Pengukuran *respon time* menggunakan *stopwatch* dan lembar observasi sedangkan pengukuran tingkat kecemasan menggunakan instrument *State Trait Anxiety Inventory* (STAI).

2.2 Konsep Instalasi Gawat Darurat

2.2.1 Definisi Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat adalah pelayanan rumah sakit yang memberikan pelayanan 24 jam pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Pelayanan kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dari multi disiplin ke multi profesi termasuk

pelayanan keperawatan. Pelayanan kegawat daruratan ini sudah diatur dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGT) baik SPGT sehari-hari (SPGT-S) dan akibat bencana (SPGT-B). Indikator kinerja klinis pelayanan gawat darurat, waktu tanggap (*response time*) < 5 menit, angka kematian pasien < 24 jam dua per seribu. (PERMENKES RI, 2018).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah Instalasi gawat darurat merupakan unit pelayanan kesehatan untuk pasien dengan kondisi gawat dan darurat. Kondisi tersebut membutuhkan penanganan cepat dan tepat. *Response time* atau waktu tanggap yang dibutuhkan untuk memberikan penanganan pasien ≤ 5 menit (Silvitasari, 2019).

Instalasi Emergensi/Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu bagian di dalam sebuah rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Di IGD terdapat dokter dari berbagai spesialisasi bersama sejumlah perawat dan dokter jaga. Instalasi Gawat Darurat berfungsi memberikan pelayanan medis yang sifatnya gawat dan darurat selama 24 jam sehari, 7 hari seminggu (Anggraini, 2020).

Pasien dengan penyakit akut yang masuk ke IGD dapat dikategorikan menjadi kasus gawat dan darurat, gawat tapi tidak darurat, darurat tapi tidak gawat, tidak gawat dan tidak darurat.

Gawat adalah keadaan yang berkenaan dengan suatu penyakit atau kondisi lainnya yang mengancam jiwa, sedangkan darurat adalah keadaan yang terjadi tiba-tiba dan tidak diperkirakan sebelumnya, suatu kecelakaan, kebutuhan yang segera atau mendesak (Anggraini, 2020).

2.2.2 Fungsi Instalasi Gawat Darurat

IGD berfungsi untuk menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari, maupun bencana, kegiatan pelayanan. Selain itu IGD juga melakukan beberapa hal contohnya sebagai tenaga pendidik dan pelatihan gawat darurat, mengelola penengendalian mutu pelayanan gawat darurat, dan melakukan koordinasi dengan rumah sakit lain. (PERMENKES RI, 2018).

Organisasi IGD bersifat multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi dengan struktur organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di IGD dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh seorang Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (Ariyani, 2020).

2.2.3 Kegiatan Pelayanan IGD

1) Penyelenggaraan pelayanan medis gawat darurat:

Pelayanan resusitasi, pelayanan bedah (*surgical*), pelayanan nonbedah (Medikal), obstetrik ginekologi dan pediatrik.

2) Penyelenggaraan pelayanan khusus/siaga bencana :

Pelayanan penanggulangan gawat darurat terpadu bencana, pelayanan siaga VVIP, pelayanan komunikasi dan informasi, pelayanan ambulans, pelayanan siaga dengan pendataan kerawanan dan potensi sumber daya (*geomedic mapping*), penyiapan tim reaksi cepat (*rapid respons*) pada saat terjadi bencana (Aryani, 2020).

2.3 Triage

2.3.1 Definisi Triage

Triage adalah penilaian, pemilahan, dan pengelompokan penderita yang akan mendapatkan penanganan medis dan evakuasi pada kondisi kejadian masal atau bencana (Verawati, 2019). *Triage* juga diartikan sebagai suatu tindakan pengelompok penderita berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan pada *Airway* (A), *breathing* (B), dan *circulation* (C) dengan mempertimbangkan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup penderita (Kushayati, 2019). *Triage* di IGD rumah sakit berarti pemilahan penderita ketika masuk IGD rumah sakit dengan prioritas utama diberikan kepada penderita yang mengalami kondisi yang sangat mengancam nyawa (Verawati, 2019).

Berdasarkan ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *triage* merupakan pengelompokan pasien berdasarkan prioritas kegawatannya, seberapa berat cederanya dan dilihat juga ABC dengan mempertimbangkan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup penderita. Sehingga pasien tersebut bisa dilakukan tindakan yang cepat dan tepat serta mengurangi keparahan penyakit atau cedera pasien.

2.3.2 Tujuan *Triage*

Triage bertujuan untuk menolong korban sebanyak mungkin agar mendapatkan kesempatan terbesar untuk tetap hidup, mengidentifikasi pasien yang membutuhkan tindakan resusitasi segera, menetapkan pasien ke area perawatan untuk memprioritaskan dalam perawatan dan untuk memulai tindakan diagnostik/terapi (Kushayati, 2019).

2.3.3 Prinsip *Triage*

Pada penanganan pasien, perawat harus memperhatikan kondisi pasien. Perawat harus memperhatikan beberapa komponen penting, diantaranya memperhatikan warna kulit pasien, suhu, kelembaban, nadi, respirasi, luka dalam, tingkat kesadaran, inspeksi visual, memar, dan *deformitas* kotor.

Prinsip *triage* adalah melakukan yang terbaik untuk menyelamatkan banyak orang, meskipun sumber daya manusia dan alat terbatas. Perawat melakukan seleksi pada korban atau pasien yang

akan ditindaklanjuti berdasarkan ancaman: jika mematikan dalam hitungan menit, tingkat kematian dalam hitungan jam, trauma ringan, dan pasien yang sudah meninggal (Kushayati, 2019).

2.3.4 Proses *Triage*

Prinsip dari proses *triage* adalah mengumpulkan data dan keterangan sesuai dengan kondisi pasien dengan cepat, tepat waktu, dan jelas. Upaya ini untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatan pasien agar segera ditangani. Dalam tahap ini, perawat bukan melakukan diagnosis, melainkan merencanakan intervensi untuk segera membawa pasien ke ruang perawatan. Hal ini terutama bagi pasien yang memang dalam kondisi mengancam nyawanya (Mardalena, 2016).

Ada dua hal penting untuk memahami proses *triage*, yaitu:

1. Pengkajian *triage* secara obyektif

Data subjektif dapat diambil dari keluhan utama, onset dan gejala yang terkait dengan yang dirasakan dan dikeluhkan, faktor pencetus, mekanisme cedera dan penggunaan obat-obatan sebelumnya dan riwayat alergi.

2. Pengkajian *triage* secara obyektif

Pengkajian dapat dilakukan dengan memeriksa tanda-tanda vital secara inspeksi, palpasi, perkusi dan sirkulasi. Data obyektif *triage* mempunyai 4 dimensi yaitu kepatenan jalan nafas, pernafasan yang efektif, kesadaran dan kecacatan (pemeriksaan neurologis singkat).

3. Pemilihan berdasarkan kegawatan

Proses menilai dan memilah dengan memprioritaskan klien untuk mendapatkan intervensi berdasarkan kegawatan klien merupakan faktor penting dalam perawatan triage karena perawat perawat harus mengambil keputusan secara akurat dengan informasi yang terbatas dan tidak jelas dalam waktu yang minimal.

4. Melakukan dokumentasi

Dokumentasi triage merupakan proses pencatatan yang singkat, jelas dan padat terhadap segala sesuatu yang diketahui dan dilakukan oleh perawat triage yang bertujuan sebagai pendukung keputusan, alat komunikasi dan aspek medikolegal baik secara manual atau komputerisasi.

5. Waktu

Waktu yang dibutuhkan dalam penerapan triage mulai dari pengkajian subjektif, pengkajian objektif, pemilihan berdasarkan kegawatan sampai dengan pendokumentasian adalah 2-5 menit.

2.3.5 Klasifikasi *Triage*

Penggolongan atau sistem klasifikasi *triage* dibagi menjadi beberapa level perawatan. Level keperawatan didasarkan pada tingkat kegawatan dan tingkat prioritas. Berikut klasifikasi secara lengkap (Mardalena, 2018):

1) Klasifikasi Kegawatan *Triage*

Klasifikasi triage dibagi menjadi tiga prioritas. Ketiga prioritas tersebut adalah *emergency*, *urgent*, dan *nonurgent*. Berikut klasifikasi pasien pada sistem *triage*:

a. Gawat Darurat (Prioritas 1: P1)

Gawat darurat merupakan keadaan yang mengancam nyawa, dimana pasien membutuhkan tindakan segera. Jika tidak segera diberi tindakan, pasien mengalami kecacatan.

b. Gawat Tidak Darurat (Prioritas 2: P2)

Kondisi gawat tidak darurat yakni pasien memiliki penyakit mengancam nyawa, namun keadaannya tidak memerlukan tindakan gawat darurat dikategorikan prioritas 2. Penanganan bisa dilakukan dengan tindakan resusitasi. Selanjutnya, tindakan dapat diteruskan dengan memberikan rekomendasi ke dokter spesialis sesuai penyakit.

c. Darurat Tidak Gawat (Prioritas 3: P3)

Pasien P3 memiliki penyakit yang tidak mengancam nyawa, namun memerlukan tindakan darurat. Jika pasien P3 dalam kondisi sadar dan tidak mengalami gangguan ABC, maka pasien dapat ditindaklanjuti ke poliklinik. Pasien dapat diberi terapi definitif, laserasi, otitis media, fraktur minor atau tertutup, dan sejenisnya.

d. Tidak Gawat Tidak Darurat (Prioritas 4: P4)

Klasifikasi *triage* ini adalah yang paling ringan diantara *triage* lainnya. Pasien yang masuk ke kategori P4 tidak memerlukan tindakan gawat darurat. Penyakit P4 adalah penyakit ringan. Misalnya penyakit panu, flu, batuk-pilek, dan gangguan seperti demam ringan.

2) Klasifikasi Tingkat Prioritas

Klasifikasi *triage* dari tingkat keutamaan atau prioritas dan dibagi menjadi 4 kategori warna. Tanda warna tersebut digunakan untuk menentukan pengambilan keputusan dan tindakan. Berikut beberapa warna yang sering digunakan:

a. Merah

Warna merah digunakan untuk menandai pasien yang harus segera ditangani atau tingkat prioritas pertama. Pasien dengan *triage* merah memerlukan tindakan bedah dan resusitasi sebagai langkah awal sebelum dilakukan tindakan lanjut, seperti operasi atau pembedahan. Pasien bertanda merah, jika tidak segera ditangani bisa menyebabkan pasien kehilangan nyawa.

b. Kuning

Pasien yang diberi tanda kuning juga berbahaya dan harus segera ditangani. Hanya saja, tanda kuning menjadi tingkat prioritas kedua setelah tanda merah.

Dampak jika tidak segera ditangani, akan mengancam fungsi vital organ tubuh bahkan mengancam nyawa.

c. Hijau

Warna hijau merupakan tingkat prioritas ketiga.

Warna hijau mengisyaratkan bahwa pasien hanya perlu penanganan dan pelayanan biasa. Dalam artian, pasien tidak dalam kondisi gawat darurat dan tidak dalam kondisi terancam nyawanya. Pasien yang masuk dalam kategori warna hijau menandakan bahwa pasien hanya mengalami luka ringan atau sakit ringan, misalnya luka superfisial. Penyakit atau luka yang masuk ke prioritas hijau adalah fraktur ringan disertai perdarahan. Pasien yang mengalami benturan ringan atau laserasi, histeris, dan mengalami luka bakar ringan. Mereka yang masuk kategori hijau adalah pasien secara hemodinamik stabil, tetapi dengan cedera yang nyata.

d. Hitam

Warna hitam digunakan untuk pasien yang memiliki kemungkinan hidup sangat kecil. Biasanya, pasien yang mengalami luka atau penyakit parah akan diberikan tanda hitam. Tanda hitam juga digunakan untuk pasien yang belum ditemukan cara menyembuhkannya.

Dari keempat kalsifikasi berdasarkan prioritas diatas, berikut adalah kriteria pemberian warna berdasarkan tingkat kegawatdaruratan pasien.

Tabel 2.1
Prioritas *triage*

Hitam (Prioritas 0)	Merah (Prioritas 1)	Kuning (Prioritas 2)	Hijau (Prioritas 3)
• Korban meninggal dunia	<ul style="list-style-type: none"> • Respirasi > 30 kali per menit • Tidak ada nadi radialis • Tidak sadar/ penurunan kesadaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Respirasi <30 kali per menit • Nadi teraba • Status mental normal 	• Tidak memiliki kegawatan yang serius

2.3.6 Aplikasi *Triage* Menurut *Australian Triage Scale*

Perhitungan waktu pada skala ini dimulai dari pasien pertama kali tiba di IGD, pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan hanya jika perawat akan mengambil keputusan tingkat kedaruratan *triage*. Selain itu, proses *triage* meliputi pemeriksaan kondisi kegawatdaruratan pasien secara menyeluruh.

Tabel 2.2
Triage Australia dan skala akuitasnya

Tingkat	Waktu Perawatan	Persentase Tindakan
Sangat mengancam hidup	Langsung	100
Sedikit mengancam hidup	10 menit	80
Berisiko mengancam hidup	30 menit	75
Darurat	60 menit	70
Biasa	120	70

Tabel 2.3

Triage Australia dan Response

Kategori ATS	Response	Indikator Kategori
ATS 1	Pengkajian dan intervensi pengobatan harus segera dilakukan	Segera mengancam kehidupan Kondisi yang mengancam terhadap kehidupan (atau risiko besar akan kerusakan) dan memerlukan intervensi yang segera
ATS 2	Pengkajian dan intervensi pengobatan yang dimulai setelah 10 menit	Dapat mengancam hidup dalam waktu dekat, cukup serius atau memburuk sangat cepat sehingga ada potensi ancaman hidup atau kegagalan sistim organ jika tidak diobati dalam waktu 10 menit.
ATS 3	Pengkajian dan intervensi pengobatan yang dimulai 30 menit	Berpotensi mengancam hidup klien, dapat berlanjut ke kehidupan atau mengancam ekstremitas atau dapat menyebabkan morbiditas jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu 30 menit. Kegawatan Situasional Ada potensi untuk hasil yang merugikan jika waktu kritis pengobatan tidak dimulai dalam waktu 30 menit atau menghilangkan ketidaknyamanan berat atau tekanan dalam waktu 30 menit.
ATS 4	Penilaian dan intervensi pengobatan yang dimulai setelah 60 menit	Berpotensi mengancam hidup klien, dapat berlanjut ke kehidupan atau mengancam atau dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu 60 menit kedatangan. Kondisi klien mungkin memburuk atau hasil buruk bisa terjadi jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu 1 jam tiba di IGD. Keparahan yang memungkinkan memerlukan konsultasi dan atau manajemen rawat inap untuk pekerjaan yang kompleks.

ATS 5	Pengkajian dan intervensi pengobatan yang dimulai setelah 120 menit	Kurang mendesak klien kronis atau gejala cukup kecil atau hasil klinis tidak signifikan jika penilaian dan pengobatan tertunda hingga 2 jam dari kedatangan masalah administrasi klinis Hasil pengamatan, sertifikasi medis dan resep.
-------	---	--

2.3.7 SOP *Triage* IGD RSUD Al-Ihsan Bandung

- 1) Klien masuk keruang triage diterima oleh perawat jaga triase
- 2) Menentukan tingkat kegawat daruratan klien berdasarkan masalah ABCD kemudian waktu yang diberikan untuk dilakukan pertolongan adalah sesuai dengan prioritas ATS.
- 3) Apabila klien dalam kondisi gawat darurat, klien dikategorikan dengan warna merah (prioritas 1) dan dilakukan tindakan menjaga kepatenan jalan nafas, perawat mengisi status triase dan klien dimasukkan keruang resusitasi.
- 4) Apabila klien dalam kondisi gawat tidak darurat atau darurat tidak gawat, klien dikategorikan dengan warna kuning (prioritas 2), perawat mengisi status triase dan klien dimasukkan keruang IGD sesuai kasus.
- 5) Apabila klien dalam kondisi tidak gawat tidak darurat, klien dikategorikan warna hijau (prioritas 3), perawat mengisi status triase dan memberitahu dokter jaga, klien mendapat terapi dari dokter jaga dan dipulangkan apabila kondisi membaik.

- 6) Apabila klien sudah dalam kondisi meninggal pada saat datang (DOA), klien dikategorikan warna hitam (prioritas 0) dan dinyatakan sudah meninggal oleh dokter jaga, klien ditempatkan sementara di ruang triase sambil menunggu petugas kamar jenazah.

Triage yang akan digunakan didalam RSUD Al-Ihsan adalah *ATS* (*Australian Triage Scale*) dikarenakan *triage* tersebut memiliki fungsi menetapkan prioritas pasien, *ATS* juga memberikan batasan waktu berapa lama pasien dapat menunggu sampai dapat pertolongan pertama. *Triage* sangat diperlukan untuk alur pasien dalam IGD yang lancar dan aman.

2.4 Konsep Penyakit Akut yang dilayani di IGD

2.4.1 Definisi Penyakit Akut

Penyakit akut mengacu pada kondisi medis yang berlangsung dalam waktu yang relatif singkat, tetapi ketika muncul menimbulkan serangan dalam waktu cepat dan berbahaya. Penyakit akut juga dapat diartikan dengan penyakit yang terjadi secara mendadak, dalam waktu singkat, dan biasanya merupakan indikasi penyakit yang serius (Handayani, 2019).

2.4.2 Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Keakutan

Klasifikasi berdasarkan tingkat keakutan dibagi kelima tingkatan, sebagai berikut.

- 1) Kelas I

Kelas satu meliputi pasien yang masih mampu menunggu lama tanpa menyebabkan bahaya dan tidak mengancam nyawa. Misalnya, pasien mengalami memar minor.

2) Kelas II

Pasien termasuk kelas dua adalah penyakit ringan, yang tidak membahayakan diri pasien. Misalkan flu, demam biasa, atau sakit gigi.

3) Kelas III

Pasien yang berada di kelas tiga, pasien berada dalam kondisi semi mendesak. Pasien tidak mampu menunggu lebih lama. Pasien hanya mampu menunggu kurang lebih selama dua jam sebelum pengobatan. Misalnya pasien yang mengalami otitis media.

4) Kelas IV

Adapun pasien yang tidak mampu menahan kurang dari dua jam dikategorikan pasien kelas IV. Pasien hanya mampu bertahan selama pengobatan, sebelum ditindak lanjuti. Pasien kelas IV ini termasuk *urgent* dan mendasar. Misalnya pasien penderita asma, fraktur panggul, laserasi berat.

5) Kelas V

Pasien yang berada dikelas V adalah pasien gawat darurat. Apabila pasien diobati terlambat, dapat menyebabkan kematian. Yang termasuk kelas lima adalah syok, henti jantung, dan gagal jantung. Kelas penyakit akut yang akan dipakai dalam penelitian ini adalah kelas III, IV, dan V karena dari mulai kelas III kondisi pasien sudah mulai semi mendesak,

pasien tidak mampu menunggu lebih lama untuk mendapatkan pertolongan. Pada kelas IV terdapat pasien yang tidak mampu menunggu terlalu lama karena kondisi mendesak dan perlu mendapatkan pertolongan. Kemudian pada kelas V, kondisi pasien ini akan menyebabkan sampai dengan kematian jika masalah pasien tidak segera ditangani.

Semua masalah penyakit akut pada kelas III, IV, dan V akan menimbulkan kecemasan pada keluarga pasien, saat keluarga pasien menjadi cemas berpengaruh kepada kondisi pasien yang bisa menjadi semakin parah karena terjadi vasokonstriksi pada pasien yang disebabkan adanya ransangan dari lingkungan yaitu keluarga pasien. Kondisi tersebut juga akan mempengaruhi kerja dari perawat karena lingkungan ruang IGD akan tidak kondusif dan bisa menimbulkan konflik antara tenaga kesehatan dengan keluarga.

2.4.3 Jenis-Jenis Penyakit Akut Yang Sering Terjadi Di IGD

RSUD Al-Ihsan Bandung

- 1) Acute Miocard Infark (Serangan jantung)
- 2) CVA (*Cerebro Vascular Accident*)
- 3) Stroke
- 4) Cedera otak
- 5) Infeksi serius
- 6) BAB/BAK berdarah
- 7) Sesak nafas
- 8) Perdarahan

9) Cedera fisik akibat kecelakaan

10) Kejang

Dari 10 penyakit akut berbahaya yang perlu segera ditangani di IGD ada beberapa diantaranya yang paling banyak terjadi di IGD RSUD Al-Ihsan Bandung yaitu *Acute Miocard Infark* (Serangan jantung), stroke, CVA (*Cerebro Vascular Accident*) , Cedera otak, infeksi serius, dan sesak nafas.

2.4.4 Akibat Penyakit Akut Tidak Segera Ditangani

Kondisi seseorang yang mengalami penyakit akut harus segera ditangani dengan tingkat prioritas yang berbeda-beda. Menurut Sardjito (2019) Keadaan pasien yang seharusnya perlu ditangani segera namun penanganan yang diberikan tidak sesegera mungkin akan mengakibatkan kondisi menjadi buruk, diantaranya sebagai berikut:

1) Komplikasi

Perubahan yang tidak diinginkan dari sebuah penyakit ataupun kondisi kesehatan. Penyakit dapat menjadi memburuk atau menunjukkan jumlah gejala yang lebih besar atau perubahan patologi yang menyebar keseluruh tubuh atau berdampak pada sistem organ lainnya.

2) Kerusakan Sistem organ tubuh

Kerusakan sistem organ tubuh bisa terjadi pada pasien dengan kategori penyakit akut karena penyakit akut yang tidak segera ditangani dapat menjadikan perubahan atau gangguan yang

dapat mengurangi esensial sel sehingga saat sel tidak dapat berjalan sebagaimana fungsinya akan mengakibatkan kerusakan jaringan, yang dimana saat jaringan terjadi masalah organ sampai dengan sistem yang berhubungan dengan kondisi yang terjadi pada pasien bisa mengalami kerusakan.

3) Kematian

Penyakit terbanyak yang masuk ke IGD yaitu penyakit stroke dan jantung, dalam tiga tahun selalu masuk dalam 10 penyakit penyebab kematian tertinggi. Dari tahun ketahun juga penyakit kardiovaskuler semakin meningkat (Asmara, 2018). sedangkan hasil penelitian Rudi (2019) menyatakan kasus kematian terbanyak adalah CVA (*Cerebro Vascular Accident*) kemudian diikuti COB (Cedera Otak Berat) dan kebanyakan terjadi kurang dari 6 jam pertama. Hal ini sesuai dengan penelitian dalam Susilawati (2018) yang menyatakan bahwa waktu 6 jam setelah serangan merupakan masa penting karena proses kerusakan jaringan otak dan iskemik dapat terjadi dan kematian paling banyak pada masa ini.

2.5 Konsep Kecemasan Keluarga di IGD

2.5.1 Definisi Kecemasan Keluarga

Kecemasan (anxiety) adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan. Kecemasan merupakan reaksi

terhadap penyakit karena dirasakan sebagai sebuah ancaman, ketidak nyamanan akibat nyeri, kelelahan, frustrasi bahkan kebingungan, sehingga dapat disimpulkan bahwa apabila pasien tidak segera dilakukan tindakan medis maka akan muncul rasa kecemasan karena dianggap rasa ancaman bagi kesehatan nya. Disaat seperti ini juga keluarga akan timbul rasa emosi dan cemas tentang tindakan medis yang tidak kunjung dilakukan pada pasien (Hayaturrahmi&Halimuddin, 2018).

Keluarga adalah sekelompok orang yang terdiri dari kepala keluarga dan anggotanya dalam ikatan nikah ataupun nasab yang hidup dalam satu tempat tinggal, memiliki aturan yang ditaati secara bersama dan mampu mempengaruhi antar anggotanya serta memiliki tujuan dan progam yang jelas. Keluarga ini terdiri atas ayah, ibu, anak, saudara dan kerabat lainnya (Safrudin, 2018).

Kesimpulan yang dapat ditarik adalah kecemasan keluarga pasien merupakan kecemasan yang timbul pada keluarga pasien yang salah satu anggota keluarganya dirawat di rumah sakit. Kecemasan tersebut timbul karena perubahan peran, gangguan rutinitas, dan lingkungan rumah sakit yang asing (Jane, 2019).

2.5.2 Tanda dan Gejala Kecemasan Keluarga

Tanda dan gejala kecemasan keluarga yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi yaitu: perilaku keluarga yang sering bertanya tentang kondisi anggota

keluarganya, bertanya dengan pertanyaan diulang-ulang, berkunjung diluar jam kunjung, dan keluarga takut kehilangan.

Menurut Donsu (2019) tanda dan gejalanya adalah :

1) Secara fisik

Respon fisik saat terjadi kecemasan dapat ditandai dengan nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, gelisah, tremor, berkeringat, sulit tidur, dan sakit kepala.

2) Secara kognitif

Tanda kecemasan secara kognitif dapat dilihat saat mempresepsikan sesuatu cenderung menyempit, penderita tidak bisa menerima rangsangan dari luar. Penderita lebih fokus pada apa yang diperhatikannya. Prilaku dapat dilihat dari gerakan tubuhnya. Misalnya gerakanya tersentak – sentak, cara bicara berlebihan dan cepat. Penderita kelihatan normal tetapi memiliki perasaan tidak aman. Respon emosi juga mengalami gangguan , merasa menyesal, iritabel, kesedihan mendalam, takut, gugup, suka cita berlebihan, ketidak berdayaan meningkat secara menetap, ketidakpastian, kekhawatiran meningkat, fokus pada diri sendiri, perasaan tidak kuat, ketakutan, distress, khawatir, prihatin.

2.5.3 Faktor Kecemasan yang mempengaruhi kecemasan keluarga

Faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan menurut Hayaturrahmi&Halimuddin (2018) dibagi sebagai berikut :

1) Usia

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita, biasanya terjadi pada usia 21-45 tahun.

2) Jenis kelamin

Perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan-tekanan lingkungan daripada laki-laki. Perempuan lebih cemas, kurang sabar, dan mudah mengeluarkan air mata.

3) Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang diharapkan mereka dapat berfikir secara rasional dan menahan emosi dengan baik.

4) Pengalaman

Keluarga yang baru pertama kali anggota keluarganya dirawat akan berbeda dengan yang sudah beberapa kali menghadapi hal yang sama dirawat di rumah sakit , hal itu karena sudah terbentuk koping yaitu upaya berupa aksi berorientasi dan intra fisik, untuk mengelola (mentoleransi, menampung, meminimalkan) lingkungan dan kebutuhan internal mengenai hal tersebut.

5) Akses informasi

Akses informasi yang tepat akan membantu keluarga tidak hanya dalam perawatan pasien tetapi juga dalam mengatasi kecemasan itu sendiri. Akses informasi dapat berupa komunikasi, bimbingan dan konseling kepada keluarga agar keluarga dapat mengatasi kecemasan kearah adaptif sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan keluarga.

6) Kondisi medis

Kecemasan yang berhubungan dengan diagnosa medis sering ditemukan walaupun insidenya gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis. Misalnya untuk diagnosa medis pembedahan akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga klien. Sebaliknya dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien.

7) *Response time*

Response time yang dilakukan tenaga kesehatan di IGD bisa menimbulkan kecemasan pada keluarga pasien, itu ditandai dengan keluarga pasien yang menunggu sering menanyakan keadaan pasien, keluarga sering menunjukkan sikap yang berlebihan ketika perawat tidak langsung memberikan tindakan kepada keluarga pasien, sedangkan perawat memberikan tindakan sesuai dengan hasil observasi dan triase pasien.

2.5.4 Patofisiologi Kecemasan

Kecemasan merupakan respon dari persepsi ancaman yang diterima oleh sistem saraf pusat. Rangsangan tersebut dipersepsi oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem saraf pusat sesuai pola hidup tiap individu. Di dalam saraf pusat, proses tersebut melibatkan jalur Cortex Cerebri – Limbic System – Reticular Activating System – Hypothalamus yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofise untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal (Hayat, 2020).

Neurotransmitter memegang peran penting dalam patofisiologi gangguan cemas menyeluruh. Pada sistem saraf pusat, neurotransmitter seperti norepinefrin, serotonin, dopamine, dan GABA memegang peran penting. Sistem saraf pusat simpatik memegang peran penting dalam terjadinya manifestasi klinis penyakit ini.

Bagian dari otak yang terlibat dalam patofisiologi gangguan cemas menyeluruh adalah amigdala yang memegang peran penting dalam memodulasi ketakutan dan kecemasan. Pada pemeriksaan pencitraan otak pasien gangguan cemas menyeluruh ditemukan bahwa terjadi peningkatan *response* pada stimulus kecemasan. Peningkatan respons ini terjadi karena penurunan ambang batas ketika merespon pada peristiwa. Amigdala dan

sistem limbik berhubungan erat dengan korteks prefrontal. Pada pemeriksaan MRI ditemukan bahwa pasien dengan gangguan cemas menyeluruh memiliki volume lobus temporal yang lebih kecil (Aston, 2022).

Ketepatan *Respon time* perawat merupakan salah satu sumber coping selain edukasi dan pemberian informasi rencana tindakan yang dapat memicu peningkatan *GABA* pada sel saraf dan akan mempengaruhi *gyrus parietalis* sehingga akan menurunkan respon kecemasan (Khotimah dkk, 2021).

2.5.5 Klasifikasi Tingkat Kecemasan

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan tekanan kehidupan sehari-hari, pada tahap ini seseorang menjadi waspada lapangan persepsi meningkat. Penglihatan, pendengaran, dan pemahaman melebihi sebelumnya. Tipe kecemasan ini dapat memotivasi seseorang untuk belajar dan tumbuh kreatif. Namun akan membawa dampak pada diri individu yaitu lebih waspada, mampu menghadapi situasi yang bermasalah, ingin tahu, mengulang pertanyaan dan kurang tidur.

2) Kecemasan Sedang

Fokus perhatian hanya pada yang dekat, meliputi lapangan persepsi menyempit, lebih sempit dari penglihatan, pendengaran, dan pemahaman orang lain. Pasien mengalami

hambatan dalam memperhatikan hal-hal tertentu, tetapi dapat melakukan atau memperhatikan hal-hal bila disuruh, cukup kesulitan berkonsentrasi, kesulitan dalam beradaptasi, dan menganalisis, perubahan suara atau nada, pernafasan dan denyut nadi meningkat serta tremor.

3) Kecemasan Berat

Lapangan pandang atau persepsi individu menurun, hanya memfokuskan pada hal-hal yang khusus dan tidak mampu berpikir lebih berat lagi, membutuhkan pengaturan atau suruhan untuk memfokuskan pada hal-hal lain, tidak dapat lebih memperhatikan meskipun diberi instruksi, pembelajaran sangat terganggu, kebingungan, tidak mampu berkonsentrasi, penurunan fungsi, kesulitan untuk memahami situasi yang dihadapi saat ini, kesulitan untuk memahami dalam berkomunikasi, serta takikardi, sakit kepala, mual, dan pusing (Hayat, 2020)

2.5.6 Dimensi Kecemasan

Dimensi kecemasan terbagi kedalam 2 dimensi, yaitu *State anxiety* dan *Trait anxiety*. Dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) *State anxiety* (Kecemasan sesaat)

State anxiety adalah reaksi emosi sementara yang timbul pada situasi dan waktu tertentu, yang dirasakan sebagai suatu ancaman. Keadaan ini ditentukan oleh perasaan ketegangan yang

subjektif. *State anxiety* ini berubah-ubah dari waktu ke waktu. *State anxiety* merupakan pengukuran kecemasan yang menunjukkan bagaimana perasaan seseorang yang dirasakan “sesaat”.

2) *Trait anxiety* (Kecemasan dasar)

Trait anxiety adalah ciri atau karakteristik seseorang yang cukup stabil yang mengarahkan seseorang untuk menginterpretasikan suatu keadaan sebagai ancaman. Semakin kuat *trait anxiety*, semakin mungkin seseorang akan mengalami kenaikan yang lebih tinggi pada *state anxiety* dalam situasi yang mengancam.

2.5.7 Alat Ukur Tingkat Kecemasan

Alat ukur untuk mengukur tingkat kecemasan ada beberapa, diantaranya adalah *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HARS-A)*, *Visual Analog Scale For Anxiety (VAS-A)*, *Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)*, dan *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Alat ukur tingkat kecemasan yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *State- Trait Anxiety Inventory (STAI)*.

Alat ukur kecemasan *State- Trait Anxiety Inventory (STAI)* dikembangkan oleh Spielberger pada tahun 1983. *STAI* ini sendiri terdiri dari 40 item yang terbagi ke dalam 2 dimensi kecemasan, yaitu *state anxiety* dan *trait anxiety* yang setiap item memiliki 2 dimensi. Setiap item memiliki 4 alternatif jawaban dari 1 sampai 4.

Alternative jawaban yang dapat dipilih antaranya, Sangat Tidak Sesuai (STS), Tidak Sesuai (TS), Sesuai (S), dan Sangat Sesuai (SS). Sedangkan untuk alternative *trait* responden harus memilih salah satu jawaban yaitu Tidak Pernah (TP), Kadang-kadang (KK), Sering (S), dan Selalu (SL) (Ermi, 2019).

Alasan menggunakan alat ukur ini karena dari hasil uji validitas dan reabilitas instrumen ini mempunyai validitas yang lebih tinggi dan mudah dimengerti oleh responden ketika mengisi kuesioner. Kelebihan dari kuesioner *STAI* adalah melakukan pengukuran sesaat yang memungkinkan perbedaan keadaan dan sifat kecemasan diteliti dengan baik

2.6 Konsep *Response Time*

2.6.1 Definisi *Response Time*

Response time adalah kecepatan penanganan pasien yang dihitung sejak pasien tiba di pintu IGD sampai dilakukan penanganan. Standar *response time* triase yang di perlukan maksimal 5 (lima) menit (Ermi, 2019).

Response time (waktu tanggap) perawat merupakan indikator proses untuk mencapai hasil yaitu kelangsungan hidup. *Respon Time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai dilakukan penanganan, waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu ≤ 5 menit. (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Response time (waktu tanggap) pada sistem *realtime*, didefinisikan sebagai waktu dari saat kejadian (internal atau eksternal) sampai instruksi pertama rutin layanan yang dimaksud dieksekusi, disebut dengan *event response time*. *Respon time* merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat tanggapan (Adhiwijaya,2018).

Waktu tanggap dapat dihitung dengan hitungan menit dan sangat dipengaruhi oleh berbagai hal baik mengenai jumlah tenaga maupun komponen-komponen lain yang mendukung seperti pelayanan laboratorium, radiologi, farmasi dan administrasi. Waktu Tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada (Adhiwijaya,2018).

2.6.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi *Respon Time*

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wa Ode, et al (2012) mengatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan *response time* penanganan kasus di IGD adalah:

1) Ketersediaan *stretcher* (*blankar*)

Ketidakcukupan terhadap ketersediaan *stretcher* pada penanganan pasien di IGD akan menyebabkan hal yang serius terhadap pasien baru dimana pasien tersebut keadaannya kritis. Maka, penanganan pada pasien tersebut akan terhambat karena ketersediaan *stretcher* yang kurang memadai.

2) Ketersediaan petugas *triage*

Ketersediaan petugas *triage* sangat berpengaruh karena pada saat pasien masuk IGD maka pertama kali pasien akan dilakukan penggolongan *triage* terlebih dahulu untuk menentukan prioritas tindakan, namun jika petugas *triage* tidak tersedia maka hal tersebut tidak dilakukan sehingga pasien yang masuk akan berkumpul dalam satu ruangan tanpa adanya penggolongan prioritas penanganan dan membuat petugas yang akan melakukan tindakan menjadi kelelahan.

3) Tingkat karakteristik pasien

Kondisi pasien yang masuk di IGD akan mempengaruhi waktu tanggap perawat itu sendiri, semakin kritis keadaan pasien, maka waktu tanggap perawat 3 harus semakin cepat karena berhubungan dengan keselamatan dan nyawa pasien.

4) Faktor Pengetahuan Petugas Kesehatan

Keterampilan dan pengalaman bekerja petugas kesehatan yang menangani kejadian gawat darurat

5) Beban Kerja Fisik

Beban kerja adalah segala sesuatu yang mencakup berbagai variable yang mencerminkan jumlah atau kesulitan suatu pekerjaan seseorang. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, peranan perawat dalam rumah sakit sangat penting. Kualitas kinerja perawat semakin dituntut dalam

peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Profesi perawat mengemban tanggung jawab yang besar menuntut kepada anggotanya untuk memiliki sikap, pengetahuan dan ketrampilan diterapkan pada asuhan keprawatan sesuai dengan kode etik profesi.

2.6.3 Metode Pengukuran *Respon Time*

Kecepatan pelayanan petugas di Instalasi Gawat Darurat merupakan indikator standart pelayanan rumah sakit dalam pengukuran respon time yang merupakan jumlah komulatif waktu akan diperlukan sejak pasien datang saat dilayani oleh petugas IGD dengan waktu <5 menit sesudah pasien datang dengan pelayanan yang cepat, tepat serta mampu mengatasi pasien gawat darurat. Menurut *ATS* (*Australian Triage Scale*) berprinsip dari model *Triase*, adalah titik kontak pertama pasien pada saat kedatangan di IGD, yaitu :

- a) Untuk mengurangi antrian, proses *triase* dan registrasi dilakukan secara simultan atau gunakan pendaftaran mobile (di sisi tempat tidur pasien) oleh staf administrasi.
- b) *Triase* dilakukan tidak > 5 menit.
- c) Setelah *triase* perawat senior melakukan pengkajian *triase* menggunakan *ATS*.

2.6.4 *Response Time* dengan Kecemasan Keluarga di IGD

Response time adalah kecepatan penanganan pasien yang dihitung sejak pasien tiba di pintu instalasi gawat darurat (IGD) sampai dilakukan penanganan dengan standar waktu pelayanan yang diperlukan paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD. Kecemasan keluarga pasien adalah pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan mengenai kekhawatiran atau ketegangan berupa perasaan cemas dan emosi yang dialami keluarga ketika mengantar pasien ke IGD (Silvitasari, 2019).

Dari hasil penelitian sebelumnya oleh Anggraini (2020) di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit dr. A.K.Gani Palembang, mengenai hubungan *response time* perawat dengan tingkat kecemasan keluarga dapat hasil bahwa pada *response time* perawat pada keluarga dengan responden yang berjumlah 67 orang (69,8%) yang mengalami tingkat kecemasan dengan kategori sedang berjumlah 40 orang (41,7%).

Kurangnya pengetahuan keluarga pasien terhadap *triage* (prioritas) penanganan kegawatdaruratan juga menimbulkan kepanikan, kecemasan pada keluarga pasien terhadap kondisi pasien yang merasa kenapa tidak segera diberikan penanganan, menurut salah satu nara sumber yang merupakan salah satu keluarga pasien juga ditemui di lokasi. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan *response time* perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien (Anggraini, 2020)

2.7 Kerangka Konseptual

Bagan 2.7.1 Kerangka Konsep

Sumber: Hayaturrahmi&Halimuddin (2018), Khotimah et al (2020), Hayat (2020)

