

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### **2.1. *Response Time***

*Response time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien, dihitung sejak pasien datang sampai adanya respon dari tenaga medis. *Response time* adalah suatu standar pelayanan yang harus dimiliki oleh IGD, dan *response time* yang baik bagi pasien yaitu  $\leq 5$  menit (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2009) dalam (Sinurat, 2024). *Response time* dikatakan cepat  $\leq 5$  menit apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia, manajemen IGD rumah sakit sesuai standar, dan tingkat pengetahuan tenaga medis mengenai *response time* (Sinurat, 2024). Kurangnya pengetahuan perawat mengenai *response time* dalam menerima pasien di IGD dapat beresiko terhadap keselamatan pasien yang datang ke IGD (Azulla & Faozi, 2025).

Standard *response time* tertuang dalam keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.856/kemenkes/SK/IX/2009 tentang standar IGD rumah sakit yang menyebutkan bahwa pasien yang masuk di IGD harus terlayani paling lama 5 menit setelah sampai di IGD. Maksud dari 5 menit ini adalah cepat tanggap tenaga medis dalam melayani pasien yang baru masuk di IGD di mana pasien yang masuk di IGD memerlukan bantuan segera dengan cepat dari tenaga medis. Standar waktu 5 menit pasien terlayani setelah tiba di IGD, *response time* tersebut harus mampu dimanfaatkan untuk memenuhi prosedur utama dalam penanganan kasus gawat darurat atau prosedur ABCD (*Airway, Breathing, Circulation* dan *Disability*) (Gulo, 2023).

Menurut Andriani (2023), *response time* dikatakan tepat jika waktu yang dibutuhkan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang telah ditetapkan. Hal ini berarti bahwa dalam konteks pelayanan, terutama pelayanan responsif seperti pelayanan infeksi, waktu yang dihabiskan untuk memberikan respon kepada pasien harus sesuai dengan standar waktu yang telah ditetapkan. Jika *response time* melebihi standar yang telah ditentukan, maka hal tersebut dianggap tidak tepat.

Menurut Tumbuan (2015), *response time* mengacu pada kecepatan dalam menangani pasien, yang dihitung mulai dari saat pasien datang hingga penanganan dilakukan. Dalam konteks pelayanan, *response time* yang dianggap baik bagi pasien adalah kurang dari 5 menit. Artinya, pelayanan harus dapat merespon kehadiran pasien dengan cepat dan mulai melakukan penanganan sesuai kebutuhan pasien dalam waktu yang relatif singkat.

Dari dua definisi di atas menurut Andriani (2023) dan Tumbuan (2015) dalam Wahyuningsih dan Ro'fiah (2024), menyatakan *response time* dalam pelayanan harus sesuai dengan waktu rata-rata standar yang telah ditetapkan. Jika waktu respon melebihi standar yang ditentukan, hal tersebut dianggap tidak tepat. Hal ini berlaku terutama dalam pelayanan responsif seperti pelayanan infeksi. *Response time* yang baik dalam pelayanan adalah kurang dari atau sama dengan 5 menit. Pelayanan harus dapat menanggapi kehadiran pasien dengan cepat dan memulai penanganan sesuai kebutuhan pasien dalam waktu yang relatif singkat.

Kecepatan *response time* sendiri dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Yurnalis dan Mendrofa (2021) dalam Parahita (2024), cepat atau lambatnya *response time* dapat dipengaruhi oleh berbagai hal baik jumlah tenaga, pelayanan laboratorium, administrasi, hingga radiologi. Dalam penelitian Hidayat (2020) dalam Parahita (2024), Rumah sakit umum cenderung memiliki *response time* yang buruk yang disebabkan oleh kekurangan staf, inkompetensi staf, serta lingkungan rumah sakit yang tidak sehat. Selain itu, meningkatnya kebutuhan dalam pelayanan kesehatan yang disebabkan oleh padatnya penduduk yang berbanding dengan

terbatasnya fasilitas kesehatan juga menyebabkan lamanya waktu tunggu di IGD (Parahita, 2024). Hal ini sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan tahun 2009 bahwa pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 menit setelah sampai di IGD (Sinurat, 2024).

Menurut Hania (2020) dalam Norhidayat (2023) terdapat dua faktor yang memengaruhi pelaksanaan *response time* dalam memberikan pelayanan kegawatdaruratan. Faktor-faktor tersebut terbagi menjadi faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi kondisi pasien, pelatihan kegawatdaruratan, dan tingkat pendidikan perawat. faktor eksternal mencakup kelengkapan sarana prasarana, ketersediaan alat dan obat, keberadaan brankar atau *stretcher*, fasilitas, beban kerja petugas, dan kehadiran petugas. Tidak hanya itu, Karokaro (2020) dalam Norhidayat (2023) juga menemukan beberapa faktor lain yang berpengaruh terhadap *response time* di IGD, seperti kondisi pasien, ketersediaan brankar atau *stretcher*, penempatan staf, petugas kesehatan, pelaksanaan manajemen, waktu kedatangan pasien, penanganan yang dipilih, strategi pemeriksaan, tingkat pendidikan, masa kerja, dan beban kerja perawat. Oleh karena itu, disimpulkan bahwa meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan prioritas pasien serta mengoptimalkan beban kerja dan sarana prasarana dapat mempengaruhi *response time* di IGD.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, terdapat beberapa faktor kunci yang memengaruhi keberhasilan *response time* di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Faktor-faktor ini sangat penting untuk dipahami karena mereka secara langsung memengaruhi kualitas layanan darurat yang diberikan kepada pasien di IGD. Dalam konteks penelitian ini, beberapa aspek yang signifikan termasuk pendidikan, pengalaman kerja, pelatihan, pengetahuan, prioritas pasien, beban kerja, kepatuhan, dan disiplin. Pemahaman mendalam tentang bagaimana faktor-faktor ini berinteraksi dan memengaruhi kinerja perawat adalah kunci untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan di IGD, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien darurat (Wahyuningsih &

Ro'fiah, 2024). Oleh karena itu, penelitian yang berkelanjutan dan implementasi strategi untuk meningkatkan faktor-faktor tersebut sangat diperlukan dalam upaya meningkatkan kualitas layanan kesehatan darurat di seluruh negeri. Berdasarkan hasil penelitian yang tersedia, ada beberapa faktor penting yang berdampak pada keberhasilan *response time* pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD).

Hasil penelitian dari RSAU Dr. Dody Sardjoto menunjukkan adanya korelasi signifikan antara tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan pelatihan yang telah diperoleh oleh perawat dengan kecepatan respon mereka saat berada di IGD. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan yang relevan serta pengalaman kerja yang memadai dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam menanggapi situasi darurat dengan lebih cepat dan efektif. Pendidikan dan pelatihan yang berfokus pada kegawatdaruratan memperkaya pengetahuan perawat tentang cara-cara penanganan pasien dengan kondisi kritis, sedangkan pengalaman kerja memperkuat kemampuan mereka dalam membuat keputusan yang cepat dan tepat (Wahyuningsih & Ro'fiah, 2024).

Penelitian di Rumah Sakit Bakti Timah Pangkal pinang menemukan bahwa pengetahuan perawat tentang prosedur darurat, kemampuan untuk menentukan prioritas pasien, serta pengelolaan beban kerja yang efektif berpengaruh signifikan terhadap waktu respon pada kasus kecelakaan lalu lintas di IGD. Faktor pengetahuan memungkinkan perawat untuk lebih memahami kondisi pasien dan langkah-langkah yang harus diambil, sementara kemampuan menentukan prioritas pasien memastikan bahwa kasus yang paling kritis ditangani terlebih dahulu. Beban kerja yang terkelola dengan baik memungkinkan perawat untuk fokus pada pasien yang membutuhkan perhatian segera tanpa merasa terbebani (Wahyuningsih & Ro'fiah, 2024).

Dalam konteks yang berbeda, penelitian mengenai kepatuhan terhadap posisi *knee chest* pada kehamilan trimester III dengan letak sungsang menunjukkan bahwa dukungan keluarga dan disiplin dalam mengikuti anjuran medis dapat berpengaruh

pada keberhasilan *response time* pasien. Meskipun konteksnya berbeda dari kegawatdaruratan IGD, prinsip kepatuhan dan disiplin ini dapat diinterpretasikan sebagai pentingnya sikap profesional, disiplin dalam menjalankan protokol medis, dan kepatuhan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam meningkatkan efektivitas dan efisiensi respon kegawatdaruratan. Hal ini menekankan pentingnya kerja sama antara pasien, keluarga pasien, dan tenaga kesehatan dalam mencapai hasil yang diinginkan, terutama dalam situasi darurat (Wahyuningsih & Ro'fiah, 2024). Kombinasi antara peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan, pengetahuan yang mendalam, pengelolaan prioritas dan beban kerja, serta kepatuhan dan disiplin dalam menjalankan tugas, berperan vital dalam meningkatkan keberhasilan *response time* di IGD. Ini menegaskan pentingnya investasi berkelanjutan dalam pengembangan sumber daya manusia disektor kesehatan, khususnya dalam peningkatan kompetensi perawat yang bekerja di lingkungan IGD. Dari penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa pendidikan, masa kerja, pelatihan, pengetahuan, prioritas pasien, beban kerja, kepatuhan, dan disiplin merupakan faktor-faktor yang signifikan dalam memengaruhi keberhasilan *response time* di IGD. Dukungan manajemen dan kerjasama dengan keluarga pasien juga menjadi faktor penting dalam meningkatkan *response time* pasien untuk memberikan pelayanan yang cepat dan efektif dalam penanganan keadaan darurat.

Pasien yang datang ke IGD biasanya mengalami sakit akut, sakit berat, atau injury yang dapat menyebabkan pasien berada pada kondisi yang labil bahkan mengancam nyawa pasien. Sehingga tenaga kesehatan harus seoptimal mungkin memberikan pelayanan terbaik dengan cepat, tepat, dan cermat agar status kesehatan pasien dapat tertangani sesuai dengan standar pelayanan kegawatdaruratan (*response time*  $\leq 5$  menit) (Gulo, 2023). Jika perawat tidak cepat tanggap dalam melayani pasien maka akan membahayakan keselamatan pasien. Menurut aemia, yanny and silwi, (2018) dalam Gulo (2023) Dampak tersebut adalah, Keluarga merasakan cemas hingga panik, keluarga memikirkan pasien terus menerus, keluarga tidak mau makan, keluarga tidak dapat tidur, dan keluarga mengalami perubahan peran.

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  $\leq 5$  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, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Khotimah (2021) dengan judul “*Response time* Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Kategori *Australian Triage Scale* (ATS) 2 dan 3 di Instalasi Gawat Darurat (IGD)” yang melibatkan 41 responden menunjukkan bahwa *response time* perawat tepat dalam penatalaksanaan sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan pasien kategori ATS 2 dan 3 di RSUD Pindad Bandung dengan frekuensi (49%) 20 responden dan *response time* tidak tepat dengan frekuensi (51%) 21 responden. Hasil temuan dilapangan ini menunjukkan masih adanya *response time* tidak tepat sesuai dengan batasan waktu seharusnya, hal ini dikarenakan kondisi IGD *overcrowded* yang disebabkan tingginya kunjungan pasien disaat bersamaan, terjadinya penumpukan pasien IGD karena menunggu masuk rawat inap, rujuk dan pulang. Dengan rata-rata kunjungan IGD + 50 pasien setiap harinya, dimana pada saat penelitian datang pasien dengan kategori ATS 2 dan 3 secara bersamaan menjadi salah satu penyebab ketidaktepatan

*response time* dalam memberikan penatalaksanaan sesuai tingkat kegawatdaruratan pada pasien ATS 2 dan 3, sehingga perawat IGD perlu untuk memperhatikan fungsi utama dari triage adalah untuk memilah pasien yang datang berdasarkan prioritas, dalam hal ini perawat IGD harus memiliki kompetensi dengan mengikuti pelatihan kegawatdaruratan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ambarika (2024) dengan judul Hubungan *Response time* dengan Kecemasan Keluarga Pasien IGD Berdasarkan Triase di RSUD Muslimat Ponorogo yang melibatkan 123 responden menunjukkan bahwa waktu respon perawat lambat dengan persentase 61%. Hasil wawancara dengan beberapa keluarga pasien di IGD menyatakan bahwa pelayanan yang diberikan perawat kurang cepat atau membutuhkan waktu >5 menit. Faktor yang menyebabkan *response time* di instalasi gawat darurat RSUD Muslimat menjadi > 5 menit yaitu karena jumlah perawat yang terbatas dan sarana dan prasarana rumah sakit yang terbatas kurang memadai dibandingkan dengan jumlah pasien yang masuk, serta beberapa pasien yang datang dalam waktu yang bersamaan di instalasi gawat darurat sehingga perawat harus mengutamakan masalah yang paling mendesak. Berdasarkan Rencana Manajemen Mutu (RPM) di IGD RSUD Muslimat Ponorogo, standar *response time* triage yang dibutuhkan adalah maksimal 3 (tiga) menit. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan kepada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar yang sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal tersebut dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia serta pengelolaan IGD rumah sakit sesuai standar.

Penelitian yang dilakukan oleh Nawangwulan (2023) dengan judul “Analisis *Respon Time* Perawat dengan *Complaint Handling* dalam Pelayanan Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Primaya Hospital Tangerang” yang melibatkan 95 responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapat *respon time* dengan kategori lambat, yakni sejumlah 60 orang (63,2%), diikuti kategori cepat 30

orang (31,6%), dan sangat lambat 5 orang (5,3%). Respon time yang diberikan perawat untuk menolong pasien memerlukan standar yang sesuai dengan kemampuan dan kompetensi, sehingga dapat menjamin suatu penanganan yang cepat dan tepat. Namun, dalam penelitian ini masih tergolong belum memenuhi standar yang sesuai.

Penelitian yang dilakukan oleh Purba (2015) dengan judul "*Hubungan Response time dengan Kepuasan Keluarga Pasien Gawat Darurat pada Triase Merah di IGD RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*" yang melibatkan 30 responden menunjukkan bahwa jumlah perawat dengan *response time* cepat ( $\leq 5$  menit) dan lambat ( $> 5$  menit) adalah sama, masing-masing 15 orang (50%). Hasil ini mengindikasikan bahwa *response time* di IGD RSUP Kandou belum sepenuhnya memenuhi standar ideal, yaitu  $\leq 5$  menit. *Response time* yang melebihi standar berpotensi mengganggu proses penanganan pasien, yang pada akhirnya dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas. Kondisi ini menunjukkan bahwa standar pelayanan di IGD sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Tahun 2011 yang menetapkan bahwa *response time* adalah kecepatan penanganan pasien terhitung sejak kedatangan hingga tindakan dimulai dan harus  $\leq 5$  menit belum sepenuhnya tercapai.

Hasil penelitian Suparyani (2023) dengan judul "*Hubungan Response time Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Dengan Triase Merah Dan Kuning Di IGD RSUD Kota Tanjung pinang*" yang dilakukan pada 55 responden. Hasil penelitian *response time* menunjukkan bahwa *response time* cepat sebanyak 17 responden (30.9%) dan *response time* lambat sebanyak 38 responden (69.1%) yang ditemukan pada pelaksanaan triase merah. Menurut peneliti kecepatan waktu penanganan yang diberikan oleh perawat pada pasien sangat berpengaruh terhadap kecemasan yang dialami keluarga pasien. *Response time* yang tepat didukung oleh ketersediaan sumber daya manusia yang kompeten pada suatu institusi. Kecepatan *response time* dapat membuat keluarga pasien menjadi merasa tenang namun kurang nya



informasi yang diberikan kepada keluarga dapat menyebabkan beberapa keluarga merasa panik dan cemas.

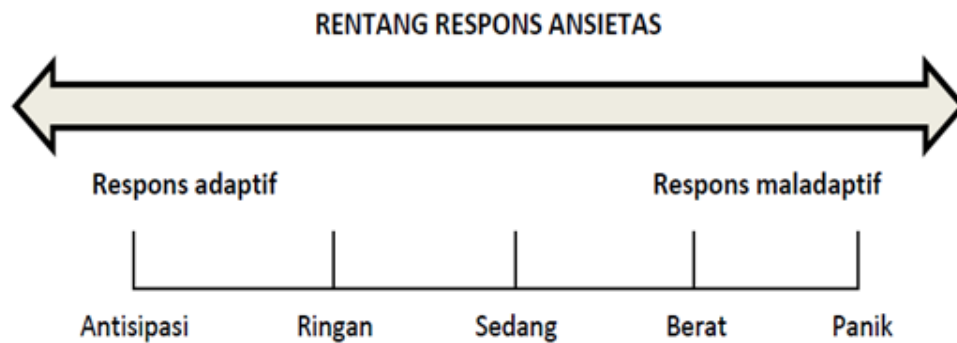
Hasil penelitian Kusuma (2022) dengan judul “Hubungan *Response time* dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Kategori Triase Hijau Di IGD Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yang dilakukan pada 40 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *response time* didapatkan hasil  $\geq 5$  menit sebanyak 25 orang (61 %). Peneliti mengatakan *Response time* pada perawat dalam menangani pasien gawat darurat harus sesuai dengan SOP Rumah Sakit dan  $<5$  menit untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih parah dan meningkatkan derajat keberhasilan sebuah pertolongan. Keberhasilan *response time* sangat tergantung kepada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan pada pasien untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit.

## **2.2. Kecemasan**

Kecemasan adalah suatu kondisi yang menyebabkan seseorang merasa tidak nyaman dan tidak berdaya (Madhani & Kartina, 2020). Menurut Pardede (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 & Siti, 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 kesehatannya, kondisi seperti ini menimbulkan rasa emosi dan cemas tentang tindakan medis yang tidak kunjung dilakukan (Aisyatin Kamila, 2020).

Kecemasan dapat didefinisikan sebagai sifat yang mencerminkan karakteristik kepribadian yang cenderung stabil, sementara kecemasan situasional mengacu pada kondisi sementara yang sifatnya pasif, berkembang dengan cepat, dan memiliki tingkat intensitas tertentu (Azulla & Faozi, 2025). Kondisi pasien yang dirawat di unit gawat darurat seringkali memicu munculnya rasa cemas pada keluarga pasien (Sudarta, 2020). Ketika anggota keluarga mengalami situasi darurat medis, tingkat kecemasan keluarga biasanya cukup tinggi, terutama karena adanya kemungkinan kehilangan anggota keluarga. Respon kecemasan yang dialami oleh keluarga pasien saat menunggu di ruang IGD dapat bervariasi antara individu satu dengan lainnya (Hijriyah, 2020).

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, menunjukkan respon seperti berbicara kepada orang lain, menangis, tidur, menggunakan teknik relaksasi. Sedangkan menurut Utari (2019) 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, 2019).



**Gambar 2.1** Rentang Respon Ansietas

**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 batuk, 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.

Menurut Peplau (2017), yang dikutip oleh (Y. Puspita, 2020) ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

#### 1. Kecemasan Ringan (*Mild Anxiety*)

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Dalam tingkat ini seseorang lebih waspada dan lapangan persepsinya meningkat seperti melihat, mendengar dan gerakan mengganggam lebih kuat. Tingkatan ini dapat memotivasi untuk belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas. Pada tingkat ini, biasanya muncul tanda dan gerakan seperti jantung berdebar, gelisah, lebih banyak bicara dari biasanya dan tangannya gemetar (Peplau, 1952 dalam Videbeck, 2008).

#### 2. Kecemasan Sedang (*Modetratye Anxeity*)

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada masalah dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Manifestasi yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernapasan meningkat, bicara cepat dengan volume tinggi, kemampuan konsentrasi menurun, perhatian selektif dan terfokus pada rangsangan yang tidak menambah ansietas, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah dan menangis (Suhayat, 2014).

#### 3. Kecemasan Berat (*Severte Anxeity*)

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang dengan kecemasan berat cenderung untuk memutuskan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarah untuk dapat memusatkan pada suatu area yang lain. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah mengeluh pusing, sakit kepala, mual, tidak dapat tidur (*insomnia*), sering kencing, diare, palpitasi, lahan persepsi menyempit, berfokus pada dirinya sendiri dan keinginan untuk menghilangkan kecemasan tinggi, perasaan tidak berdaya, bingung, disorientasi (Suhayat, 2014).

#### 4. Panik (*Panic*)

Tingkatan ini berhubungan dengan perasaan takut dan cemas. Pada tingkatan ini hal yang spesifik tidak lagi proporsional karena seseorang telah kehilangan kontrol, tidak dapat melakukan hal-hal tertentu meskipun dengan bimbingan. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan dalam berhubungan dengan orang lain, persepsi yang terdistorsi/menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Disertai tanda dan gejala seperti, perasaan jantung berdebar, penglihatan berkunang-kunang, sakit kepala, sulit bernafas, perasaan mau muntah, otot lebih terasa tegang, dan tidak mampu melakukan apa-apa (Suhayat, 2014).

Menurut Setyawan & Hasnah (2020) ada beberapa faktor penyebab terjadinya kecemasan, faktor penyebab kecemasan dibagi menjadi dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. 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. 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. Ketiga yaitu teori perilaku ialah kecemasan yang dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk menggapai tujuan yang diinginkan (Juniyarti & Huzaifah, 2023).

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.

Faktor presipitasi adalah faktor pencetus terjadinya kecemasan, menurut Stuart (2019) faktor presipitasi dibagi menjadi dua yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal menurut Juniarti & 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, 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).

Aspek kecemasan menurut Stuart dalam Annisa & Ifdil (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 berlebih 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 menjadi mudah menghindar ketika berada pada situasi kecemasan (Khaerunnisa, 2020).

Menurut Mellani & Kristina (2021), kecemasan mempunyai beberapa tanda yaitu secara fisiologis nafas pendek, jantung berdetak kencang, tangan terasa dingin dan lembab, nyeri perut, diuresis, 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).



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 (2020) kecemasan dibagi menjadi 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 super ego, super ego 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, 2020)

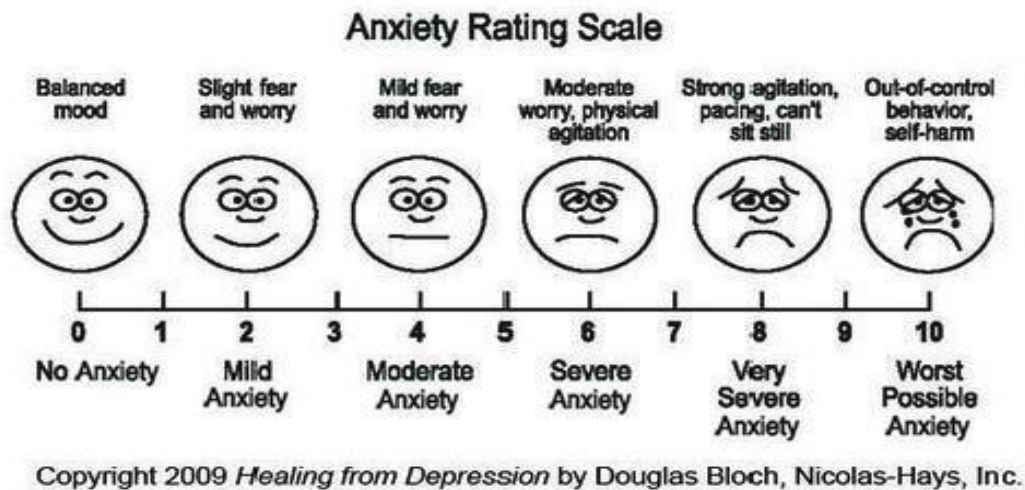
Kekhawatiran serta ketakutan yang tidak beralasan dapat memunculkan perasaan cemas, yang pada akhirnya berdampak pada perubahan perilaku dan kesulitan dalam mengendalikan emosi (Jarnawi, 2020). Menurut Setyawan dan Hasnah (2020), dampak kecemasan berbeda-beda pada setiap individu tergantung pada tingkat kecemasan yang dialami. Dampak kecemasan dapat dibagi menjadi beberapa aspek. Dampak psikologis antara lain meliputi perasaan khawatir yang berlebihan, gangguan tidur seperti mimpi buruk, kesulitan berkonsentrasi, gangguan daya ingat, rasa sakit di tubuh, sesak napas, dan pusing, serta gangguan pada sistem perkemihan. Dampak fisiologis yang mungkin terjadi meliputi tekanan darah yang tidak stabil, sesak napas, penurunan nafsu makan, mual, dan diare. Dari

sisi kognitif, kecemasan dapat menyebabkan seseorang keliru dalam memberikan penilaian, kesulitan dalam mengambil keputusan, serta kehilangan kontrol diri. Sementara itu, dampak afektif dapat terlihat dalam bentuk perilaku yang mudah terganggu, tidak sabar, terlalu waspada, dan merasa malu.

Menurut Arifiati & Wahyuni (2019) dampak kecemasan dibagi tiga yaitu simtom 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 lebih cemas. Dampak dari motorik seperti jari kaki mengetuk-ngetuk, terkejut ketika mendengar suara yang muncul secara tiba-tiba, simtom motorik merupakan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam.

Menurut Breivik, Borchgrevink, dan Allen, serta Hassyati yang di kutip oleh (Idris, 2022), *Visual Analog Scale for Anxiety* (VAS-A) merupakan salah satu skala pengukuran yang umum digunakan untuk menilai intensitas kecemasan. Skala ini terdiri dari 10 titik, dimulai dari angka 0 yang menunjukkan tidak adanya kecemasan, hingga angka 10 yang menggambarkan kecemasan paling berat. VAS-A dinilai cukup sensitif karena memungkinkan keluarga pasien atau pasien untuk mengidentifikasi tingkat kecemasannya secara lebih spesifik pada rentang skala, dibandingkan dengan metode lain yang mengharuskan memilih satu kata atau angka saja. Dalam pengukuran tingkat kecemasan menggunakan VAS-A, nilai 0 menunjukkan tidak ada kecemasan, nilai 1–3 dikategorikan sebagai kecemasan ringan, nilai 4–6 sebagai kecemasan sedang, nilai 7–9 sebagai kecemasan berat, dan nilai 10 menggambarkan kondisi panik atau kecemasan yang sangat berat. Hal ini serupa dengan kutipan (Ismiyatun, 2017) *Visual Analogue Scale for Anxiety* (VAS-A) digunakan untuk menilai kecemasan pasien, skala ini memberikan kebebasan kepada pasien untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan yang dirasakan.

Pengukuran dengan VAS pada nilai nol dikatakan tidak ada kecemasan, nilai 1-3 kecemasan ringan, nilai 4-6 cemas sedang, 7-9 cemas berat dan 10 dianggap panik.



**Gambar 2.2** *Visual Analogue Scale for Anxiety (VAS-A)*

**Sumber:** Bloch & Hays (2009)

Berdasarkan penelitian Suparyani (2023) yang berjudul “Hubungan *Response time* Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Dengan Triase Merah Dan Kuning Di IGD RSUD Kota Tanjungpinang” dengan 55 responden menunjukkan bahwa tingkat kecemasan ringan sebanyak 43 responden (78.2%), dan tingkat kecemasan sedang keluarga pasien sebanyak 12 responden (21.8%). Desain penelitian ini adalah kuantitatif korelasional. Teknik *accidental sampling* digunakan untuk mendapatkan 55 responden data dianalisa menggunakan uji *chi square*. Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan rata-rata keluarga mengalami kecemasan ringan pada pasien dengan triase kuning. Hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan dalam pelaksanaan triase. Rata-rata keluarga pasien mengalami gelisah, tegang, takut dan khawatir saat pengisian kuesioner. Hal ini karena pengetahuan keluarga pasien tentang triase karena keluarga pasien merasa penyakit atau kondisi yang dialami oleh keluarganya yang sakit adalah suatu keadaan yang berbahaya dan perlu dilakukan penanganan segera. Berdasarkan triase yang dilakukan perawat bahwa pasien berada pada kondisi gawat namun tidak darurat

sehingga penanganannya berada pada tirase kuning dan penangannya terlebih dahulu mendahulukan pasien dengan triase warna merah.

Hasil penelitian lain menurut Sinurat (2024) dengan judul “Hubungan *Response time* Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Dalam Pelayanan Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Kota Tahun 2022” ditemukan dari 79 responden di kategori cemas ringan sebanyak 34 responden (43%), cemas sedang 28 responden (35,5%), dan kategori cemas berat sebanyak 17 responden (21,5%). tidak ada keluarga pasien yang di temukan mengatakan tidak cemas saat diberikan pelayanan. Berdasarkan metode penelitian dengan menggunakan deskriptif dengan software (SPSS) pengolah data dengan desain *cross-sectional*, pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling* dengan kriteria inklusif : keluarga pasien yang berusia 17- 55 tahun, keluarga pasien yang bisa membaca dan menulis, keluarga inti atau yang memiliki hubungan darah. Hasil penelitian tersebut bahwa kecemasan keluarga pasien disebabkan karena banyaknya pasien yang datang sehingga menyebabkan *response time* perawat lama dalam menangani pasien serta kurangnya informasi yang diberikan tenaga medis mengenai kesehatan pasien yang membuat keluarga merasa tidak pasti dan khawatir terhadap kondisi pasien yang mereka dampingi.

Hasil penelitian selanjutnya dari Kusuma (2022) yang berjudul Hubungan *Response time* Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Kategori Triase Hijau Di Igd Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian korelasional menggunakan *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang salah satu anggotanya berada di Triase Hijau di IGD RSJD Surakarta sebanyak 45 responden. Teknik pengambilan sampel *Purposive Sampling* sebanyak 40 responden. Pada penelitian ini telah dilakukan di Triase Hijau di IGD RSJD Surakarta pada bulan Juni - Juli 2022. Tingkat kecemasan pada triase hijau paling banyak adalah sebanyak 20 orang (48,8%). Hasil penelitian tersebut menunjukkan mayoritas memiliki kecemasan berat sama dengan penelitian Peni (2014) bahwa responden yang mengalami

tingkat kecemasan berat adalah sebanyak 10 orang responden (33,3%) dari seluruh jumlah responden. Pada kecemasan berat memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal. Kecemasan keluarga tersebut salah satunya disebabkan oleh pengetahuan yang baik tentang pelayanan di triase. Pasien dengan tingkat pengetahuan yang baik tentang triase cenderung lebih tenang dalam menghadapi proses perawatan yang akan dialami. Mereka mengetahui bagaimana volume pekerjaan dibagian tersebut sehingga mereka dapat memahaminya. Untuk menekan rasa cemas mereka biasanya melakukan koping sendiri diantaranya mendengarkan musik atau membaca doa sesuai dengan keyakinan mereka sendiri. Seseorang yang memiliki pendidikan rendah cenderung untuk khawatir dan cemas karena memiliki pengetahuan yang kurang tentang triage dan kesulitan menentukan koping yang baik untuk masalah tersebut. Kecemasan yang terjadi dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden yang mayoritas SD sehingga mayoritas responden mengalami kecemasan berat.

### **2.3. Hubungan *Response Time* dengan Kecemasan Keluarga Pasien di IGD**

Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Suparyani (2023), terdapat hubungan antara *response time* dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RSUD Kota Tanjung pinang. Berdasarkan hasil analisis uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *response time* dengan tingkat kecemasan keluarga pasien hasil  $p\text{-value}=0,000 < \alpha=0,05$  dengan demikian maka  $H_0$  ditolak  $H_a$  diterima, yang berarti ada hubungan *response time* dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RSUD Kota Tanjung pinang. Hubungan antara *response time* dengan tingkat kecemasan keluarga pasien sangatlah signifikan. Kecepatan dan ketepatan waktu dalam memberikan penanganan awal kepada pasien tidak hanya mencerminkan profesionalisme tenaga kesehatan, tetapi juga berdampak besar terhadap ketenangan batin keluarga pasien. Semakin cepat perawat memberikan respons terhadap kondisi pasien, maka akan semakin besar rasa percaya dan tenang yang dirasakan oleh keluarga. Sebaliknya, keterlambatan dalam *response time*, terlebih lagi jika tidak disertai dengan penjelasan yang memadai mengenai kondisi pasien dan proses triase yang dilakukan, dapat

menimbulkan kecemasan, kekhawatiran, bahkan kepanikan di kalangan keluarga pasien. Oleh karena itu, penting bagi institusi pelayanan kesehatan untuk memastikan ketersediaan tenaga medis yang kompeten dan komunikasi yang baik guna meminimalkan kecemasan yang dirasakan oleh keluarga pasien.

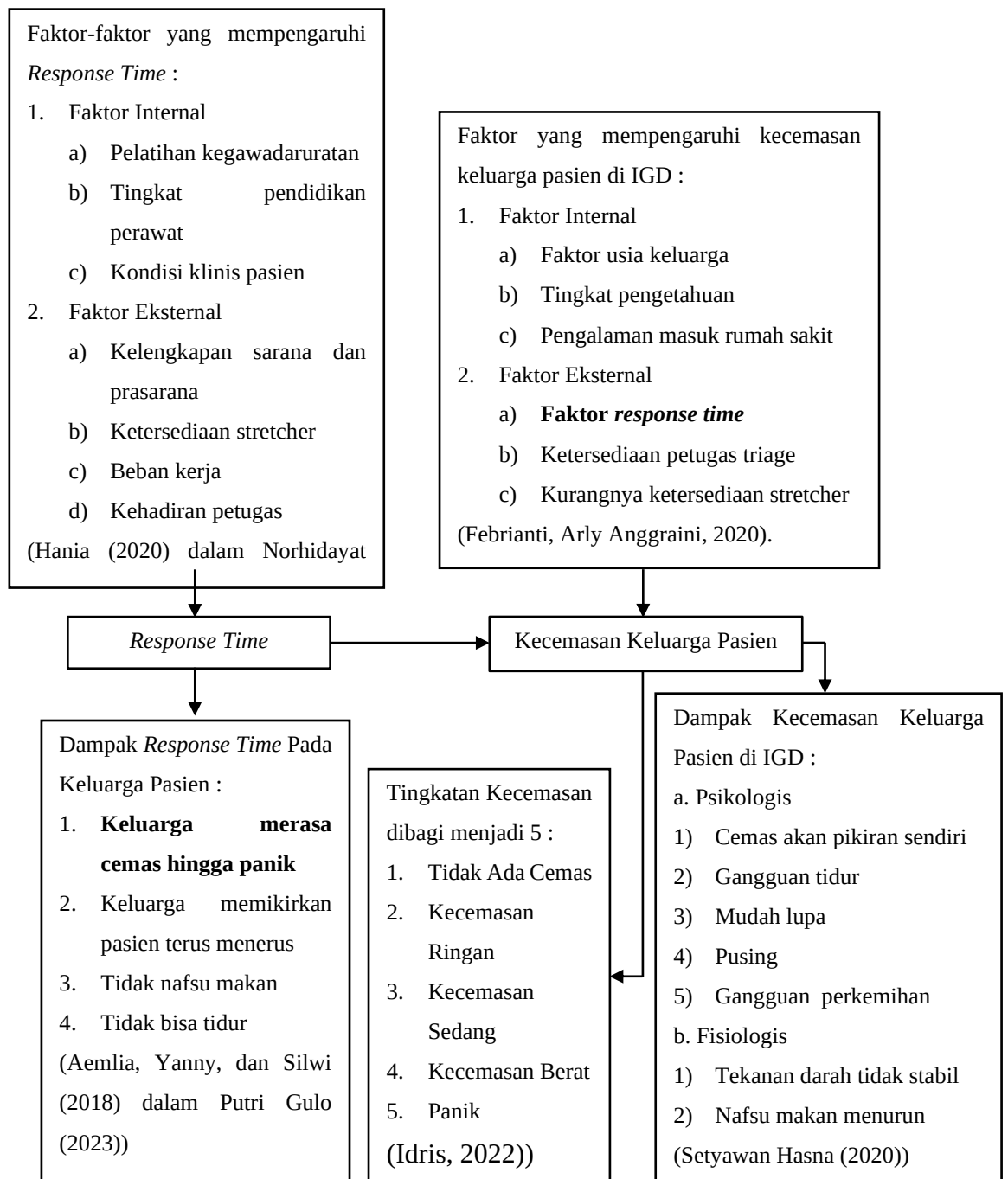
Penelitian Sutriningsih & Ardiyani (2024) didapatkan bahwa *response time* di IGD Puskesmas Dinoyo Kota Malang yang baik akan berdampak pada tingkat kecemasan pasien yang normal. Hasil uji analisis *chi-square test* didapatkan ada hubungan *response time* dengan kecemasan pasien di UGD Puskesmas Dinoyo Kota Malang dan nilai OR sebesar 16,5, artinya bahwa *response time* yang lama akan beresiko mengalami kecemasan dibandingkan dengan pasien yang mendapatkan *response time* yang cepat. Kecemasan keluarga pasien terjadi karena suasana di IGD yang penuh dan sibuk, pasien kritis dan banyaknya aktivitas medis yang tergesa-gesa, bisa menambah tekanan, dan rasa takut keluarga. Hal ini relevan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara waktu respon perawat dengan kecemasan keluarga pasien. Saran bagi peneliti selanjutnya adalah mengidentifikasi ketakutan keluarga pasien di unit gawat darurat berdasarkan tingkat kegawatdaruratan, metode pembayaran, dan dukungan keluarga.

Penelitian selanjutnya dilakukan oleh Anggraini & Febrianti (2020) dengan judul hubungan *response time* dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD Rumah Sakit DR.A.K Gani Palembang. Hasil analisis bivariat uji *Chi-Square* didapat p value (0,025), maka berdasarkan ketentuan karena nilai  $p \text{ value} \leq \alpha = 0,05$ , artinya ada hubungan *response time* dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit dr. A.K. Gani Palembang. Hasil penelitian ini didukung oleh teori bahwa intervensi keperawatan yang diberikan di ruang IGD dalam menyelamatkan jiwa dilakukan ketika keadaan fisiologis pasien terancam. Desain penelitian ini menggunakan metode survei analitik yaitu survei atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi dengan rancangan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara variabel dependen tingkat kecemasan keluarga pasien dengan variabel independen *response time* di Unit Gawat Darurat

Rumah Sakit Dr. A.K. Gani Palembang. Lama waktu tunggu tanpa kepastian dan tanpa tahu berapa lama lagi pasien akan ditangani membuat keluarga pasien merasa cemas dan tidak berdaya. Tingkat keparahan yang tidak dimengerti serta terkadang keluarga tidak memahami bahwa IGD menangani pasien berdasarkan Tingkat kegawatdaruratannya. Suatu tindakan medis menyelamatkan jiwa dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman integritas tubuh. Hasil penelitian ini juga didukung tindakan penanggulangan kegawatdaruratan selalu mengutamakan keselamatan pasien, dimana saat melakukan tindakan kegawatdaruratan perawat harus bertindak cepat dan akhirnya cenderung mengesampingkan kecemasan pasien maupun keluarga pasien

Penelitian lainya menurut Kusuma (2022) menunjukkan nilai p value 0,001 sehingga p value < 0,05 maka ada Hubungan *response time* dengan tingkat kecemasan keluarga pasien kategori triase hijau di IGD Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dengan nilai signifikan 0,00. Penelitian ini dilakukan di RSJD Surakarta dengan jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelasi dengan metode *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada keluarga pasien di IGD RSJD Surakarta dengan jumlah sampel 40 menggunakan teknik *Purposive sampling*. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan uji kolerasi *Kendall Tau*. Hasil penelitian menunjukkan uji *Kendall Tau* dengan nilai p value 0,001 sehingga ada hubungan *response time* dengan tingkat kecemasan keluarga pasien kategori triase hijau di IGD Rumah Sakit Jiwa Daerah. *Response time* yang cepat pada penanganan pasien membuat keluarga menjadi sedikit merasa tenang tetapi kurangnya informasi yang diterima oleh keluarga membuat beberapa keluarga merasa panik dan cemas. Keberhasilan *response time* sangat tergantung kepada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa pasien.

## 2.4. Kerangka Teori



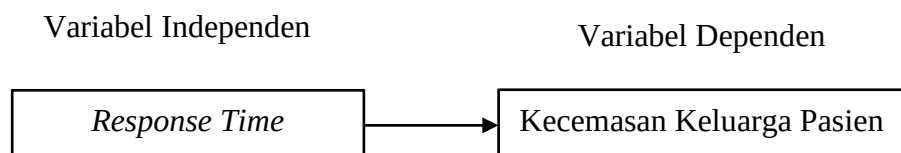
**Gambar 2.3** Kerangka Teori

**Sumber :** ( Hania (2020) dalam Norhidayat (2023) ; (Febrianti, Arly Anggraini (2020) ; (Aemlia, Yanny, dan Silwi (2018) dalam Putri Gulo (2023) ; (Idris, (2022) ; (Setyawan Hasnah (2020)



## 2.5. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep adalah representasi dari hubungan antara konsep-konsep yang digunakan dalam penelitian. Ini merupakan gambaran secara rinci mengenai apa yang akan diteliti, konsep-konsep yang digunakan, dan hubungan antar konsep tersebut. Kerangka konsep seringkali digambarkan dalam bentuk diagram yang menggambarkan hubungan antara variabel-variabel yang ada (Nonoatmodjo, 2018). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan variabel independen yaitu *response time* dan variabel dependen kecemasan keluarga pasien.



**Gambar 2.4** Kerangka Konsep

## 2.6. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, di mana rumusan masalah penelitian dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. Dikatakan sementara karena jawaban yang diberikan baru berdasarkan pada teori relevan dan belum dirasakan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data (Sugiyono, 2024)

Hipotesis penelitian ini adalah:

Ha : Ada hubungan *response time* dengan kecemasan keluarga pasien di IGD RSI PKU Muhammadiyah Tegal.

Ho : Tidak ada hubungan *response time* dengan kecemasan keluarga pasien di IGD RSI PKU Muhammadiyah Tegal.