

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kecemasan Pasien Berdasarkan *Response Time*

2.1.1 Definisi Kecemasan

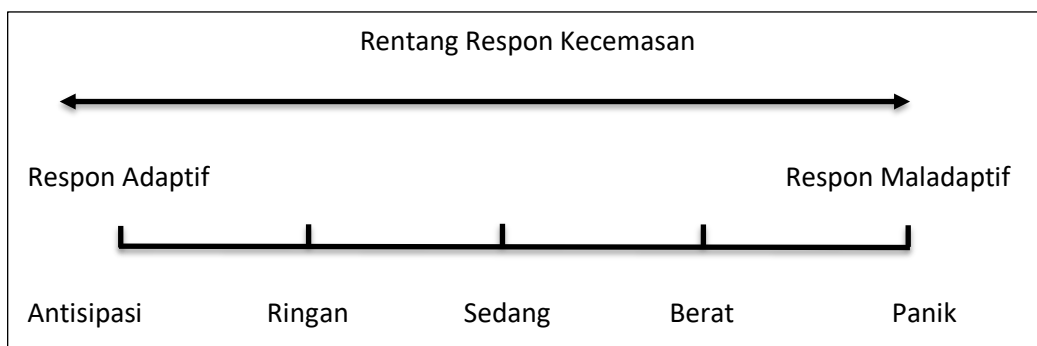
Kecemasan adalah suatu kondisi yang menyebabkan seseorang merasa tidak nyaman dan tidak berdaya (Anggit Madhani, 2021). Menurut Pardede dan Simangunsong (2020) kecemasan merupakan kondisi perasaan yang tidak tentu yang menyebabkan rasa khawatir. Kecemasan merupakan respon fisiologis maupun psikologis seseorang terhadap suatu kondisi atas respon yang diterima yang mengancam jiwa (Utami & Musyarofah, 2021). Kecemasan ialah gangguan yang terjadi pada perasaan seseorang yang ditandai dengan perasaan ketakutan serta kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan. Suatu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan jiwa dapat mendatangkan kecemasan, memengaruhi integritas tubuh, kecemasan dapat menyebabkan reaksi terhadap penyakit karena dirasakan sebagai sebuah ancaman, ketidaknyamanan akibat nyeri, kelelahan, perubahan diet, frustrasi bahkan kebingungan, apabila pasien tidak segera dilakukan tindakan medis akan muncul rasa kecemasan karena dianggap rasa ancaman bagi kesehatan nya, kondisi seperti ini menimbulkan rasa emosi dan cemas tentang tindakan medis yang tidak kunjung dilakukan. (Kamila, 2020).

2.1.2 Rentang Respon Kecemasan

Menurut Munif (2023) menggambarkan rentang respon kecemasan adaptif dan maladaptif. Rentang respon adaptif yaitu ketika individu dapat menerima dan mengendalikan kecemasan. Respon positif yang digunakan untuk menghadapi kecemasan, seseorang akan beranggapan bahwa kecemasan suatu tantangan dan motivasi dalam penyelesaian masalah dan sarana memperoleh penghargaan yang tinggi, menunjukan respon seperti berbicara kepada orang lain, menangis, tidur, menggunakan teknik relaksasi. Sedangkan menurut Utari (2018) rentang respon adaptif

individu beradaptasi dengan perasaan cemas yang dirasakan, individu ketika berespon adaptif terhadap kecemasan maka kecemasan yang dialaminya akan ringan .

Rentang respon maladaptif ketika individu tidak dapat mengatur kecemasan sehingga mekanisme koping disfungsi, dan tidak berkesinambungan. Respon yang muncul seperti perilaku bicara tidak jelas, isolasi diri, perilaku agresif, bahkan sampai penggunaan obat terlarang (Rohmah, 2019). Menurut peneliti lainnya rentang respon maladaptif kondisi individu yang panik tidak dapat berespon terhadap rasa cemas yang dihadapi sehingga memunculkan gangguan perilaku maupun kognitif. Rentang respon maladaptif yang semakin tinggi maka tingkat kecemasan yang dirasakan akan semakin berat (Utari, 2018).



Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan

Sumber : Stuart, 2019

Kecemasan memiliki beberapa tingkatan menurut Utomo (2019) kecemasan dapat dibagi menjadi beberapa tingkatan seperti kecemasan ringan, sedang, berat, dan panik. Ketika kecemasan seseorang semakin tinggi maka akan memengaruhi kondisi fisiologis maupun psikologis seseorang. Kecemasan ringan yaitu kecemasan yang biasa terjadi pada seseorang ketika menghadapi perasaan waspada selain itu kecemasan ringan juga bisa terjadi pada kehidupan sehari-hari tetapi masih bisa menyelesaikan masalah yang terjadi, kecemasan ini dapat memberikan motivasi dan kreativitas berpikir, ditandai dengan masih bisa terlihat tenang, percaya diri, ketegangan otot

ringan, sedikit gelisah, dan sadar akan lingkungan. Sedangkan kecemasan sedang yaitu memungkinkan seseorang untuk berfikir lebih ke hal-hal yang lebih penting dan menjadi prioritas biasanya seseorang akan mudah tersinggung, fokus perhatian menurun, menjadi tidak sabar, ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital mulai meningkat, sering bak, pusing. Tingkat kecemasan ketiga yaitu kecemasan berat yang memusatkan pada sesuatu hal yang lebih spesifik dan terinci serta tidak dapat berfikir tentang hal yang lain biasanya individu cenderung sulit untuk berfikir, perasaan takut, bingung, kontak mata tidak fokus, banyak mengeluarkan keringat, nada bicara cepat, badan gemetar. Tingkat kecemasan terakhir yaitu panik, biasanya seseorang memiliki ketakutan yang berlebih dan tidak dapat dikendalikan, biasanya individu tidak dapat diarahkan, menyebabkan disorientasi kepribadian, kemampuan untuk berkomunikasi dengan seseorang berkurang, tidak dapat berfikir rasional.

2.1.3 Faktor – Faktor Yang Memengaruhi Kecemasan

Menurut Setyawan, A., & Hasnah, K. (2020) ada beberapa faktor penyebab terjadinya kecemasan, faktor penyebab kecemasan dibagi menjadi dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

2.1.3.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yaitu faktor pendukung terjadinya suatu kecemasan, faktor predisposisi terbagi menjadi beberapa antara lain yang pertama yaitu teori psikoanalisis yang artinya kecemasan yang terjadi antara dua elemen kepribadian antara id dan superego, id mewakili insting seseorang sedangkan superego menggambarkan hati nurani, ego berfungsi menengahi antara dua elemen yang bertentangan itu dan kecemasan memiliki fungsi untuk mengingatkan ego adanya bahaya (Juniyarti, J., & Huzaifah, 2023). Teori yang kedua yaitu teori Interpersonal ialah kecemasan yang timbul akibat dari perasaan takut, timbul dari masalah-masalah hubungan interpersonal yang berkaitan dengan kemampuan berkomunikasi, tingginya tingkat kecemasan akan menyebabkan rendahnya kemampuan seseorang berkomunikasi. Kecemasan juga berhubungan dengan trauma, perpisahan, dan kehilangan yang menyebabkan

kerentanan fisik (Juniyarti, J., & Huzaifah, 2023). Ketiga yaitu teori perilaku ialah kecemasan yang dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk menggapai tujuan yang diinginkan. Menurut Stuart (2019) kecemasan terjadi karena adanya suatu dorongan yang berdasarkan keinginan untuk menghindari kesedihan. Adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan, konflik dapat menimbulkan kecemasan sedangkan kecemasan menimbulkan perasaan tidak berdaya sehingga meningkatkan konflik yang ada. Selain itu faktor predisposisi lainnya yaitu faktor keluarga menggambarkan bahwa gangguan kecemasan yang terjadi didalam keluarga berkaitan dengan depresi, kemungkinan juga disertai dengan gangguan fisik yang menurunkan kemampuan mengatasi stressor. Gangguan kecemasan ini merupakan faktor biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat yang berperan dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan (Stuart, 2019).

2.1.3.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah faktor pencetus terjadinya kecemasan, menurut Stuart (2019) faktor presipitasi dibagi menjadi dua yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal menurut Juniyarti, J., & Huzaifah (2023) yaitu ancaman terhadap integritas fisik yang menyebabkan penurunan untuk melakukan aktivitas sehari - hari (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan). Ancaman sistem diri dapat mengganggu identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.

Faktor internal dibagi menjadi beberapa meliputi faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, keadaan fisik, kepribadian individu, lingkungan, status sosial ekonomi. Seseorang yang memiliki usia yang sudah dewasa ternyata jauh lebih bisa mengendalikan rasa cemas dibandingkan dengan yang berusia muda, mereka yang berusia muda dibandingkan dengan usia muda yang cenderung lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan, usia berhubungan dengan pengalaman dan pemahaman seseorang terhadap penyakit sehingga mereka dapat menyikapi dengan lebih baik.

Proses berfikir pada individu yang sudah dewasa memungkinkan menggunakan mekanisme koping yang lebih baik, pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi perkembangan keterampilan sehingga dapat mempengaruhi individu dalam menghadapi kecemasan karena individu mampu beradaptasi dengan lebih baik sehingga tingkat kecemasan berbeda dan dapat meringankan tingkat kecemasan (Sentana & Pratiwi, 2019).

Selain itu faktor internal yang mempengaruhi yaitu jenis kelamin, biasanya pada perempuan mempunyai tingkat kecemasan yang lebih tinggi daripada laki-laki, dikarenakan perempuan lebih peka terhadap emosinya sehingga akan menjadi lebih peka juga terhadap perasaan kecemasannya (Stuart, 2019). Faktor keadaan fisik dan kepribadian seseorang jika mengalami gangguan fisik akan mudah mengalami kelelahan fisik yang akan mempermudah seseorang mengalami kecemasan. Seseorang memiliki kepribadian yang berbeda-beda, individu yang memiliki kepribadian tidak sabar, terlalu terburu-buru, ambisius, mudah gelisah, dan mudah tersinggung tipe yang seperti itu akan mudah meningkatkan kecemasan (Stuart, 2019).

Lingkungan sekitar juga mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang, apabila seseorang berada di lingkungan yang terasa asing baginya akan timbul rasa cemas, berbeda ketika berada di sekitar lingkungan yang memang sudah terbiasa ditempati. Status sosial ekonomi yang baik mudah tercukupi dibandingkan status sosial ekonomi rendah, bila status sosial ekonomi rendah seseorang akan merasa mudah cemas ketika kebutuhan primer maupun sekunder tidak terpenuhi (Stuart, 2019).

Faktor pendidikan seseorang juga mempengaruhi faktor internal pencetus kecemasan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuan yang dimiliki juga semakin luas sehingga dalam mempersepsikan suatu hal lebih baik sehingga menurunkan kecemasan dibandingkan dengan tingkat pendidikan yang rendah akan

cenderung mengalami kesulitan dalam menyelesaikan kecemasan (Arifiati & Wahyuni, 2019).

2.1.4 Jenis - Jenis Kecemasan

Menurut Annisa (2020) kecemasan memiliki dua jenis yaitu *trait anxiety* dan *state anxiety*. Yang dimaksudkan *trait anxiety* adalah rasa khawatir dan perasaan terancam yang muncul pada diri seseorang terhadap suatu kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya. Kecemasan yang terjadi karena individu mempunyai potensi cemas yang lebih tinggi dibanding dengan individu lainnya. Sedangkan *state anxiety* merupakan kondisi emosional yang dirasakan individu dalam kondisi sementara karena adanya perasaan tegang yang dirasakan individu dalam kondisi sadar bersifat subjektif.

Sedangkan menurut Amrihani dkk (2020), kecemasan dibagi mejadi tiga yaitu *neurotic anxiety*, *realistic anxiety*, *moral anxiety*. *Neurotic anxiety* atau kecemasan neurosis adalah perasaan cemas yang muncul karena akibat bahaya yang tidak diketahui, perasaan ego yang muncul dari dorongan diri. *Realistic anxiety* atau kecemasan realistis merupakan perasaan yang tidak spesifik dan perasaan tidak nyaman yang mencakup bahaya itu sendiri. *Moral anxiety* atau kecemasan moral adalah berawal dari konflik yang terjadi antara ego dan superego, superego yang muncul ketika usia masih anak - anak biasanya di usia sekitar lima atau enam tahun, mereka mengalami kecemasan karena tumbuh dari konflik yang mereka alami. Seseorang yang mengalami kecemasan secara berlebihan sering kali merasakan khawatir dan takut secara berkelanjutan dan terus menerus. Seiring berjalannya waktu gangguan kecemasan dapat bertambah parah dan mengganggu kualitas hidup (Hanifah, Muyasaroh,dkk., 2020).

2.1.5 Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Mellani (2021), kecemasan mempunyai beberapa tanda yaitu secara fisiologis nafas pendek, jantung berdetak kencang, tangan terasa dingin dan lembab, nyeri perut, diforesis, badan panas dingin, pandangan mata kabur, gangguan tidur, penurunan nafsu makan, wajah memerah, sensitive dan mudah marah. Tanda behavioral kecemasan seperti sikap menjauh dan terbatas serta sikap syok. Secara psikologis tanda dan gejala kecemasan muncul pada seseorang mengalami kecemasan seperti menarik diri, depresi, mudah menangis, marah, ketakutan, individu akan merasa bahwa dirinya tidak berdaya dan malu hingga menyebabkan menarik diri dari lingkungan dan tidak mau untuk bersosialisasi. Selain itu terdapat tanda kognitif kecemasan seperti perasaan takut dan kekhawatiran serta kebingungan, memandang masa depan dengan rasa waspada, kurang percaya diri, gugup, merasa serba salah, mudah tersinggung, bila marah histeris, konsentrasi menurun, menurunnya produktivitas akibat perasaan tidak berdaya, dan selalu berorientasi pada kejadian masa lalu, kemudian dibandingkan dengan masa yang akan datang (Ambarwati & Supriyanti, 2020).

2.1.6 Aspek Kecemasan

Aspek kecemasan menurut Stuart (dalam Annisa, 2016) bahwasannya aspek kecemasan dibagi menjadi aspek perilaku, kognitif, afektif. Aspek perilaku biasanya seseorang akan merasa gelisah, tremor, bicara cepat, tidak ada koordinasi, menarik diri, dan lari dari masalah. Aspek kognitif seperti konsentrasi buruk, pelupa, hambatan pola pikir, kreativitas dan produktivitas berkurang, takut hilang kendali, dan takut berlebihan akan kematian. Aspek afektif seperti mudah terganggu, tidak sabar, gugup, ketakutan, rasa bersalah, dan kekhawatiran berlebih.

Menurut peneliti lainnya aspek kecemasan terdiri dari reaksi fisik (*physical symptoms*), pikiran (*thought*), perilaku (*behavior*), perasaan (*feelings*). *Physical symptoms* yaitu reaksi tubuh ketika menghadapi kecemasan seperti jantung berdetak kencang, pusing, otot yang tegang. Aspek *thought* pemikiran yang negative dan tidak rasional, merasa tidak bisa melakukan sesuatu, tidak percaya diri, tidak yakin atas kemampuan yang

dimiliki. *Behavior* atau perilaku biasanya seseorang merasa tidak nyaman dengan kondisi yang mengganggu ketenangan, memunculkan pikiran yang berlebih sehingga menyebabkan sulit untuk tidur biasa mejadi mudah menghindar ketika berada pada situasi kecemasan (khaerunnisa, 2020).

2.1.7 Dampak Kecemasan

Kehawatiran serta ketakutan yang tidak beralaskan akan memunculkan perasaan cemas yang akan berdampak pada perubahan perilaku, sulit mengendalikan emosi (Jarnawi, 2020). Menurut Setyawan (2020) dampak kecemasan setiap orang berbeda-beda tergantung dari tingkatan kecemasan yang dirasakan, dampak dari kecemasan antara lain dampak psikologis seseorang yang menyebabkan seseorang merasa cemas dan khawatir akan pikiran sendiri, terjadi gangguan tidur mimpi buruk, gangguan konsentrasi daya ingat, badan terasa sakit, sesak nafas, pusing, gangguan pada perkemihan. Sedangkan dampak fisiologis seperti tekanan darah tidak stabil, sesak nafas, nafsu makan menurun, mual, diare. Untuk dampak kognitif biasanya seseorang akan salah dalam memberikan penilaian, tidak dapat mengambil keputusan, kehilangan kontrol, Untuk dampak secara afektif yang muncul mudah terganggu, tidak sabar, waspada, malu.

Menurut Arifiati dan Wahyuni (2019) dampak kecemasan dibagi tiga yaitu simton suasana hati, kognitif, motorik. Suasana hati seseorang yang tidak tenang, perasaan yang tidak diketahui sumbernya sehingga dapat menimbulkan perasaan yang mudah marah. Secara kognitif menyebabkan perasaan yang tidak menyenangkan, individu tidak memperhatikan masalah yang ada sehingga timbul perasaan yang yang lebih cemas. Dampak dari motoric seperti jari kaki mengetuk-ngetuk, terkejut ketika mendengar suara yang muncul secara tiba-tiba, simptom motoric merupakan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam.

2.1.8 Alat Ukur Kecemasan

2.1.8.1 *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*

Pengukuran tingkat depresi stres dan kecemasan dengan menggunakan alat ukur DASS dikembangkan oleh Lovibond tahun 1995 yang terdiri dari 42 pertanyaan dari tiga kondisi emosional yaitu setiap skala yang terdiri dari 14 pertanyaan, item skala depresi terdapat pada pertanyaan nomor 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42. Pertanyaan skala pada kecemasan nomor 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41. Pertanyaan untuk skala stres nomor 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39. Dan setiap pertanyaan terdapat 4 skor yaitu 0= tidak pernah, 1= kadang – kadang, 2=sering, 3= selalu. Dengan jumlah nilai akhir skala DASS yaitu 0-14= normal/tidak ada kecemasan, 15-18= kecemasan ringan, 19-25= kecemasan sedang, 26-33= kecemasan berat, 34-42= kecemasan sangat berat atau panik.

2.1.8.2 *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Skala HARS merupakan alat ukur untuk menilai tingkat kecemasan berdasarkan pada *symptom* seseorang yang mengalami kecemasan. HARS dibuat oleh Max Hamilton untuk mengukur gangguan kecemasan. Pada skala HARS dibagi menjadi 13 kategori gejala kecemasan dan 1 kategori perilaku. Kategori kecemasan sendiri dibagi menjadi 6 kategori psikologis, dan 7 kategori fisiologis (Amir & Putra, 2019). Kategori yang berjumlah 14 tersebut antara lain terdiri dari perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatic otot, gejala somatic sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala urogenital, gejala autonomy, gejala pernafasan, tingkah laku (Ramdan, 2019).

Yang dimaksudkan perasaan cemas yaitu gejala yang dirasakan oleh individu seperti perasaan khawatir, firasat buruk, takut, mudah kepikiran, mudah marah dan tersinggung. Sedangkan ketegangan meliputi perasaan tegang, lelah, mudah menangis, gemetar, gelisah, mudah terkejut, sulit untuk istirahat, sulit konsentrasi. Penilaian

kecemasan ketakutan meliputi takut akan hal gelap, takut terhadap orang yang tidak dikenal, takut ketika sendirian, takut pada kerumunan banyak orang (Ramdan, 2019).

Gangguan tidur yang terjadi seperti mimpi buruk, tidur tidak tenang, sulit tidur, terbangun tengah malam ketika tidur, merasa lelah ketika bangun tidur. Pada gangguan kecerdasan kemampuan daya pikir lemah, daya ingat menurun, sulit konsentrasi. Sedangkan pada kategori perasaan depresi hilangnya minat terhadap sesuatu hal, sedih berkepanjangan, perasaan tidak tentu (Ramdan, 2019).

Pada gejala somatic otot seperti nyeri pada otot, kekakuan otot, ketidakstabilan suara. Sedangkan gejala somatic sensorik terjadi pada indra penglihatan buram, indra pendengaran berdengung, muka menjadi merah. Gejala kardiovaskuler meliputi denyut nadi cepat, dada berdebar-debar, terasanya nyeri pada dada, badan terasa lemas seperti jantung berhenti berdetak sekejap (Ramdan, 2019).

Gejala gastrointestinal terjadi pada perut yang muncul gejala perut terasa nyeri terstusuk-tusuk, mual, muntah, perut terasa kembung, inkontinensia alvi. Gejala urogenital keinginan untuk bak terus menerus, inkontinesia urine, libio menurun sampai terjadi impotensi. Gejala autonom kepala pusing dan berat, mudah berkeringat, mukosa bibir kering. Gejala pernafasan meliputi sesak di dada, sulit bernafas terasa seperti tertindih, takipneu dan bradipneu. Gejala tingkah laku seperti gelisah tidak tenang, badan gemetar, muka mengerutkan dahi, dan sikap sering bolak-balik tanpa kejelasan (Ramdan, 2019).

2.1.8.3 *Zung Self Rating Anxiety Scale (ZRAS)*

ZRAS adalah alat ukur kecemasan yang dibuat oleh William W.K. Zung yang berasal dari tanda kecemasan pada *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV), yang bertujuan untuk memberikan penilaian kecemasan sebagai kelainan klinis dan gejala kecemasan (Andri et al., 2021). ZRAS terdapat 20 pertanyaan yang

terbagi menjadi 15 pertanyaan peningkatan kecemasan berdasarkan fisiologis dan 5 pertanyaan penurunan kecemasan berdasarkan psikologis yang masing-masing pertanyaan yang mempunyai nilai 1-4 sebagai berikut : (1 = tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, 4 = selalu). Sedangkan kategori tingkat kecemasan yaitu : (skor 20-44 = normal atau tidak cemas, skor 45-59 = cemas ringan, skor 60-74 = cemas sedang, skor 75-80 = cemas berat) (Andri et al., 2021).

2.1.8.4 *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

Alat ukur STAI yang digunakan untuk mengukur kecemasan ini dibuat oleh Charles D. Spielberger yang terbagi menjadi dua dimensi kecemasan yaitu kecemasan sesaat (*state*) dan kecemasan menetap (*trait*). *State anxiety* merupakan perasaan takut dan kecemasan akibat sesuatu hal yang dirasa tidak enak yang muncul pada waktu tertentu, sedangkan *trait anxiety* yaitu kecemasan yang terjadi pada seseorang karena berbagai macam kondisi dan bersifat lebih permanen. STAI mempunyai 40 item pertanyaan yang dibagi menjadi dua, setiap 20 item pertanyaan mempunyai 4 alternatif jawaban, pada *state anxiety* memilih jawaban sesuai dengan kondisi yang dirasakan saat itu, pilihan jawaban antara lain : (Sangat Tidak Sesuai (STS), Tidak Sesuai (TS), Sesuai (S), dan Sangat Sesuai (SS)). Sedangkan untuk *trait anxiety* seseorang memilih jawaban karena merasa sudah sering dirasakan atau bersifat menetap, pilihan jawaban antara lain : (Tidak Pernah (TP), Kadang-kadang (KK), Sering (S), dan Selalu (SL)) (Juniyarti & Huzaifah, 2023).

2.1.9 Kecemasan Pasien di IGD

Ketika datang ke IGD pasien cenderung mengalami kecemasan hal ini terjadi karena pasien merasa takut terhadap penyakit yang di deritanya yang mungkin bisa mengancam nyawanya, selain itu juga merasa cemas karena tidak kunjung ditangani oleh tenaga medis di IGD (Wahyuni, 2019). Perasaan takut dan cemas merupakan

perasaan emosi yang dirasakan pasien saat memasuki IGD, tindakan yang diterima pasien membuat pasien merasa takut dan cemas (Amiman dkk, 2019). Tindakan keperawatan yang diterima pasien di IGD untuk menyelamatkan jiwa dilakukan ketika keadaan fisiologi pasien terancam, tindakan ini mencakup pemberian medikasi darurat, melakukan resusitasi kardiopulmonal. Kegiatan ini merupakan tindakan menyelamatkan jiwa yang dapat menyebabkan kecemasan, karena mengancam integritas tubuh (Kurniati, 2018). Pasien yang masuk ke IGD kemungkinan akan mengalami kecemasan yang tinggi. Biasanya pasien dengan kecemasan akan sulit untuk melakukan aktivitas. Pasien akan menurunkan aktivitas dengan alasan takut atau akan merasa tidak nyaman dengan apa yang dilakukan (Amiman dkk, 2019). Penanganan gawat darurat dapat menimbulkan rasa takut dan cemas kepada pasien, penyebab lainnya dapat karena pengalaman dari pasien, pengalaman pengobatan serta respon dari tindakan medis kegawatdaruratan yang pernah diterima. Pasien yang tidak pernah masuk ke IGD memiliki kecemasan lebih berat dari pada pasien yang sudah pernah masuk ke IGD (Asti, 2020).

Hal ini dapat membuat panik dan ketakutan bahkan dapat membuat pasien menjadi stress. Stres yang berkepanjangan menimbulkan rasa cemas dan tertekan, serta hilangnya rasa aman, harga diri terancam dan gelisah (Mulyanto, Apriliyani & Sumarni, 2022). Menurut Budiaji (2016) bahwa mayoritas pasien mengalami kecemasan dan perasaan khawatir terhadap tindakan di IGD yang dapat menyebabkan pasien berada pada cemas ringan sampai dengan cemas berat. Kecemasan yang dialami pasien karena perasaan khawatir dengan kondisi dirinya akibat sakit yang diderita.

Kecemasan yang dialami pasien di IGD biasanya terkait dengan prosedur atau tindakan yang harus dijalani pasien. Pasien juga mengalami kecemasan ketika pelayanan yang mereka terima lambat, sehingga *response time* yang tidak tepat akan mengalami kecemasan berat, hal ini disebabkan karena jumlah perawat yang tidak memadai dan keterbatasan sarana dan prasarana serta beberapa pasien yang tiba dalam waktu yang

bersamaan di IGD sehingga perawat harus memprioritaskan masalah kegawatdaruratan sehingga menyebabkan *response time* yang diterima sebagian pasien menjadi lambat mendapatkan penanganan serta kondisi yang tidak nyaman menyebabkan meningkatnya kecemasan pasien saat di IGD (de Araujo, 2015). Selain itu menurut Harnilawati tahun 2013 kecemasan pada pasien sangat berpengaruh saat pengambilan keputusan, secara tidak langsung jika pasien mengalami kecemasan maka akan menunda dalam pengambilan keputusan saat akan dilakukan tindakan. Sehingga tindakan yang akan dilakukan dalam penanganan segera menjadi melambat akhirnya *response time* pun menjadi tidak cepat (Annurianti, 2021).

2.1.10 Definisi *Response Time*

Waktu yang diperlukan untuk melakukan tindakan pertolongan pada pasien dari awal masuk sampai selesai penanganan sesuai dengan kegawatdaruratannya disebut dengan *response time*, waktu tanggap yang baik tidak lebih dari 5 menit (Kemenkes, 2011). *Response time* ditandai dengan kesanggupan dalam memberikan pelayanan yang cepat dan tepat terhadap kebutuhan pelayanan yang butuhkan oleh pasien (Amir & Putra, 2019). *Response time* dikatakan sesuai dengan waktu yang ditetapkan tidak mengalami keterlambatan apabila waktu yang diperlukan untuk memberikan *response* pelayanan tidak melebihi standar yang telah ditetapkan yaitu ≤ 5 menit (Madamang, Bintang & Satriana, 2021).

Waktu tanggap darurat yang dibutuhkan pasien saat sampai di depan IGD rumah sakit untuk mendapatkan respon cepat dari petugas sampai dengan selesai tindakan yang dilakukan di IGD disebut dengan *response time* (Simandalahi dkk, 2019). Menurut peneliti lainnya *response time* merupakan standar yang dimiliki oleh petugas untuk memberikan pelayanan didalam IGD dari awal kedatangan sampai siap untuk dipindahkan keruang rawat inap (de Araujo, 2015). Sedangkan pada keputusan yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan nomor 129/Menkes/SK/II/2008 bahwa pelayanan

di rumah sakit memiliki standar indikator mutu pelayanan khususnya di ruang IGD yaitu standar dalam memberikan *response time* atau waktu tanggap.

Menurut Sipayung, Sinaga & Syapitri (2018) *response time* sebagai waktu yang dibutuhkan saat mulai kejadian sampai dengan adanya eksekusi pelayanan tindakan yang diberikan disebut dengan *event reponse time*, sasaran dari ini yaitu meminimalkan *response time* sehingga pelayanan yang diterima lebih cepat dan mengurangi keterlambatan saat menerima pelayanan di IGD. Menurut Menteri kesehatan tahun 2009 dalam pelayanan di IGD telah ditetapkan bahwa dalam memberikan pelayanan di IGD harus cepat dan tepat dengan rentang waktu kurang dari 5 menit dari pertama pasien datang ke IGD (Kemenkes, 2011). Sedangkan menurut Depkes (2010) mempercepat *response time* saat pertama pasien datang sampai adanya *event reponse time* yaitu waktu kejadian sampai perintah pertama dalam pelayanan tindakan dilakukan ini mengurangi angka keterlambatan.

Saat pasien tiba di pintu IGD rumah sakit sampai memperoleh penanganan dari petugas IGD membutuhkan waktu tanggap darurat yang diperlukan sampai penanganan yang bersifat gawat darurat selesai disebut dengan *response time* (Haryatun dan Sudayanto dalam Tumbuan, 2018). Ketika pasien datang ke IGD mereka pasti menginginkan pelayanan yang cepat dan tepat maka IGD harus memiliki batas waktu dalam memberikan tindakan yaitu kurang dari lima menit dan memiliki pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu (Keputusan Menteri Kesehatan, 2011).

Menurut Amir (2019) kesanggupan dalam memberikan pertolongan dan menyediakan pelayanan dalam *response time* ditandai dengan dengan tindakan yang diterima cepat dan tanggap darurat sesuai dengan keinginan pasien. Pasien yang tidak mendapatkan pertolongan kegawatdaruratan segera akan berakibat fatal, *response time* yang dilakukan petugas saat pasien datang ke IGD rumah sakit harus mendapat respon yang cepat dengan waktu pelayanan yang dibutuhkan tidak lebih dari lima menit dengan

mendapatkan perawatan kesehatan yang professional untuk mencegah terjadinya cedera lebih lanjut, kecacatan, kerusakan organ dan bahkan sampai dengan terjadi kematian jika terjadi keterlambatan dalam penanganan primer (Pollak *et al.*, 2018).

Menurut Kurniati (2018) kecepatan waktu penanganan mulai dari awal pasien datang ke IGD sampai memperoleh tindakan di awal akibat dari masalah kesehatan yang dialami pasien disebut *response time*, ketika penanganan gawat darurat yang diberikan cepat maka kematian yang mungkin terjadi dapat dicegah jika dilakukan dengan cepat dan efisien setidaknya waktu yang dibutuhkan oleh petugas tidak lebih dari 5 menit sesuai dengan peraturan yang sebelumnya sudah ditetapkan oleh kementerian kesehatan Indonesia pada tahun 2009 bahwa waktu tanggap yang baik tidak lebih dari lima menit.

2.1.11 Faktor – Faktor Yang Memengaruhi *Response Time*

Ketika pasien datang ke IGD rumah sakit tentunya butuh tindakan kegawatdaruratan yang cepat dan tepat olehkarenanya perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan keahliannya sehingga dapat terjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *respon time* yang cepat dan penanganan yang tepat (Kemenkes, 2011). Menurut Jainurakhma *et al.*, (2021) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi *respon time* perawat dalam penanganan pasien gawat darurat antara lain SDM, beban kerja, tingkat kegawatdaruratan, sarana dan prasarana.

Sumber daya manusia (SDM) yang memengaruhi faktor dalam *response time* yang pertama yaitu usia. Usia seseorang yang dihitung sejak lahir sampai dengan batas terakhir masa hidupnya, semakin cukup usia maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum memiliki usia cukup dewasa sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwa dengan kata lain semakin matang usia pegawai maka makin konstruktif dalam

mengatasi masalah pekerjaan dan terampil dalam memberikan pelayanan pada pasien (Hurlock, 2017).

Faktor kedua yang memengaruhi SDM yaitu pendidikan, semakin tinggi pendidikan seseorang maka ilmunya dapat berkembang menjadi lebih baik. Manajemen pendidikan untuk tenaga kesehatan secara umum tidak berbeda dengan manajemen pendidikan lainnya, hanya saja materi yang diajarkan disesuaikan dengan tujuan pendidikan yang ditetapkan oleh departemen kesehatan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan ilmu yang terbaru atau hal-hal yang menunjang kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Faktor pendidikan seseorang sangat menentukan kesiapan dalam memberikan suatu pelayanan, seseorang yang memiliki pendidikan tinggi mungkin dapat lebih mengatasi masalah dan berperan lebih baik dari pada yang berpendidikan rendah (Depkes RI, 2018).

Faktor ketiga yang memengaruhi SDM yaitu pengalaman. Pengalaman merupakan guru yang baik, oleh karena itu pengalaman biasanya berkaitan dengan lama kerja atau masa kerja. Pengalaman suatu cara untuk mendapatkan bukti nyata dari ilmu yang didapatkan semasa menjalani pendidikan, sehingga pengalaman dapat meningkatkan pelayanan kepada pasien. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu. Sehingga dapat dikatakan, semakin berpengalaman seseorang semakin baik pula dalam memberikan pelayanan (Jainurakhma *et al.*, 2021). Menurut Green, *et.al* (2016) bahwa terdapat perubahan yang berdampak dalam penempatan staf yang mempengaruhi pada keterlambatan pada penanganan di IGD, ketika petugas yang sudah berpengalaman ditempatkan di IGD maka proses penanganan gawat darurat lebih cepat dan tepat (Amir & Putra, 2019).

Faktor ketiga yang memengaruhi SDM yaitu ketersediaan petugas *triage* yang sangat mempengaruhi pada saat memilah pasien masuk IGD sebelum dilakukan tindakan,

maka pertama kali pasien masuk akan diberikan penggolongan *triage* terlebih dahulu untuk memberikan prioritas tindakan namun jika petugas *triage* tidak tersedia maka akan menumpuk berkumpul jadi satu dalam ruangan tanpa dilakukan pengelompokan prioritas pelayanan dan membuat petugas yang akan memberikan tindakan menjadi kondisi yang tidak kondusif (Mulyanto dkk, 2022).

Selain SDM faktor – faktor yang memengaruhi *response time* ada beban kerja tergantung bagaimana kemampuan tubuh seseorang dalam menanggapi suatu pekerjaan apakah menerima dengan baik pekerjaan itu atau tidak sehingga disebut dengan beban kerja, beban kerja dapat berupa beratnya pekerjaan seperti mengangkat, mengangkut, merawat, dan mendorong, selain itu beban kerja dapat berupa sejauh mana tingkat keahlian dan prestasi kerja yang dimiliki individu dengan individu lainnya dengan membandingkan hal tersebut maka dapat terjadi beban kerja secara psikis atau mental. Beban berlebih secara fisik maupun psikis, yaitu harus melakukan terlalu banyak hal, memungkinkan menjadi sumber stress pekerjaan. Unsur yang menimbulkan beban berlebih dalam kondisi kerja yaitu setiap tugas yang diberikan diharapkan dapat diselesaikan secepat mungkin secara tepat dan cermat tanpa memperdulikan berat atau tidaknya tugas yang diberikan (Everly dan Girvano dalam Munandar, 2018). Beban kerja yang berat ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain jumlah perawat yang tidak sesuai, jumlah pasien yang terlalu banyak, dan banyaknya pekerjaan yang harus dikerjakan, menuntut keterampilan khusus, dan lain-lain (Malara T dkk, 2015).

Faktor yang memengaruhi *response time* lainnya yaitu sarana dan prasarana Sarana dan prasarana ialah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mengerjakan suatu pekerjaan. Prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (usaha, pembangunan, dan proyek). Kecepatan dan ketepatan dalam tindakan kegawatdaruratan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai kompetensi dan keahliannya sehingga dapat

menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan tepat, dengan meningkatkan sarana, prasarana dan sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar yang telah ditetapkan (Kepmenkes, 2011).

Menurut Canadian of Association Emergency Physician (2016) bahwa kejadian kurangnya *stretcher* untuk penanganan kasus yang akut berdampak serius terhadap pasien baru datang ke IGD yang mungkin saja dalam kondisi kritis, permasalahan yang muncul di IGD dengan banyaknya jumlah pasien yang ingin mendapatkan pelayanan, dengan dilakukan triage dapat mempercepat proses *response time* pasien serta membantu memulai penanganan pada pasien yang kondisinya lebih sakit, hal itu dibutuhkan sarana dan prasarana berupa ketersediaan *stretcher* yang sangat dibutuhkan dalam mobilisasi pasien yang dapat berpengaruh pada *respon time* perawat.

Ketika *stretcher* ketersediaannya tidak memadai dapat bertambah buruk, karena pasien harus menunggu di depan pintu dan akan mempengaruhi kondisi pasien dan terlambat mendapat penanganan, selain itu akan berdampak menimbulkan komplain dari pihak keluarga pasien atau pasien. Ketersediaan *stretcher* sendiri dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya kunjungan pasien yang banyak disaat bersamaan, jumlah *stretcher* yang tidak memadai, dan lain-lain. Tidak memadainya ketersediaan *stretcher* pada penanganan pasien di IGD akan menyebabkan hal yang serius terhadap pasien baru dimana pasien tersebut keadaannya kritis menyebabkan penanganan pada pasien tersebut akan terhambat karena ketersediaan *stretcher* yang kurang memadai. Selain tidak memadainya *stretcher* yang dapat memperlambat *response* yaitu alat medis lainnya dan obat-obatan yang merupakan salah satu komponen yang dibutuhkan dalam penanganan pasien. Tidak tersedianya alat atau obat-obatan saat dibutuhkan akan mempengaruhi penanganan terhadap pasien dan dapat berdampak buruk terhadap kondisi pasien karena menjadikan *respon time* perawat melambat (Mulyanto, Apriliyani, & Sumarni, 2022).

Faktor yang memengaruhi response time lainnya yaitu tingkat kegawatdaruratan. Kondisi pasien yang masuk di IGD mempengaruhi *response time* perawat itu sendiri, semakin kritis kondisi pasien, maka *response time* perawat harus semakin cepat karena berhubungan dengan keselamatan dan nyawa pasien (Mulyanto, Apriliyani, & Sumarni, 2022).

2.1.12 Strategi *Response Time*

Strategi waktu tanggap adalah ketepatan dan kecepatan dalam pelayanan di rumah sakit untuk memperoleh keyakinan pasien agar menggunakan jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut (Mappanganro, 2018). Menurut Keputusan Menteri Kesehatan tahun 2009 standar dalam menentukan kecepatan dan ketepatan dalam memberikan tindakan gawat darurat yang diberikan pada pasien di IGD harus sesuai dengan standar kompetensi dan kemampuan sehingga dapat menjamin suatu pertolongan kegawatdaruratan dengan waktu tanggap yang cepat kurang dari lima menit, hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar yang ada.

Kecepatan pelayanan yang dimaksud yaitu waktu yang dibutuhkan oleh pasien dalam mendapatkan tindakan kegawatan sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan penyakitnya sejak memasuki IGD, target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan (Kepmen:Nomor:63/KEP/M.PAN/7/2003). Kecepatan pelayanan dalam memberikan tindakan atau pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter dan perawat dalam waktu kurang 5 menit dari pertama kedatangan pasien ke IGD. Hasil penelitian Sabriyati (2013) tentang faktor strategi yang berhubungan dengan kecepatan waktu tanggap penanganan di Instalasi Gawat Darurat RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo menyatakan bahwa kecepatan waktu tanggap penanganan kasus yaitu 67,9% tepat waktu dan 32,1% tidak tepat, sebagai kesimpulan faktor yang berhubungan dengan kecepatan waktu tanggap penanganan di IGD yaitu ketersediaan stretcher serta petugas triase.

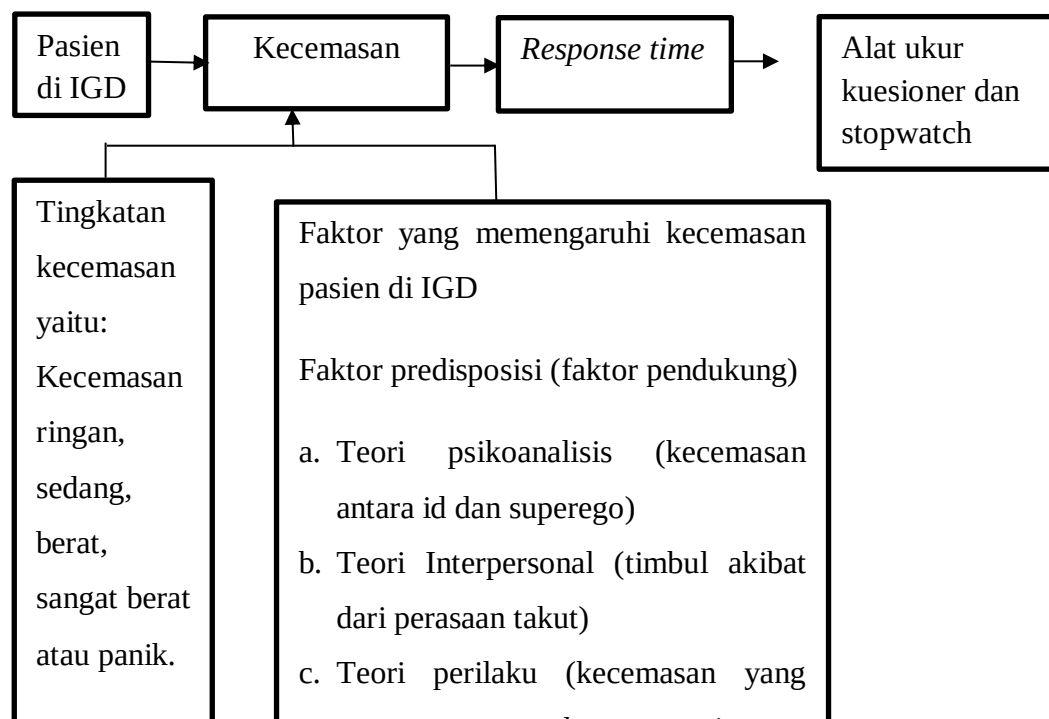
Ketepatan waktu pelayanan Menurut Lovelock dan Wright (2002), adalah ketepatan pelayanan medis yang diberikan dari apa yang dibutuhkan dari waktu ke waktu. Menurut para ahli lainnya ketepatan waktu adalah mencakup dua hal pokok, yaitu konsistensi kerja (*performance*) dan kemampuan untuk di percaya (*dependability*), berarti rumah sakit memberikan jasanya secara tepat sejak pertama datang (*right the first time*) (Widowati, & Purwanto, 2014). Ketepatan pelayanan yang dibutuhkan pasien untuk memperoleh tindakan yang sesuai dengan tingkat gawat darurat pasien saat datang ke IGD dalam waktu kurang dari 5 menit (Tjiptono, 2015).

2.1.13 Metode Penilaian Response Time

Untuk tercapainya suatu standar dalam pelayanan dilakukan pengukuran yang dapat di evaluasi dari setiap waktu ke waktu dan digunakan sebagai pertimbangan kuantitatif maupun kualitatif terhadap perubahan standar atau sasaran yang telah ditetapkan sebelumnya dengan mencermati hubungan kerjasama pelaksana pelayanan dari dokter maupun tenaga medis dan non medis yang bekerja di IGD rumah sakit. Indikator sebuah pelayanan di rumah sakit khususnya di ruang IGD berdasarkan indikator standar kecepatan pelayanan dengan pengukuran response time yaitu jumlah kumulatif waktu yang diperlukan dari awal kedatangan pasien yang diberi pelayanan oleh petugas medis dengan standar ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang, dengan terlaksananya penanganan pelayanan yang cepat responsive dan mampu mencegah kecacatan maupun kematian pasien dengan menyelamatkan pasien gawat darurat dan untuk memenuhi dimensi mutu dengan memperhatikan keselamatan pasien dan keefektifitasan sebuah pelayanan rumah sakit. Metode penilaian response time secara umum dilakukan dengan cara observasi. Dalam metode observasi ini dengan menghitung waktu yang dibutuhkan petugas medis pertama kali melakukan tindakan atau anamnesis pasien dari awal masuk ke IGD dengan menggunakan alat *stopwatch* (arloji) (Amiman dkk, 2019).

Untuk menghitung *response time* petugas medis yaitu dengan cara sejak kedatangan pasien tersebut ke IGD untuk mendapatkan pelayan penanganan pertama terhitung saat pasien membuka pintu masuk IGD untuk mendapatkan penanganan pertama dengan triase. Interval proses *response time*, misalnya pasien datang dengan kondisi cedera atau kecelakaan di mulai menghitung *response time* dengan *stopwatch* lakukan tindakan sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan setelah melalui proses pemilahan pasien dengan triase, lalu pastikan aman pasien dan aman diri sesuai dengan SOP yang ada, setelah penanganan yang diberikan sudah selesai semua perhitungan *response time* di hentikan tujuan dari *response time* ialah terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat yang membutuhkan pertolongan (Sherman *et al.*, 2014).

2.2 Konsep Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Utomo, 2019; Setyawan, 2020; Jainurakhma, 2021

2.3 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu dengan konsep yang lainnya dari masalah yang akan diteliti untuk menghubungkan tentang suatu topik yang akan dibahas atau merupakan ringkasan dari tinjauan teori yang dihubungkan dengan variabel yang diteliti (Setiadi 2013). Berdasarkan pola pemikiran diatas maka kerangka konsep dalam penelitian ini adalah variabel tunggal

Kecemasan pasien di IGD
berdasarkan *response time*.

Gambar 2.3 Kerangka Konsep