

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

1. Definisi IGD

Ialah bagian penting rumah sakit berfungsi selaku pintu masuk utamanya bagi penderita yang memerlukan tindakan secepatnya. Di IGD dilakukan proses triage, yaitu Pengelompokan pasien berdasarkan tingkat kegawatan sebagai dasar dalam menentukan prioritas penanganan. Unit ini menuntut tenaga kesehatan, terutama perawat dan dokter, memiliki ketangkasan, keterampilan tinggi, serta kesiagaan penuh dalam memberikan pertolongan agar dapat mencegah kecacatan atau kematian pada pasien. Dengan demikian, IGD berperan sebagai lini terdepan pelayanan kesehatan rumah sakit yang menuntut kecepatan, ketepatan, dan profesionalisme tinggi dari seluruh tenaga medis yang bertugas (Maulida Nuzula Firdaus, 2023).

2. Fungsi IGD

IGD ialah pintu utama di rumahsakit. Menurut (Sholehah et al., 2025) ada beberapa fungsi dari ruangan IGD, yaitu :

a. Pintu Masuk Utama Pasien Gawat Darurat

IGD berfungsi sebagai pusat bagi pasien yang membutuhkan pertolongan segera untuk menjaga kelangsungan hidupnya.

b. Pelaksana Triage (Penentuan Prioritas Pasien)

IGD memiliki peran penting dalam melakukan *triage* — menilai tingkat kegawatan pasien agar penanganan dapat diberikan sesuai skala prioritas (darurat, sedang, ringan).

c. Pusat Penanganan Awal dan Stabilisasi Kondisi Pasien

IGD bertanggung jawab memberikan tindakan awal yang cepat dan tepat sebelum pasien dirujuk ke unit lain atau dirawat lebih lanjut.

d. Koordinasi dan Komunikasi dengan Keluarga Pasien

IGD berfungsi memberikan edukasi dan informasi kepada keluarga pasien agar memahami proses *triage* dan urutan penanganan, sehingga mengurangi kecemasan dan salah persepsi.

e. Peningkatan Kualitas Layanan Darurat Rumah Sakit

Dengan memberikan penanganan yang efektif dan edukasi yang baik, IGD turut meningkatkan mutu pelayanan serta kepuasan pasien terhadap rumah sakit.

f. Fungsi Edukatif bagi Masyarakat

Melalui kegiatan edukasi (poster, penyuluhan, dan sosialisasi), IGD membantu meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya sistem *triage* dan kesiapan menghadapi kondisi gawat darurat.

3. Klasifikasi pelayanan IGD

Berdasarkan pedoman Kemenkes dan praktik rumah sakit, sistem triage biasanya dibagi menjadi 4 kategori warna (Sholehah et al., 2025):

a. Merah (*Emergensi*)

Gawat darurat yang mengancam nyawa. Harus ditangani segera (misalnya henti napas, syok, perdarahan berat).

b. Kuning (*Urgensi*)

Gawat tidak mengancam nyawa langsung. Perlu pertolongan cepat setelah pasien prioritas merah stabil.

c. Hijau (*Non-Urgensi*)

Kondisi ringan atau stabil. Penanganan dapat ditunda, misalnya luka ringan atau demam ringan.

d. Hitam (*Expectant*)

Tidak ada tanda vital / meninggal. Pasien dengan kondisi fatal tanpa kemungkinan hidup.

4. Prinsip umum pelayanan di IGD

IGD ialah unit utama di rumahsakit menyediakan layanan medis selama 24 jam guna penderita berkondisi darurat. Prinsip dasar IGD menekankan pelayanan efisien, sesuai, dan teliti guna mencegah kematiannya dan catat, dengan moto "time saving is life saving". Adapun Prinsip Pelayanan IGD Menurut (Perdana Putri et al., 2023), yaitu sebagai berikut :

a. Pelayanan Cepat dan Tepat Waktu (*Responsiveness*)

IGD harus memberikan tindakan segera tanpa sistem antrean, karena prinsip utamanya adalah kecepatan dalam menyelamatkan nyawa. Pasien gawat darurat harus diprioritaskan berdasarkan

tingkat ancaman terhadap kehidupan, bukan urutan kedatangan. Prinsip ini mengacu pada triage system sesuai Permenkes No. 47 Tahun 2018.

b. Prinsip Triage dan Skala Prioritas

Pelayanan IGD menerapkan sistem triase, yaitu pengelompokan pasien berdasarkan tingkat kegawatan. Penentuan prioritas pasien dilakukan agar sumber daya medis dapat dimanfaatkan secara optimal untuk menyelamatkan pasien yang paling kritis terlebih dahulu

c. Kesiapsiagaan 24 Jam dan Ketersediaan Fasilitas Lengkap

Sebagai “ujung tombak” rumah sakit, IGD harus beroperasi tiap saat dengan kesiapan fasilitas, alat kesehatan, dan tenaga medis yang memadai. Hal ini menjadi indikator utama mutu pelayanan gawat darurat di rumah sakit kelas A seperti RSUD Dr. Saiful Anwar.

d. Koordinasi dan Komunikasi Efektif antar Tim

Layanan IGD menekankan pentingnya interaksi dan berkoordinasi antartenant kesehatan — dokter, perawat, dan PPDS (dokter pendidikan spesialis). Komunikasi yang baik menjamin kebijakan pelayanan dapat diterapkan secara seragam dan konsisten di seluruh tim IGD.

e. Kecukupan Sumber Daya (SDM, Fasilitas, dan Anggaran)

Prinsip pelayanan IGD juga menuntut terdapatnya ketersediaan ketenagakerjaan berkompeten, fasilitas medis memadai, dan

dukungan anggaran yang cukup agar kebijakan dapat dijalankan dengan efektif. Kekurangan salah satu aspek ini dapat menyebabkan keterlambatan pelayanan atau kondisi *overcrowding*.

- f. Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP) secara Konsisten Pelayanan IGD harus dilaksanakan mengikuti SOP yang baku dan jelas, mulai dari proses penerimaan pasien, triage, hingga stabilisasi dan rujukan. SOP ini menjamin pelayanan berjalan terstandar, aman, dan tidak diskriminatif.
- g. Profesionalisme dan Sikap Positif Petugas
Petugas IGD harus memiliki integritas, empati, serta dedikasi tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien gawat darurat. Sikap positif tenaga kesehatan terbukti mendukung keberhasilan implementasi kebijakan pelayanan darurat.
- h. Peningkatan dan Evaluasi Mutu Layanan Secara Berkelanjutan
Prinsip terakhir adalah evaluasi rutin terhadap mutu pelayanan, termasuk monitoring waktu tanggap, ketersediaan alat, dan kepuasan pasien. Evaluasi ini penting untuk memastikan implementasi kebijakan berjalan efektif dan sesuai standar Permenkes No. 47 Tahun 2018.

B. Waktu Tunggu (*Lenght Of Stay*)

1. Definisi Lenght Of Stay

Length of Stay (LOS), khususnya di Instalasi Gawat Darurat, didefinisikan selaku selang durasi antara penderita melakukan registrasi atau triase hingga secara fisik meninggalkan ruang IGD — baik untuk dirujuk ke ruang rawat inap, dipindahkan ke unit lain, maupun diperbolehkan pulang. Durasi LOS menjadi indikator penting mutu pelayanan rumah sakit, karena mencerminkan efisiensi, kinerja tenaga medis, dan efektivitas sistem penanganan pasien gawat darurat (Safira, 2025).

2. Jenis-Jenis Lenght Of Stay

LOS ialah durasi pasiennya tinggal di rumahsakit, khususnya di Instalasi Gawat Darurat (IGD), sejak pendaftaran hingga dipindahkan atau pulang. LOS menjadi indikator penting mutu pelayanan kesehatan yang mencerminkan lama perawatan pasien. Jenisjenis LOS di IGD mencakup waktu. Berikut beberapa waktu tersebut (Dewi et al., 2025) :

a. *Initial Response Time* (Waktu Tanggap Awal)

Merupakan waktu sejak pasien tiba di IGD hingga mendapatkan tindakan medis pertama. Tahap ini menggambarkan kecepatan petugas dalam memberikan penanganan awal, seperti stabilisasi kondisi dan pemeriksaan vital sign. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 100%

pasien memperoleh respon awal dalam waktu kurang dari 5 menit, menandakan pelayanan triase dan tindakan awal di IGD berjalan efektif.

b. *Obstetrician Consultation Response Time* (Waktu Tanggap Konsultasi Dokter Spesialis Obgyn)

Merupakan interval waktu sejak penanganan awal selesai hingga pasien mendapat konsultasi dari dokter spesialis kandungan (Obgyn). Tahap ini berperan penting dalam menentukan keputusan klinis lanjutan, seperti tindakan operasi atau rawat inap. Namun, penelitian menemukan bahwa sekitar 60,5% pasien mengalami keterlambatan pada tahap ini, yang menunjukkan keterbatasan tenaga spesialis atau beban kerja tinggi saat jam sibuk.

c. *Disposition Response Time* (Waktu Keputusan Disposisi Pasien)

Yaitu waktu yang dibutuhkan sejak pasien selesai dikonsultasikan hingga dibuat keputusan akhir apakah pasien dirujuk, dirawat inap, atau dipulangkan. Tahap ini terbukti memiliki pengaruh paling kuat terhadap total Length of Stay (LOS) di IGD. Korelasi statistik menunjukkan hubungan yang positif sempurna ($r=1,000$) antara kecepatan pengambilan keputusan disposisi dan durasi pasien tinggal di ruang gawat darurat. Dengan kata lain, semakin cepat proses disposisi dilakukan, semakin pendek waktu pasien berada di IGD.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu

Faktor LOS di IGD diklasifikasikan menjadi tiga kelompok inti,

yakni faktor masukan (input), proses (throughput), dan keluaran (output) (Safira, 2025) :

a. Faktor Input (*Input Factors*)

Merupakan tahap awal yang memengaruhi durasi pasien sejak pertama kali datang ke IGD. Komponen dalam faktor ini meliputi:

- 1) Kategori Triase Pasien: Tingkat kegawatan kondisi pasien; semakin gawat kondisinya, semakin banyak sumber daya dan waktu yang dibutuhkan.
- 2) Cara Kedatangan Pasien: Apakah pasien datang secara mandiri, diantar keluarga, atau melalui rujukan/ambulans. Pasien rujukan umumnya memiliki LOS lebih lama karena prosedur administrasi dan pemeriksaan lanjutan.
- 3) Waktu Kedatangan Pasien: Jam kedatangan pasien ke IGD (misalnya, shift pagi, siang, atau malam) memengaruhi panjangnya LOS, karena perbedaan beban kerja dan ketersediaan tenaga medis pada setiap shift.

b. Faktor *Throughput* (Proses Internal di IGD)

Merupakan proses pelayanan yang berlangsung selama pasien berada di IGD. Faktor ini mencakup:

- 1) Proses Pendaftaran: Tahapan administratif awal seperti pengisian data, pemeriksaan awal, dan input rekam medis.
- 2) Pemeriksaan Penunjang: Proses pemeriksaan laboratorium, radiologi, atau tes diagnostik lainnya yang menentukan keputusan

medis.

- 3) Waktu Konsultasi: Durasi antara pemeriksaan awal dengan penentuan keputusan medis akhir, termasuk konsultasi dengan dokter spesialis.
- 4) Jumlah Tenaga Medis: Banyaknya petugas kesehatan (dokter dan perawat) yang bertugas berpengaruh terhadap kecepatan pelayanan dan lamanya LOS.

c. Faktor *Output* (Faktor Akhir)

Tahapan terakhir yang menentukan berapa lama pasien tetap berada di IGD setelah penanganan awal selesai. Komponennya meliputi:

- 1) Disposisi Final (Final Disposition): Keputusan akhir mengenai tindak lanjut pasien, seperti rawat inap, dirujuk ke rumah sakit lain, pulang, atau meninggal dunia.
- 2) Proses transfer ke ruang rawat inap sering menjadi penyebab LOS panjang karena menunggu ketersediaan tempat tidur (*boarding time*).

4. Standart waktu tunggu pasien

Standar waktu tunggu di IGD tergolong tolak ukur utamanya pada meninjau kualitasnya layanan kesehatan kritis. Studi memperlihatkan bahwasanya waktu tunggu lebih lama dari standar ini bisa menaikkan cemasnya keluarga penderita dan mengurangi kepuasan terhadap pelayanan IGD. Dikarenakan itu, penataan durasi menunggu

berefisien sangatlah krusial supaya mengoptimalkan hasil jasa dan mengurangi beban psikologis pada keluarga pasien (Delinda & Nurhidayah, 2021). Berikut merupakan standart waktu tunggu pasien di IGD

a. Menurut jurnal (Novita et al., 2023) :

1) Waktu Triase

- a) Standar: ≤ 5 menit
- b) Makna: Pasien yang datang ke IGD harus segera dilakukan penilaian triase maksimal dalam waktu 5 menit untuk menentukan tingkat kegawatdaruratannya.
- c) Tujuan: Memastikan pasien kritis segera ditangani dan mengurangi risiko keterlambatan tindakan medis.

2) Waktu Konsultasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)

- a) Standar: < 2 jam (idealnya 15–30 menit)
- b) Makna: Setelah penilaian triase dan pemeriksaan awal, pasien harus segera mendapatkan konsultasi dengan dokter penanggung jawab (DPJP) agar keputusan klinis dapat diambil cepat.
- c) Tujuan: Mempercepat pengambilan keputusan dan menghindari perpanjangan waktu tunggu pasien di IGD.

3) Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Klinik

- a) Standar: ≤ 2 jam (menurut Depkes 2011) atau ≤ 140 menit (menurut Kepmenkes 129/2008)

- b) Makna: Proses pemeriksaan laboratorium dari pengambilan sampel hingga hasil keluar tidak boleh melebihi batas waktu tersebut.
 - c) Tujuan: Hasil laboratorium cepat tersedia agar diagnosis dan terapi bisa segera diberikan.
- 4) Waktu Tunggu Hasil Radiologi
- a) Standar: ≤ 3 jam
 - b) Makna: Pemeriksaan radiologi, seperti foto toraks, harus selesai dan hasilnya telah diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam waktu maksimal tiga jam.
 - c) Tujuan: Mendukung kecepatan diagnosa penunjang agar pasien segera mendapatkan keputusan perawatan.
- 5) Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi
- a) Standar: ≤ 60 menit
 - b) Makna: Pasien yang membutuhkan obat dari instalasi farmasi harus mendapatkannya paling lambat satu jam setelah resep diterima.
 - c) Tujuan: Menjamin kontinuitas pengobatan tanpa penundaan.
- 6) Waktu Tunggu Transfer Pasien
- a) Standar: ≤ 6 jam untuk keseluruhan pelayanan IGD
 - b) Makna: Total lama pasien berada di IGD tidak boleh melebihi batas waktu tersebut sebelum dipindahkan ke

ruangan perawatan inap, ruangan tindakan, ICU, ataupun unit lainnya.

- c) Tujuan: Mencegah penumpukan pasien (*overcrowding*) di IGD dan menjamin kelancaran alur pelayanan.

7) Waktu Registrasi Pasien

- a) Standar: Sesingkat mungkin (rata-rata ≤ 10 menit)
- b) Makna: Proses administrasi pendaftaran pasien dilakukan bersamaan dengan penanganan awal, agar tidak memperpanjang waktu tunggu.
- c) Tujuan: Memastikan pasien segera mendapat tindakan medis tanpa hambatan administratif.

b. Peraturan Menteri Kesehatan terbaru yang mengatur waktu tunggu di Unit Gawat Darurat (UGD) dan

IGD terdapat dalam dokumen-dokumen tahun 2024/2025, di antaranya:

- 1) Triase harus dilakukan dalam ≤ 5 menit setelah pasien datang.
- 2) Hasil pemeriksaan laboratorium harus keluar dalam waktu ≤ 2 jam.
- 3) Hasil pemeriksaan radiologi harus keluar dalam waktu ≤ 3 jam.
- 4) Waktu konsultasi dokter penanggung jawab pasien maksimal ≤ 2 jam.
- 5) Total waktu tunggu pelayanan di IGD idealnya ≤ 6 jam untuk memastikan efisiensi dan kualitas pelayanan. Selain itu,

pelayanan IGD harus dilakukan tanpa penundaan administrasi (no delay), dengan prinsip emergency first prioritizing keselamatan pasien di atas prosedur administratif, serta tanpa memungut uang muka saat penanganan darurat dimulai (Permenkes 2024, sumber: Jurnal dan pedoman Kemkes 2025).

5. Dampak waktu tunggu pasien

Dampak waktu tunggu pada keluarganya penderita di IGD cukup signifikan, khususnya dalam meningkatkan tingkat kecemasan dan menurunkan kepuasan terhadap pelayanan. Penelitian menunjukkan bahwa keluarga pasien yang menghadapi waktu tunggu yang lama di IGD cenderung mengalami tingkat kecemasan yang lebih tinggi akibat ketidakpastian mengenai kondisi pasien serta kurangnya informasi yang diperoleh selama menunggu. Selain itu, kondisi overcrowded di IGD sering kali menyebabkan ketidakakuratan triase dan keterlambatan penanganan, yang pada akhirnya menurunkan persepsi keluarga terhadap kualitas pelayanan rumah sakit. Dampak lain dari waktu tunggu yang lama meliputi rasa tidak nyaman, stres psikologis, dan potensi konflik antara keluarga pasien dengan petugas medis. Dengan demikian, pengelolaan waktu tunggu yang efektif penting tidak hanya untuk pasien, tetapi juga untuk mengurangi beban psikologis pada keluarga pasien dan meningkatkan kepuasan mereka terhadap pelayanan di IGD (Fitrianto et al., 2023).

C. Konsep kecemasan

1. Pengertian kecemasan

Ialah respon psikologis diperlihatkan oleh rasa gelisah, takut, dan khawatir bersifat subjektif dan dapat diiringi oleh gejala fisiologis semacam naiknya denyut jantung dan tegangnya perototan. Gangguan kecemasan termasuk masalah yang cukup umum, dan tanpanya tindakan sesuai, situasi ini bisa meningkatkan risiko gangguan kesehatan lain, baik fisik maupun mental (Sugion et al., 2020).

2. Macam-macam gangguan kecemasan

Ialah kendala cemas secara umum (kemenkes RI, 2024):

a. Gangguan Kecemasan Umum (*Generalized Anxiety Disorder/GAD*). Merupakan situasi diperlihatkan rasa khawatir secara berlebih dan berlangsung dalam jangka waktu panjang terhadap berbagai aspek aktivitas harian tanpa penyebab secara jelas. Kasus ini dapat ditandai dengan gangguan tidur, mudah mengalami kelelahan, kesulitan berkonsentrasi, serta munculnya ketegangan fisik.

b. Gangguan Panik (*Panic Disorder*)

Kondisi ini diindikasikan terdapatnya serangan panik secara spontan dan intens, yang disertainya kendala fisik semacam jantung berdebar, kesulitan bernapas, serta rasa takut akan kematian, meskipun tanpa pemicu nyata. Serangan ini bisa terjadi berulang

dan membuat penderitanya menghindari situasi tertentu.

c. Fobia Spesifik (*Specific Phobias*)

Takut berlebih pada objek, situasi, ataupun aktivitas khusus yang sebenarnya tidak berbahaya, misalnya takut hewan, ketinggian, atau ruang tertutup. Kondisi ini membatasi aktivitas penderitanya secara signifikan.

d. Gangguan Kecemasan Sosial (*Social Anxiety Disorder*)

Takut berlebih pada evaluasi negatif dari orang dalam situasi sosial yang menyebabkan penghindaran interaksi sosial, rasa malu yang parah, dan kecemasan yang mengganggu kehidupan sehari-hari.

e. Gangguan Stres Pascatrauma (*Post-Traumatic Stress Disorder /PTSD*)

Situasi ini dapat datang setelah seseorang menghadapi ataupun menyaksikan kegiatan traumatis, seperti kecelakaan, tindakan kekerasan, maupun bencana alam. Gejalanya termasuk kilas balik trauma, bermimpi buruk, dan cemas tinggi mengenai kejadian itu.

f. *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD)

Kondisi ini diperlihatkan oleh munculnya pikiran berulang dan mengganggu, serta dorongan untuk melakukan perilaku tertentu secara berulang sebagai upaya mengurangi kecemasan. Gangguan ini mengganggu fungsi sosial dan pekerjaan penderitanya.

3. Faktor-faktor gangguan kecemasan

Berikut adalah faktor-faktor yang memengaruhi kecemasan secara umum (Khalizah et al., 2022)

a. Faktor Genetik

Riwayat keluarganya bergangguan cemas bisa menaikkan bahaya mengalami gangguan serupa pada orang. Kecemasan dapat diturunkan dalam keluarga melalui faktor genetik. Studi menunjukkan bahwa antara 30% hingga 40% risiko gangguan kecemasan berasal dari faktor herediter. Faktor genetik mempengaruhi cara otak mengatur neurotransmitter seperti serotonin dan GABA yang berperan dalam pengendalian kecemasan

b. Faktor Demografi

Gender (perempuan lebih rentan), umur, perkawinan, dan sosial ekonomi berperan dalam kecemasan.

c. Faktor Psikologis

Konflik emosional, stres akibat peristiwa traumatik, frustrasi, kurangnya pemahaman, serta sifat kepribadian seperti perfeksionisme dan neurotisme. Sifat kepribadian tertentu seperti perfeksionisme, neurotisme, atau kurangnya keterampilan coping dapat meningkatkan risiko kecemasan. Konflik internal, ketakutan irasional, dan pola pikir negatif juga berperan dalam perkembangan gangguan kecemasan.

d. Faktor Lingkungan

Lingkungan yang tidak stabil, tekanan pekerjaan, bullying, kurangnya dukungan sosial, dan masalah keluarga dapat meningkatkan stres dan kecemasan. lingkungan yang penuh tekanan, seperti pengalaman traumatis, kekerasan, bullying, atau stres berkepanjangan, dapat memicu atau memperburuk kecemasan. Ketidakharmonisan dalam keluarga, tekanan sosial, dan perubahan besar dalam kehidupan juga berkontribusi dalam munculnya gangguan kecemasan

e. Faktor Medis dan Fisik

Penyakit kronis, gangguan fisik, efek samping obat, dan kondisi kesehatan yang menurun berkontribusi terhadap kecemasan. Gangguan fisik yang kronis, efek samping obat, trauma kepala, atau ketidakseimbangan kimia otak dapat menyebabkan atau memperparah kecemasan. Kondisi medis tertentu seperti gangguan tiroid juga diketahui dapat mempengaruhi respons kecemasan.

f. Faktor Kebiasaan dan Zat Tertentu

Konsumsi kafein, alkohol, narkoba, dan kurang tidur dapat memperburuk kecemasan. Konsumsi zat stimulan seperti kafein, penggunaan narkoba atau alkohol, serta pola tidur yang buruk dapat memicu atau memperburuk kecemasan pada individu

g. Faktor Sosial dan Perkembangan

Tekanan hidup, masalah keuangan, perubahan sosial, dan tuntutan akademik atau pekerjaan menjadi pemicu kecemasan. Tekanan ekonomi, masalah pekerjaan, kesepian, dan kurangnya dukungan sosial merupakan faktor penting yang dapat meningkatkan kejadian kecemasan. Status sosial, pengangguran, dan ketidakpastian masa depan juga menjadi pemicu utama kecemasan.

4. Gejala-gejala gangguan kecemasan

Kendala cemas diperlihatkan beragam gejala mencerminkan ketidakseimbangan psikologis dan fisiologis yang berdampak pada fungsi sehari-hari individu. Secara psikologis dan fisiologis, yaitu sebagai berikut (Khalizah et al., 2022) :

- a. Secara psikologis, penderita mengalami perasaan cemas, kekhawatiran berlebihan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan rasa khawatir yang terus menerus mengenai berbagai aspek kehidupan. Kondisi ini sering disertai dengan gangguan tidur, kesulitan berkonsentrasi, dan ketakutan yang tidak proporsional dibandingkan situasi yang dihadapi.
- b. Secara fisiologis, gangguan kecemasan memunculkan gejala seperti peningkatan denyut jantung, keringat berlebih, getaran tangan, ketegangan otot, dan sensasi sesak napas. Gejala ini bisa muncul secara episodik atau menetap, dan dalam beberapa kasus dapat menyebabkan gangguan perilaku yang signifikan,

termasuk penghindaran situasi tertentu dan gangguan sosial. Intensitas dan frekuensi gejala memiliki variasi yang luas bergantung pada jenis gangguan kecemasan yang dialami. Penanganan yang tepat sangat penting untuk mencegah dampak negatif yang lebih luas pada kesehatan mental dan kualitas hidup individu.

5. Tingkat gangguan kecemasan

Tingkat kecemasan merupakan salah satu aspek penting dalam memahami dampak psikologis dari gangguan kecemasan. Kecemasan tidak selalu bersifat patologis dan bisa beragam dari tingkatan ringan yang cenderung adaptif sampai tingkat berat mengganggu fungsi normal seseorang. Dalam kajian medis dan psikologis, kecemasan diklasifikasikan dalam beberapa tingkatan yang menggambarkan intensitas dan dampaknya pada individu. (Farrasia et al., 2023). Menurut Pasaribu dalam (Chrisnawati & Aldino, 2020).

a. Tingkat kecemasan dalam skala HARS meliputi :

a) Tidak mengalami kecemasan

Individu yang tidak mengalami kecemasan berada dalam kondisi emosional yang stabil, mampu berpikir jernih, dan merespons situasi secara rasional. Aktivitas sehari-hari dapat dijalankan tanpa gangguan, dengan fungsi sosial yang baik dan mekanisme koping yang bekerja secara efektif. Kondisi ini mencerminkan kesejahteraan psikologis

yang berada dalam batas normal.

b) Kecemasan ringan

Ansietas ringan muncul sebagai respons terhadap tekanan kehidupan sehari-hari. Pada tahap ini individu berada dalam kondisi waspada dengan perluasan bidang persepsi. Kemampuan untuk melihat, mendengar, serta memahami informasi meningkat dibandingkan keadaan normal. Tingkatan kecemasan ini dapat mendorong motivasi belajar, meningkatkan pertumbuhan pribadi, serta memfasilitasi kreativitas.

c) Kecemasan sedang

Pada tingkatan ini, pusat individu menyempit sehingga sekedar memusatkan perhatian aspek-aspek dianggap penting. Persepsi visual maupun auditory menurun dan beberapa stimulus dapat terabaikan. Meski demikian, orang kerap bisa mengikuti instruksi jika disajikan pedoman secara jelas.

d) Kecemasan berat

Ansietas berat ditandai dengan penurunan tajam dalam kapasitas persepsi. Individu lebih terpaku pada detail tertentu dan sulit mempertimbangkan hal lain di luar fokus tersebut. Hampir semua tindakan diarahkannya guna mereduksi kecemasan, dan orang memerlukan

bimbingan intensif guna menggeser perhatian ke aspek lainnya.

b. Menurut jurnal

Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Ilahi & Aulia, 2021), tingkat kecemasan selanjutnya dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu tidak cemas dan cemas. Kategori tidak cemas ditetapkan pada skor <14 , sedangkan kategori cemas ditetapkan pada skor ≥ 14 . Pengelompokan tersebut dilakukan dengan menggabungkan seluruh tingkat kecemasan, mulai dari kecemasan ringan hingga kecemasan sangat berat, ke dalam satu kelompok cemas. Pengelompokan menjadi dua kategori ini digunakan untuk mempermudah keterkaitan waktu tunggu dan tingkatan kecemasan keluarganya penderita di IGD.

6. Penanganan kecemasan

Penanganan gangguan kecemasan melibatkan berbagai metode yang dirancang untuk mengurangi gejala dan meningkatkan fungsi psikososial individu. Strategi intervensi ini mencakup pendekatan psikologis, farmakologis, serta teknik relaksasi dan terapi pendukung lainnya yang terbukti efektif secara klinis. Dalam konteks manajemen gangguan kecemasan, kombinasi dari berbagai pendekatan dapat memberikan hasil yang optimal dengan menyesuaikan kebutuhan dan kondisi pasien secara individual. Berikut beberapa metode utama yang biasa digunakan dalam penanganan kecemasan berdasarkan hasil

kajian jurnal akademik terbaru:

a. Terapi Perilaku Kognitif (Cognitive Behavioral Therapy/ CBT)

Terapi ini pelatihan dalam mengenali dan mengubah pola pikir negatif, teknik relaksasi otot progresif, serta strategi coping yang adaptif. CBT telah terbukti secara signifikan mengurangi kecemasan dan meningkatkan kesiapan individu menghadapi stressor (Ramadinah et al., 2025).

b. Terapi Farmakologis

Penggunaan obat-obatan seperti benzodiazepin, antidepresan, dan beta-blocker sering direkomendasikan untuk mengelola gejala kecemasan moderat hingga berat. Obat ini harus diberikan dengan pengawasan medis ketat untuk menghindari efek samping dan ketergantungan (Wijaya et al., 2023).

c. Teknik Relaksasi dan Meditasi

Pendekatan seperti latihan pernapasan dalam, meditasi mindfulness, terapi relaksasi progresif, dan terapi tertawa dapat membantu menurunkan aktivitas sistem saraf simpatetik, menenangkan pikiran, dan mengurangi respons cemas (Setiawati et al., 2024).

d. Terapi Seni dan Kreatif

Melalui terapi musik, mewarnai mandala, atau aktivitas seni lainnya, pasien dapat mengekspresikan emosi dan mengalihkan fokus dari kecemasan, yang berdampak menurunkan tingkat stress

(Aninda Cahya Savitri & Luh Indah Desira Swandi, 2023).

e. Self-Healing dan Terapi Spiritual

Pendekatan penyembuhan diri melalui teknik introspeksi, meditasi dzikir, atau aktivitas spiritual lainnya efektif untuk menenangkan pikiran dan memberikan ketenangan batin pada pasien yang mengalami kecemasan (Widyastuti et al., 2022).

f. Terapi Kelompok dan Dukungan Sosial

Pendekatan sosial dengan dukungan kelompok dan konseling dapat membina kemampuan beradaptasi dan mengurangi rasa kesepian atau isolasi yang memperparah kecemasan (Ramadinah et al., 2025).

7. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada keluarga pasien di IGD

Ialah aspek mendampakkan tingkatan cemas keluarganya penderita di IGD (Merliyanti et al., 2024) :

a. Lamanya Waktu Tunggu (Length of Stay)

Waktu tunggu yang lama sering menyebabkan meningkatnya rasa cemas dan kekhawatiran keluarga terhadap kondisi pasien. Ketidakpastian waktu penyelesaian dan kecemasan akan kesehatan pasien menjadi faktor utama mendampakkan tingkatan cemas keluarganya.

b. Status Triase Pasien

Klasifikasi triase yang menunjukkan tingkat urgensi kondisi pasien

sangat berkaitan tingkatan cemas keluarganya. Pasien dengan triase gawat darurat cenderung menimbulkan kecemasan berat pada keluarga karena kekhawatiran terhadap kondisi kritis dan prognosis pasien.

c. Respon Time (Waktu Tanggap)

Respon cepat dari tenaga medis bisa meredakan kecemasan keluarga. Sebaliknya, lambatnya respon atau keterlambatan dalam penanganan dapat meningkatkan ketegangan dan kekhawatiran terhadap keselamatan pasien.

d. Faktor Sosial dan Dukungan Keluarga

Adanya dukungan emosi, perhatian dari keluarga dan lingkungan sosial dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan. Kurangnya perhatian dan dukungan emosional dari keluarga besar memperburuk kecemasan keluarga saat menunggu di IGD.

e. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman buruk sebelumnya terkait pelayanan medis atau kondisi kesehatan juga meningkatkan kecemasan keluarga. Ketakutan terhadap kemungkinan kejadian buruk menyebabkan kecemasan meningkat secara signifikan.

f. Lingkungan IGD

Keadaan fisik dan suasana ruang IGD, termasuk kepadatan dan kebisingan, dapat memperparah kecemasan keluarga yang sedang menunggu. Lingkungan yang tidak kondusif menyebabkan

ketidakpastian dan kekhawatiran bertambah.

g. Faktor Ekonomi

Tekanan ekonomi keluarga, biaya perawatan, dan kekhawatiran terhadap biaya pengobatan turut berkontribusi terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien IGD.

h. Informasi yang Tidak Jelas dan Kurang Transparan

Kurangnya komunikasi informatif dari petugas medis seringkali memperburuk persepsi dan meningkatkan tingkat kecemasan keluarga. Keterbatasan informasi tentang kondisi pasien memicu perasaan tidak tahu dan takut.

Pengaruh dari faktor-faktor tersebut bersifat saling berkaitan dan secara umum mempengaruhi tingkat ketegangan emosional keluarga saat menunggu di IGD, sehingga penanganan yang efektif harus mengedepankan komunikasi yang jelas dan penanganan cepat dari tenaga medis.

D. Konsep keluarga

1. Pengertian keluarga

Keluarga tergolong sebagai institusi bersifat universal dan dibangun atas dasar ikatan emosional antar anggotanya. Keluarga memiliki karakteristik tertentu dalam proses pembentukannya serta memiliki batasan ruang lingkup yang jelas. Dalam struktur sosial, keluarga menempati posisi sebagai unit inti yang keberadaannya diatur oleh norma dan aturan sosial. Selain itu, keluarga memiliki sifat relatif

permanen, namun dalam kondisi tertentu juga dapat mengalami perubahan sehingga bersifat sementara. Struktur keluarga sendiri dipahami sebagai seperangkat aturan dan prinsip yang mengatur pola interaksi antar anggota keluarga dalam menjalankan peran dan fungsinya (Arslan 2023).

2. Bentuk keluarga

Menurut (Tanjung and Kadarisman 2024) bentuk-bentuk keluarga dibagi menjadi :

a. Keluarga inti

Keluarga inti adalah wujud keluarga terbagi ayah, ibu, dan anak yang berada serumah. Struktur keluarga ini umum ditemukan dalam kehidupan masyarakat modern dan sering menjadi dasar dalam pembahasan mengenai kesehatan keluarga.

b. Keluarga besar

Ialah keluarga yang melibatkan anggota keluarga lainnya memiliki keterikatan darah, seperti kakek, nenek, paman, bibi, dan kerabat lainnya, baik yang tinggal serumah maupun memiliki keterikatan yang kuat dalam satu sistem keluarga.

c. Keluarga berorang tua tunggal

Ialah keluarga diasuh oleh satu orang tuanya saja, ayah ataupun ibu, diakibatkan cerai, matinya pasangan, atau sebab lain. Keberadaan bentuk keluarga ini semakin meningkat seiring perubahan sosial dalam masyarakat modern.

d. Keluarga campuran

Keluarga campuran terbentuk melalui pernikahan kembali, di mana salah satu atau kedua pasangan telah memiliki anak dari hubungan sebelumnya, sehingga tercipta struktur keluarga dengan latar belakang anggota yang beragam.

e. Keluarga multigenerasi

Keluarga multigenerasi merupakan keluarga terbagi atas lebih dari dua generasi tinggal bersama pada satu tempat tinggal, semacam kakek-nenek, orangtua, dan anak. Struktural ini banyak ditemukan dalam budaya yang menjunjung nilai kebersamaan dan memiliki pola interaksi antar generasi yang khas.

3. Tugas keluarga

Kemampuan keluarga dalam menjalankan peran asuhan kesehatan bisa terlihat pelaksanaan lima tugasnya keluarga di kesehatan (Mulia 2024) :

a. Mengetahui Masalah Kesehatan Keluarga

Tugas pertama keluarga adalah mampu mengidentifikasi dan memahami persoalan kesehatan anggota keluarganya. Menarik ketetapan tindakan kesehatan sesuai. Keluarga harus mampu menentukan tindakan yang sesuai ketika anggota keluarga mengalami kendala kesehatan.

b. Merawat Anggota Keluarga yang Sakit

Perawatan langsung terhadap komponen keluarga menghadapi

persoalan kesehatan merupakan tugas utama keluarga.

c. Memberikan dukungan emosional.

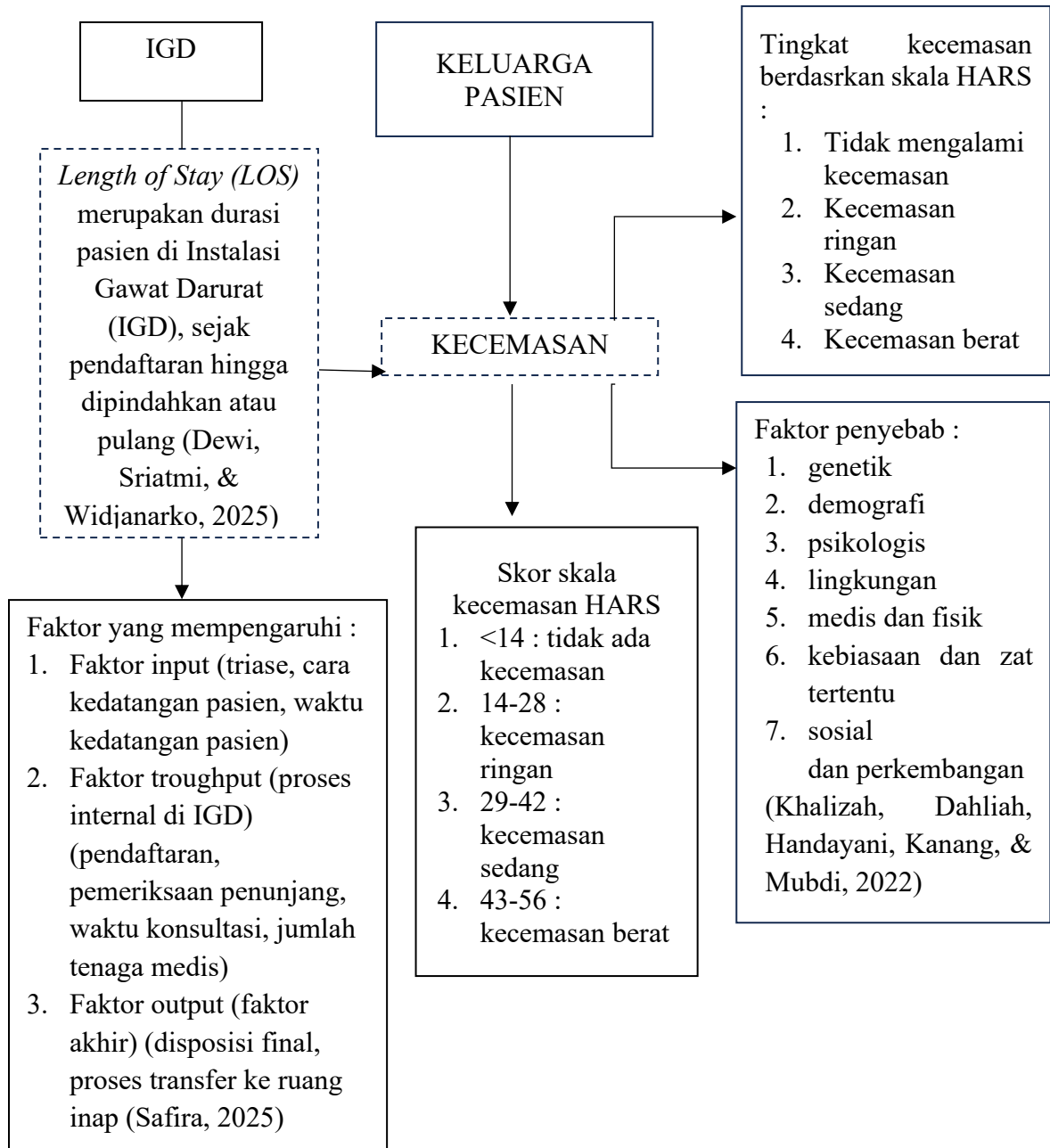
Dukungan keluarga terbukti membantu pasien merasa lebih tenang dan termotivasi dalam menjalani perawatan.

d. Memodifikasi Lingkungan untuk Menunjang Kesehatan

Keluarga juga bertanggung jawab menciptakan lingkungan rumah yang mendukung kesehatan.

e. Memanfaatkan Sarana Pelayanan Kesehatan kemampuan keluarga dalam menerapkan fasilitas kesehatan yang tersedia. Pemanfaatan layanan kesehatan membantu proses pencegahan dan pengendalian penyakit menjadi lebih optimal.

E. Kerangka teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

