

**HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG TRIASE DENGAN
TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN DI IGD
RS SOEROJO MAGELANG**

SKRIPSI



MUHAMAD FERI KHUSAENI
24.0603.0056

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (SI)
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2025**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2018), Rumah sakit merupakan suatu organisasi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan individual secara lengkap yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Salah satu pengukuran layanan penanganan sebagai standar tindakan penanganan untuk melayani pasien menurut Keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, Kementrian Kesehatan RI Nomor : HK.02.03/I/2630/2016 yaitu ukuran yang relatif singkat yang segera dilakukan tindakan diruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang kurang dari 120 menit yaitu saat pasien datang, dari mulai mengurus kebutuhan administrasi dahulu kemudian baru dilakukan pemeriksaan dan tindakan.

Menurut Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2022 dalam Merliyanti, 2024) di Indonesia data kunjungan pasien ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) pada Tahun 2020 sebanyak 8.597.000 (15,5% dari total seluruh kunjungan) jumlah Rumah Sakit Umum sebanyak 2.247 dan Rumah Sakit Khusus sebanyak 587 dari total 2.834 Rumah sakit, pada tahun 2021 sebanyak 10.124.000 jiwa (18,2% dari total kunjungan pasien di rumah sakit. Sedangkan pada tahun 2022 data kunjungan pasien ke IGD di seluruh Indonesia mencapai 16.712.000 jiwa (28,2% dari total kunjungan pasien di rumah sakit).

Meningkatnya akses masyarakat terhadap layanan gawat darurat berbanding lurus dengan peningkatan jumlah kunjungan pasien sehingga menyebabkan ruang gawat darurat kelebihan beban atau penuh dengan segala konsekuensinya dan menjadi masalah kedaruratan nasional dan internasional (Kundiman et.al,2019). Karena tingginya jumlah kunjungan di IGD maka diperlukan suatu sistem yang dapat melakukan dan mencegah pasien tidak tertolong atau

meninggal karena tidak memperoleh pertolongan dengan cepat. Sistem ini menggunakan Triase (Huzaiiffah, 2020). Di IGD RS Soerojo Magelang sendiri menggunakan triase ATS (*Australasian Triage Scale*).

Kondisi kegawatan menimbulkan gangguan psikologis pada pasien dan keluarga. Keluarga pasien dirumah sakit sering kali mengalami gangguan psikologis, sehingga mereka membutuhkan informasi, dukungan dan kenyamanan. Karena perawat tidak memiliki banyak waktu untuk keluarga, keluarga sering terabaikan. karena fenomena seperti ini, keluarga pasien di IGD mengalami masalah yang menyebabkan kecemasan yang menyebabkan mereka bertanya, gelisah, keluar masuk ruangan, dan berpikir tentang perilaku atau perasaan yang tidak normal. Di RS Soerojo sendiri, keluarga pasien mengatakan sudah bingung mau di beri obat apa, dan menganggap kondisi keluarga mereka gawat darurat menurut mereka dan minta didahulukan untuk dilayani dan sering menimbulkan komplain.

Kecemasan dalam keluarga, terutama dalam keluarga yang memiliki anggota keluarga yang dirawat di rumah sakit, adalah salah satu jenis gangguan terpenuhinya kebutuhan emosional individu yang tidak adekuat. Kondisi tersebut tentu akan membawa dampak yang buruk karena jika kecemasan keluarga tidak dapat ditangani dengan baik, kecemasan pasien akan meningkat. Ini disebabkan oleh fakta bahwa keluarga memainkan peran penting dalam mendukung proses kesembuhan pasien yang menderita penyakit (Noerva et al, 2023). Kecemasan meningkat drastis pada tahun 2021 dari 53,2 juta menjadi 76,2 juta kasus kecemasan dengan 51,8 juta kasus dialami oleh wanita dan 24,4 juta kasus dialami oleh pria (*World Health Organization*, 2021).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari (2023) terkait kecemasan keluarga pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) menunjukkan bahwa 79,3% responden mengalami cemas sedang, salah satu bentuk gangguan terpenuhinya kebutuhan emosional individu yang tidak adekuat adalah kecemasan di dalam keluarga,

terutama keluarga yang memiliki anggota keluarga yang dirawat di rumah sakit. Kondisi gangguan ini akan mempengaruhi perubahan suasana hati atau perasaan keluarga tersebut. Banyak pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD), yang memungkinkan terjadinya keluhan dari keluarga terkait dengan layanan. Oleh karena itu, diperlukan manajemen triase yang merupakan sistem yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk memilih atau mengkategorikan pasien berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya.

Salah satu cara untuk meminimalisir yaitu kondisi keluarga pasien dalam kondisi tenang/ tidak cemas. Keluarga pasien yang memahami triase dan tahu bagaimana sistemnya akan merasa lebih tenang dan bisa mengurangi atau mengendalikan kecemasannya, Keluarga pun akan tahu bahwa pasien yang lebih prioritas, akan mendapatkan perawatan terlebih dahulu, dan cenderung lebih menerima jika harus menunggu (Purwacaraka, 2022). Fenomena yang sering terjadi di IGD terkait pelaksanaan triase adalah kecemasan keluarga pasien tentang penanganan gawat darurat. Kurangnya informasi yang diketahui keluarga pasien tentang triase dan standar operasional dalam kegawatdaruratan di IGD terkadang menimbulkan anggapan yang salah bahwa penanganan yang dilakukan terhadap keluarganya tidak cepat dan tepat waktu sehingga menyebabkan timbulnya kekhawatiran akan kesehatan dan keselamatan nyawa pasien (Masitah, 2023).

Kecemasan adalah keadaan psikologis dimana seseorang merasa takut dan khawatir disertai dengan beberapa gejala fisik seperti denyut jantung lebih tinggi, frekuensi nafas yang berbeda, dan perubahan tekanan darah (Purwacaraka, 2022). Kecemasan, terutama pada keluarga yang anggota keluarganya dirawat di rumah sakit, terutama di Instalasi Gawat Darurat (IGD), menghambat terpenuhinya kebutuhan emosional mereka. Jika kecemasan keluarga tidak dapat diatasi dengan baik, kecemasan pasien akan meningkat. Ini karena keluarga adalah sumber utama dukungan untuk kesembuhan pasien saat sakit (Anggraini, 2020).

Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Alda (2024) menyimpulkan memiliki keeratan hubungan yang kuat antara pengetahuan triase dan Tingkat kecemasan keluarga pasien. Namun hasil penelitian yang dilakukan oleh Manitu (2023) disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan triase dan tingkat kecemasan keluarga pasien. Berdasarkan hasil studi pendahuluan serta ketidakseragaman hasil studi penelitian yang pernah dilakukan, menjadi alasan ketertarikan peneliti untuk meneliti “Hubungan Pengetahuan Tentang Triase Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di IGD RS Soerojo Magelang”. Karena selain memiliki pelayanan kegawatdaruratan yang kompleks juga belum ada penelitian serupa yang pernah dilakukan di IGD Soerojo Hospital sebelumnya.

B. Rumusan Masalah

Di Instalasi Gawat Darurat, triase menentukan beberapa nilai atau prioritas penanganan pasien. Seiring dengan meningkatnya jumlah kunjungan pasien, pada kondisi kegawatan seringkali menimbulkan gangguan psikologis baik pada pasien ataupun keluarga. Keluarga pasien di IGD biasanya mengalami masalah yang menyebabkan kecemasan yang menyebabkan mereka sering bertanya, gelisah, keluar masuk ruangan, dan berpikir tentang perilaku atau perasaan yang tidak normal. Dan sering kali keluarga pasien mengatakan sudah bingung mau di beri obat apa, sehingga menganggap kondisi keluarga mereka gawat darurat menurut mereka dan minta didahukan untuk dilayani dan sering menimbulkan komplain. Maka, dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: “Apakah terdapat hubungan pengetahuan tentang triase terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RS Soerojo Magelang?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang triase terhadap Tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RS Soerojo Magelang.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga terkait triase di IGD RS Soerojo Magelang.
- b. Mengetahui tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RS Soerojo Magelang.
- c. Menganalisis hubungan pengetahuan triase terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RS Soerojo Magelang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat mendukung penelitian terdahulu untuk membuktikan bahwa pengetahuan tentang triase berhubungan signifikan dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang berada di ruang IGD sehingga dapat digunakan sebagai data dasar untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan pengetahuan tentang triase dan tingkat kecemasan keluarga pasien

2. Manfaat praktis

a. Bagi Rumah sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan untuk pengembangan keilmuan perawat dan meningkatkan mutu layanan di Instalasi Gawat Darurat RS Soerojo Magelang.

b. Bagi perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan atau pertimbangan bagi perawat dalam hal menerapkan asuhan keperawatan bukan hanya kepada masalah fisik saja, melainkan mencakup psikososial pasien dan keluarga, sehingga dapat meningkatkan efektivitas pemberian asuhan keperawatan dan menjadikan pelayanan menjadi lebih baik lagi.

c. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya mengenai kecemasan keluarga pasien terkait pelaksanaan triase.

E. Target Luaran

Target luaran penulisan skripsi ini yaitu berupa publikasi artikel ilmiah pada jurnal nasional terakreditasi yaitu *Journal of Holistic Nursing Science* (<http://journal.unimma.ac.id/index.php/nursing>).

F. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Nama	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan
1	Alda Nur Amelia (2024)	Hubungan Pengetahuan Triase Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran	Penelitian ini menggunakan jenis <i>penelitian kuantitatif korelasional, cross sectional</i> . menggunakan metode <i>consecutive sampling</i> , sebanyak 160 responden, kuesioner triase dan kuesioner DAAS(<i>Depression Anxiety Stress Scale</i>)	Ada hubungan pengetahuan triase terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran.	Lokasi pengambilan data, metode pengambilan data dengan <i>probability sampling</i> jenis <i>simple random sampling</i> , kuesioner kecemasan menggunakan <i>State Anxiety Inventory</i>
2	Indrawan Manitu (2023)	Hubungan Pengetahuan Keluarga Tentang Triase Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga di Instalasi Gawat Darurat RSUD Poso	Penelitian ini menggunakan desain penelitian <i>Analitik</i> dengan pendekatan <i>Cross Sectional</i> , dengan metode <i>purposive sampling</i> , sebanyak 58 responden, kuesioner triase dan kuesioner HARS-A (<i>Hamilton Rating Scale for Anxiety</i>)	tidak ada hubungan pengetahuan keluarga tentang triase terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RSUD Poso	Lokasi pengambilan data, metode pengambilan data dengan <i>probability sampling</i> jenis <i>simple random sampling</i> , kuesioner triase dan kuesioner kecemasan menggunakan <i>State Anxiety Inventory</i>
3	Masitah (2023)	Hubungan Pengetahuan Tentang Triase Dengan Tingkat kecemasan Keluarga Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Ben Mboi Ruteng, Bali	Penelitian ini menggunakan desain <i>Analitik korelasi, Cross Sectional</i> , dengan metode <i>non probabilitas, convenience sampling</i> . Sebanyak 318 responden, kuesioner triase dan kuesioner HARS-A	adanya hubungan pengetahuan tentang triage dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RSUD dr. Ben Mboi Ruteng	Lokasi pengambilan data, metode pengambilan data dengan <i>probability sampling</i> jenis <i>simple random sampling</i> , kuesioner triase dan kuesioner kecemasan menggunakan <i>State Anxiety Inventory</i>

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TRIASE

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan penanganan awal dan lanjutan untuk pasien yang mengalami sakit atau cedera yang dapat mengancam nyawa. IGD memberikan layanan medis yang gawat dan sarurat 24 jam sehari, 7 hari seminggu. IGD adalah bagian terdepan dari pelayanan rumah sakit dan bekerja sama dengan unit lain untuk melakukan pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, pengamatan dan berbagai layanan medis lainnya. IGD melayani pasien gawat darurat (*emergency*) dan *false emergency*. Pelayanan gawat darurat sangat penting, terutama untuk mengevaluasi berbagai penyakit dan kemungkinan hidup pasien sesuai dengan pedoman triase. Dengan triase ini, kami dapat memberikan pelayanan yang lebih baik (OCAL, 2021).

1. Pengertian Triase

Triase berasal dari Bahasa Prancis *trier* dan Bahasa Inggris *triase*, dan diturunkan dalam Bahasa Indonesia *triase* yang berarti sortir, yaitu proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera/ penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat (Zainab et al, 2024). Sesuai Permenkes tahun 2018, triase adalah proses khusus memilah pasien berdasarkan beratnya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/ intervensi kegawatdaruratan (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Menurut Nursanti dan Dinaryanti (2022), triase adalah pengelompokan penderita berdasarkan beratnya cedera yang diprioritaskan dan ada tidaknya gangguan pada *Airway* (A), *Breathing* (B), dan *Circulation* (C). Sedangkan menurut Baso (2023), triase adalah tindakan pertolongan di ruang gawat darurat (IGD) yang melibatkan pembagian menurut kriteria tertentu. Dalam kegawatdaruratan sehari hari, triase lebih tepat dikatakan

sebagai metode yang secara cepat menilai keparahan kondisi dan menetapkan prioritas. Diharapkan, dengan definisi ini, proses triase dapat mendeteksi kondisi pasien yang benar benar gawat darurat ataupun kondisi yang berpotensi gawat darurat.

2. Tujuan Triase

Triase digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan penanganan segera ataupun prioritas perawatan. Triase juga digunakan untuk menentukan urutan dan prioritas pelayanan darurat, keperawatan darurat, dan tujuan transportasi pasien (Anam et al, 2022). Triase mempercepat pemberian pertolongan terutama pada pasien yang dalam kondisi kritis atau emergensi, sehingga nyawa pasien dapat diselamatkan. Selama proses penyelamatan, triase memiliki tujuan utama untuk mengurangi cedera dan kegagalan. Selain itu triase juga digunakan untuk memberikan perawatan yang efektif kepada pasien, dalam situasi dimana sumber daya tidak mencukupi, sehingga kepadatan di IGD bisa teratur dan pelayanan tidak berjalan lama (Masitah, 2023).

3. Prinsip pelaksanaan triase

Menurut kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) prinsip triase adalah sistem untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat keparahan penyakit, harapan hidup dan keberhasilan yang dapat dicapai, prinsip triase adalah pemberlakuan sistem prioritas dengan penentuan/penyeleksian pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan, yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan :

- a. Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
- b. Dapat mati dalam hitungan jam
- c. Trauma ringan
- d. Sudah meninggal

Adapun prinsip triase dalam pelaksanaannya (Masitah, 2023):

- a. Triase harus dilakukan dengan segera dan singkat
 - b. Kemampuan untuk menilai dan merespons dengan cepat kemungkinan yang dapat menyelamatkan pasien dari kondisi sakit atau cedera yang mengancam nyawa dalam departemen gawat darurat.
 - c. Pengkajian harus dilakukan adekuat dan akurat
 - d. Kekuatan penyakit (kondisi pasien) dan ketepatan data merupakan kunci dalam proses pengkajian.
 - e. Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian.
 - f. Keselamatan dan keefektifan perawatan pasien dapat direncanakan jika terdapat data dan informasi yang akurat dan adekuat.
 - g. Intervensi yang dilakukan berdasarkan kondisi kekuatan pasien.
 - h. Tanggung jawab yang paling utama dari proses triase yang dilakukan perawat adalah keakuratan dalam mengkaji pasien dan memberikan perawatan sesuai prioritas pasien.
 - i. Tercapainya kepuasan pasien, yang meliputi :
 - 1). Perawat triase harus menjalankan triase secara simultan, cepat dan langsung sesuai keluhan pasien.
 - 2). Menghindari keterlambatan dalam perawatan pada kondisi yang kritis.
 - 3). Memberikan dukungan emosional pada pasien dan keluarga.
 - j. Penempatan pasien yang benar pada tempat yang benar dengan waktu yang benar dengan penyedia pelayanan yang benar.
4. Penentuan prioritas dan klasifikasi triase
- Pelayanan gawat darurat tidak hanya memberikan pelayanan untuk mengatasi kondisi kedaruratan yang dialami pasien, tetapi juga memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi kecemasan pasien dan keluarga. Dalam keperawatan gawat darurat, triase digunakan untuk mengklasifikasikan keparahan penyakit atau cedera dan menetapkan prioritas kebutuhan secara efisien. Prioritas adalah menentukan mana yang

harus didahulukan mengenai penanganan dan pemindahan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul. Beberapa hal yang mendasari kasifikasi pasien dalam sistem triase adalah kondisi klien yang meliputi (Wijaya, 2019):

- a. Gawat. Adalah suatu keadaan yang mengancam nyawa dan kecacatan yang memerlukan penanganan dengan cepat dan tepat.
- b. Darurat. Adalah suatu keadaan yang tidak mengancam nyawa tetapi memerlukan penanganan cepat dan tepat.
- c. Gawat darurat. Adalah suatu keadaan yang mengancam jiwa, disebabkan oleh gangguan ABC (*airway*/ jalan nafas, *breathing*/ pernafasan, *circulation*/ sirkulasi), yang jika tidak ditolong segera maka dapat meninggal/ cacat.

Berdasarkan prioritas perawatan dapat dibagi menjadi 4 klasifikasi

Tabel 2. 1 Klasifikasi Triase

KLASIFIKASI	KETERANGAN
Gawat Darurat (P1)	Keadaan yang mengancam nyawa/ adanya gangguan <i>ABC</i> dan perlu tindakan segera. Misalnya <i>cardiac arrest</i> , penurunan kesadaran, trauma mayor dengan perdarahan hebat.
Gawat tidak Darurat (P2)	Keadaan mengancam nyawa tetapi tidak memerlukan tindakan darurat. Setelah dilakukan resusitasi maka ditindaklanjuti oleh dokter spesialis. Misalnya pasien kanker tahap lanjut, fraktur, sickle cell dan lainnya.
Darurat tidak Gawat (P3)	Keadaan yang tidak mengancam nyawa, tetapi memerlukan tindakan darurat. Pasien sadar, tidak ada gangguan <i>ABC</i> dan dapat langsung diberikan terapi definitif. Untuk tindak lanjut dapat ke poliklinik, misalnya laserasi, fraktur minor/ tertutup, cystitis, otitis media, dan lainnya.
Tidak gawat, Tidak darurat (P4)	Keadaan tidak mengancam nyawa dan tidak memerlukan tindakan darurat. Gejala dan tanda klinis ringan/ simptomatis. Misalnya penyakit kulit, batuk, flu dan sebagainya.

Sumber : (Wijaya, 2019)

Tabel 2. 2 Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Prioritas Warna/ Label

KLASIFIKASI	KETERANGAN
Prioritas 1 (MERAH)	Mengancam jiwa atau fungsi vital. Perlu resusitasi dan Tindakan bedah segera. Mempunyai kesempatan hidup yang besar. Penangan dan pemindahan bersifat segera yaitu gangguan pada jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi. Contohnya sumbatan jalan nafas, tension pneumothorax, syok hemoragik, luka terpotong pada tangan dan kaki, combutio (lukabakar) Tingkat II dan II > 25%
Prioritas II (KUNING)	Potensial mengancam nyawa atau fungsi vital bila tidak ditangani dengan segera dalam jangka waktu singkat. Penanganan dan pemindahkn bersifat jangan terlambat. Contohnya patah tulang besar, <i>combustion</i> (luka bakar) tingakt II dan III < 25%, trauma thorax/ abdomen, laserasi luas, trauma bola mata.
Prioritas III (HIJAU)	Perlu penanganan seperti pelayanan biasa, tidak perlu segar. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Contohnya luka superficial, luka ringan.
Prioritas 0 (HITAM)	Kemungkinan untuk hidup sangat kecil, luka sangat parah. Hanya perlu terapi suportif. Contohnya henti jantung kritis, trauma kepala kritis.

Sumber : (Wijaya, 2019)

Tabel 2.3 Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Keakutan

KLASIFIKASI KETERANGAN	
Kelas I	Pemeriksaan fisik rutin (misalkan memar minor), dapat menunggu lama tanpa bahaya.
Kelas II	<i>Non urgent</i> / tidak mendesak (misalkan ruam,gejala flu) dapat menunggu lama tanpa bahaya
Kelas III	Semi <i>urgent</i> / semi mendesak (misalkan otitis media) dapat menunggu 2 jam sebelum pengobatan
Kelas IV	<i>Urgent</i> / mendesak (misalkan fraktur panggul, laserasi berat, asma) dapat menunggu selama 1 jam
Kelas V	Gawat darurat (misalkan henti jantung, syok) tidak boleh ada keterlambatan pengobatan, situasi yang mengancam hidup.

Sumber : (Wijaya, 2019)

5. Model triase

Menurut Susanto (2023), model triase meliputi:

- a. *Emergency Severity Index (ESI)* atau Indek Keparahan Darurat adalah algoritma triase dengan lima (lima) prioritas. Perawat memilih pasien gawat darurat berdasarkan tingkat keparahan dan kebutuhan sumber daya. Pada sistem ESI, perawat hanya menilai tingkat keparahan. Perawat triase akan menilai pasien jika tidak dalam kategori tingkat keparahan 1 atau 2.
- b. *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*
CTAS adalah sistem triase lima tingkat yang didasarkan pada daftar keluhan pasien. Tingkatnya adalah: level I = resusitasi, level II = emergent, level III = urgen, level IV = kurang urgen, dan level V = tidak mendesak. Tujuan operasi utamanya adalah menentukan waktu yang tepat untuk dokter memeriksa pasien pertama kali.
- c. *Manchester Triage Scale (MTS)*
MTS adalah algoritma triase gawat darurat lima tingkat yang sedang dikembangkan di Inggris dan digunakan oleh beberapa negara lain.

Asosiasi Perawat Kecelakaan dan Gawat Darurat mendukung MTS. Untuk sistem MTS, ada lima jenis warna: Merah (langsung), Oranye (sangat mendesak), Kuning (mendesak), Hijau (standar), dan Biru.

d. *Patient Acuity Category Scale (PACS)*

Sistem PACS berasal dari singapura. PACS terdiri dari 4 skala prioritas, yaitu:

- 1) PAC 1 adalah kategori pasien yang mengalami kolaps kardiovaskular atau kondisi yang mengancam nyawa. Untuk pasien seperti ini, pertolongan tidak boleh ditunda. PAC 1 termasuk trauma berat, STEMI, henti jantung, dan lainnya
- 2) PAC 2 adalah pasien yang sangat sakit, tidur di brankar atau di tempat tidur, dan mengalami stres yang signifikan tetapi memiliki kondisi hemodinamik stabil pada pemeriksaan awal. Pasien ini harus diprioritaskan untuk pertolongan kedua dan harus diawasi dengan cermat karena mereka cenderung kolaps jika mereka tidak mendapatkan perawatan yang tepat. Stroke, serangan asma, dan fraktur tertutup tulang panjang adalah contoh PAC 2.
- 3) PAC 3 terdiri dari pasien yang mengalami sakit akut, moderat, yang dapat beresiko kolaps. Contoh PAC 3 antara lain vulnus, demam, cedera ringan-sedang, dan lain-lain. Pertolongan yang efektif di IGD biasanya cukup untuk menghilangkan atau memperbaiki keluhan penyakit pasien.
- 4) PAC 4 mencakup pasien yang tidak dalam keadaan darurat. Pasien ini dapat dirawat di poli karena mereka tidak membutuhkan pengobatan segera dan tidak menderita penyakit berbahaya. Acne, dyslipidemia, dan lainnya adalah contoh PAC 4.

e. *Australasia Triage Scale (ATS)*

Metode Triase *Australian Triage Scale (ATS)* adalah algoritma yang digunakan untuk mengkategorikan pasien berdasarkan urgensi klinis di IGD. ATS digunakan di Australia dan Selandia Baru. ATS dikembangkan oleh *Australasian College for Emergency Medicine*

dan diterapkan di seluruh Australia pada tahun 1993. Pada tahun 2000, ATS direvisi dan berganti nama menjadi skala Triase Australasian. Rumah sakit melaksanakan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien sesuai dengan kegawatan menggunakan *Australasian Triage Scale (ATS)*.

Tabel 2.4 Kategori Triase Sesuai ATS

KATEGORI	WAKTU TUNGGU MAKSIMUM
ATS 1	Segera
ATS 2	10 menit
ATS 3	30 menit
ATS 4	60 menit
ATS 5	120 menit

Sumber : (*Australasian college for emergency medicine, 2020*)

Menurut *Australasian college for emergency medicine* (2020), kategori triase dengan warna :

1. Merah (kategori 1) Deskripsi kategori : kondisi yang mengancam jiwa kehidupan atau memiliki resiko kecacatan dan membutuhkan intervensi segera

Response : segera dan serentak dilakukan penilaian dan perawatan.

Deskripsi klinis : gagal jantung, henti nafas, risiko langsung terhadap jalan nafas (laju pernafasan, 10x/menit), gangguan pernafasan ekstrem, tekanan darah < 80 (dewasa), tidak responsif atau hanya merespon nyeri (GCS < 9), kejang yang sedang berlangsung/ berkepanjangan, overdosis dan tidak responsif atau hipoventilasi, gangguan perilaku parah dengan ancaman kekerasan berbahaya.

2. Orange (kategori 2)

Deskripsi kategori : kondisi pasien cukup serius/ memburuk dengan sangat cepat sehingga ada potensi ancaman terhadap kehidupan atau kegagalan sistem organ, jika tidak dirawat dalam waktu 10 menit

setelah kedatangan atau nyeri yang sangat parah.

Respon : penilaian dan perawatan dalam 10 menit (penilaian dan perawatan sering bersamaan)

Deskripsi klinis : risiko jalan nafas, stridor parah, gangguan pernafasan parah, gangguan peredaran darah, kulit lembab atau berbintik bintik, perfusi buruk, hipotensi dengan efek hemodinamik, kehilangan darah yang parah, nyeri dada, rasa sakit yang sangat parah, dugaan sepsis, neutropenia dengan demam, trauma berat, fraktur mayor, torsio testis, diseksi aorta, kehamilan ektopik, pasien psikiatri yang kasar/ agresif, ancaman terhadap diri sendiri dan orang lain, agitasi atau agresi yang marah.

3. Hijau (kategori 3)

Diskripsi kategori : berpotensi mengancam kahidupan. Kondisi pasien dapat mengancam anggota tubuh, atau dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan, jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu tiga puluh menit.

Respon : penilaian dan perawatan dimulai dalam 30 menit.

Deskripto klinis : hipertensi berat, kehilangan darah yang cukup parah, keang, muntah yang persisten, dehriari, cidera kepala, dugaan sepsis, nyeri yang cukup parah, nyeri perut tanpa fitur resiko tinggi atau usia > 65 tahun, cidera ekstremitas sedang, deformitas, laserasi parah, himpitan tanpa fitur berisiko tinggi. Pada kasus psikiatri : anak yang mengalami pelecehan, perilaku psikiatri sangat tertekan, psikotik akut, pikiran kacau, risiko membahayakan diri sendiri, krisis situasional, gelisah yang berpotensi agresif.

4. Biru (kategori 4)

Deskripsi kategori : berpotensi serius, kondisi pasien dapat memburuk, atau hasil yang merugikan dapat terjadi, jika penilaian dan pengobatan tidak dimulai dalam waktu 1 jam setelah kedatangan di IGD. Mungkin membutuhkan pemeriksaan dan konsultasi yang rumit dan atau manajemen rawat inap.

Respon : penilaian dan pengobatan dimulai dalam 60 menit
 Deskriptor klinis : perdarahan ringan, aspirasi benda asing, tidak ada gangguan pernafasan, cidera dada tanpa nyeri tlang rusuk, kesulitan menelan, cidera kepala ringan, nyeri sedang, muntah atau diare tanpa dehidrasi, peradangan mata, trauma tungkai, kemungkinan patah tulang, laserasi tanpa komplikasi, nyeri perut nin spesifik. Pada kasus psikiatri : masalah Kesehatan mental semi mendesak, tidak ada risiko langsung terhadap diri sendiri atau orang lain.

5. Putih (kategori 5)

Deskripsi kategori : kurang mendesak, kondisi pasien cukup kronis atau minor, sehingga gejala atau hasil linis tidak akan terpengaruh secara signifikan.

Respon : penilaian dan perawatan dimulai dalam 120 menit.

Deskripsi klinis : nyeri minimal tanpa fitur risiko tinggi, gejala minor penyakit yang stabil, gejala minor dari kondisi berisiko rendah, luka ringan, laserasi minor (tidak perlu dijahit). Pada pasien sikiatri : pasien yang dikenal dengan gejala kronis, krisis sosial, sabar secara klinis.

B. KECEMASAN

1. Definisi kecemasan

Kecemasan adalah kondisi mental Dimana seseorang mengalami rasa takut, cemas, khawatir, disertai dengan beberapa gejala fisik seperti denyut jantung yang lebih tinggi, frekuensi nafas yang meningkat, dan perubahan tekanan darah (Purwacaraka, 2022). Menurut Ranti (2022) kecemasan yang juga dikenal sebagai ansietas, adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan takut dan khawatir yang mendalam dan berkelanjutan.

2. Etiologi kecemasan

Penyebab kecemasan secara umum, terapat dua teori, yaitu teori psikologis dan teori biologis (Mitra, 2024):

Teori psikologis tentang etiologi kecemasan terbagi menjadi :

a. Teori psikoanalitik

Teori ini menganggap kecemasan sebagai tanda adanya ancaman ketidaksabaran. Ketakutan dianggap sebagai hasil dari konflik psikis, antara keinginan seksual atau agresif yang tidak disadari dan ancaman dari superego atau dunia luar. Ego mengaktifkan mekanisme pertahanan untuk mencegah pikiran dan perasaan yang tidak dapat diterima masuk ke kesadaran.

b. Teori perilaku

Teori ini menyatakan bahwa kecemasan adalah reaksi yang dipelajari terhadap faktor faktor eksternal tertentu. Sebagai contoh, seorang anak yang dibesarkan dengan ayah yang kasar, dapat mengalami kecemasan Ketika melihat ayahnya. Anak tersebut mungkin menjadi tidak mempercayai semua laki laki dan hal ini dapat berkembang hingga dewasa. Mungkin juga karena anak meniru respon kecemasan orang tua.

c. Teori eksistensial

Teori ini diterapkan pada gangguan cemas menyeluruh dimana tidak ada stimulus khusus yang dapat diidentifikasi sebagai penyebab perasaan cemas yang berlangsung terus menerus. Dalam teori eksistensial, onsep utama adalah bahwa seseorang merasa hidup tanpa tujuan. Ketakutan adalah tanggapan kita terhadap perasaan itu dan apa artinya.

Teori biologis terdiri atas system saraf otonom, neurotransmitter, studi pencitraan otak, dan teori genetik (Mitra, 2024).

a. Sistem Saraf Otonom

Gejala tertentu dapat disebabkan oleh stimulasi system saraf otonom. Ini termasuk gejala kardiovaskuler (seperti takikardia), muscular (seperti sakit kepala), gastrointestinal (seperti diare), dan pernafasan (seperti takipneu). Pada sejumlah pasien gangguan cemas, terutama mereka yang mengalami gangguan cemas sangat berat, sistem saraf otonom menunjukkan peningkatan tonus simpatik, adaptasi lambat

terhadap stimulus berulang, dan respons berlebihan terhadap stimulus sedang.

b. Neurotransmitter

Terdapat tiga neurotransmitter utama terkait dengan kecemasan: asam gaba-amino butirat (GABA), serotonin, dan norepinefrin. Asam gaba-amino butirat (GABA) adalah neurotransmitter yang berfungsi sebagai anti cemas alami dalam tubuh dengan mengurangi eksitabilitas sel, sehingga mengurangi jumlah bangkitan neuron yang terjadi.

c. Studi pencitraan otak

Beberapa potensi petunjuk untuk memahami gangguan cemas dapat ditemukan dalam berbagai jenis studi pencitraan otak, yang biasanya dilakukan pada gangguan cemas tertentu. Studi structural seperti citra rontgen (CT) dan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) menunjukkan peningkatan ukuran ventrikel otak. Pada suatu studi, ini dikaitkan dengan penggunaan benzodiazepin yang lama pada pasien. Hasil beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien yang mengalami gangguan cemas, mengalami gangguan fungsi otak yang tidak normal. Gejala gangguan cemas mungkin disebabkan oleh kondisi ini

d. Teori genetik studi genetik

Penelitian genetik menunjukkan bahwa sedikitnya beberapa bagian genetik yang diturunkan berkontribusi pada perkembangan gangguan kecemasan. Salah satu faktor yang dianggap dapat menyebabkan gangguan cemas adalah gen.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Terdapat 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Stuart & Sudden (2013 dalam Saputri, 2020) yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah semua ketegangan dalam bentuk

kehidupan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan berupa :

- 1) Peristiwa traumatik yang dapat menyebabkan kecemasan terkait dengan krisis yang dialami individu.
- 2) Konflik emosional yang dialami individu dan diselesaikan dengan baik
- 3) Konsep diri yang terganggu dapat menyebabkan kecemasan karena ketidakmampuan individu untuk berfikir secara nyata.
- 4) Frustrasi dapat menyebabkan kecemasan karena ketidakberdayaan.
- 5) Kecemasan disebabkan oleh fakta bahwa gangguan fisik merupakan ancaman terhadap kemandirian fisik yang berdampak pada kepercayaan diri seseorang.

b. Faktor presipitasi

1) Faktor Eksternal

a) Ancaman integritas diri

Ketidak mampuan fisiologis atau ketidak mampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar ini dipengaruhi oleh faktor internal, seperti pengetahuan, pendidikan, dan usia, serta faktor eksternal, seperti lingkungan, dan ekonomi.

b) Ancaman sistem diri

Ancaman sistem diri mencakup ancaman terhadap identitas diri, harga diri, dan hubungan interpersonal, kehilangan, dan perubahan status atau peran.

2) Faktor Internal

a) Potensial stresor

Potensial stresor psikososial adalah situasi yang mengubah kehidupan seseorang sehingga mereka harus beradaptasi

b) Maturitas kematangan kepribadian individu

Usia kepribadian individu dapat mempengaruhi kecemasan yang sedang dialami. karena mereka memiliki daya adaptasi yang lebih tinggi terhadap kecemasan, kepribadian orang

dewasa akan lebih sulit mengalami gangguan kecemasan

c) Pendidikan

Kemampuan berfikir akan dipengaruhi oleh tingkat Pendidikan. Sehingga tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah berfikir logis dan belajar.

d) Respon koping

Dalam situasi kecemasan, seseorang melakukan mekanisme koping. Perilaku patologis akan muncul Ketika seseorang tidak dapat mengatasi kecemasan secara konstruktif.

e) Status sosial ekonomi

Kecemasan lebih mungkin muncul pada orang dengan status sosial ekonomi yang rendah.

f) Keadaan fisik

Orang yang lelah akan lebih mudah mengalami kelelahan fisik dan akan lebih mudah mengalami kecemasan.

g) Tipe kepribadian

Tipe kepribadian A, orang-orang dari tipe A lebih mudah mengalami gangguan kecemasan daripada orang-orang dari tipe B. Misalnya, orang-orang dari tipe A tenang, tidak tegang, dan tidak mudah cemas saat menghadapi masalah, sedangkan orang-orang tipe B emosi, cemas, dan tegang.

h) Lingkungan dan situasi

Seseorang tidak akan mengalami kecemasan jika berada di lingkungan baru.

i) Dukungan sosial

Dua sumber koping individu adalah lingkungan dan dukungan sosial. Berada di dekat orang lain akan membantu seseorang mengurangi kecemasan, dan lingkungan akan mempengaruhi cara seseorang berpikir.

j) Usia

Orang muda lebih cenderung mengalami kecemasan

daripada orang tua. Tingkat kecemasan yang dialami seseorang dipengaruhi oleh tingkat maturase mereka.

k) Jenis kelamin

Perempuan lebih sering mengalami kecemasan pada tingkat panik daripada laki-laki.

4. Jenis jenis kecemasan

Menurut Irdasari (2020) kecemasan dibagi menjadi tiga jenis yaitu:

- a. Kecemasan *Neurologis (neurotic anxiety)*, merupakan perasaan cemas akibat bahaya yang tidak diketahui, perasaan itu sendiri berada pada ego, tetapi muncul dari dorongan sendiri
- b. Kecemasan *Realistik (realistik anxiety)*, kecemasan ini diidentifikasi sebagai perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak spesifik yang mencakup kemungkinan bahaya itu sendiri
- c. Kecemasan moral (*moral anxiety*), bermula dari konflik antara ego dan superego. Ketika anak membangun superego biasanya di usia lima tahun atau enam tahun mereka mengalami kecemasan yang tumbuh dari konflik antara kebutuhan realistik dan perintah superego.

5. Tingkat kecemasan

Terdapat empat tingkat kecemasan menurut Irdasari (2020), yaitu sebagai berikut:

a. Kecemasan ringan

Jenis kecemasan ini berkaitan dengan kehidupan sehari-hari. Ketakutan dapat mendorong belajar, meningkatkan dan kreatif. Ada peningkatan persepsi, dan perhatian, kesadaran akan stimulus internal dan atau eksternal, kemampuan untuk mengatasi masalah, dan kemampuan belajar. Gelisah, kesulitan tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal adalah tanda perubahan fisiologis.

b. Kecemasan sedang

Jenis kecemasan ini memungkinkan seseorang untuk

berkonsentrasi pada hal-hal yang penting dan mengabaikan yang lain. Akibatnya, seseorang mengalami perhatian selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologis : nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut keriang, gelisah, dan konstipasi. Respon kognitif : ruang persepsinya menyempit, tidak dapat menerima rangsangan dari luar dan berkonsentrasi pada apa yang menjadi perhatian.

c. Kecemasan berat

Persepsi seseorang sangat dipengaruhi oleh kecemasan berat. Mereka cenderung fokus pada hal-hal tertentu dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua tindakan dilakukan untuk menurunkan ketegangan. Gejala kecemasan berat termasuk persepsi yang sangat buruk, fokus yang sangat rendah, rentang perhatian yang sangat terbatas, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, dan ketidakmampuan untuk belajar secara efektif. pada tingkat ini, orang dapat mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil dan besar, serta diare. Mereka mengalami ketakutan emosi dan mencurahkan seluruh perhatian pada diri mereka sendiri.

d. Panik

Mereka penuh dengan ketakutan, dan ketakutan pada Tingkat kecemasan yang sangat tinggi. Orang yang panik mengalami kehilangan kendali, dan mereka tidak dapat melakukan sesuatu bahkan setelah diberi pengarahan. Peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan berinteraksi dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan kemampuan untuk berpikir rasional adalah semua hasil dari penyakit panik. Ketakutan ini tidak bertahan lama, dan dapat menyebabkan kelelahan yang parah dan bahkan kematian. tanda-tanda dan gejala panik, seperti kehilangan fokus pada suatu peristiwa.

6. Tanda dan gejala kecemasan

Menurut Wahyuni (2022) gejala kecemasan dapat berupa:

- a. Perasaan ansietas, yaitu melihat kondisi emosi seseorang yang menunjukkan perasaan cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, dan mudah tersinggung
- b. Ketegangan (*tension*), yaitu merasa tegang, lesu, tidak bisa istirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, dan gelisah.
- c. Ketakutan, yaitu takut pada gelap, takut pada orang asing, takut ditinggal sendiri, takut pada binatang besar, takut pada keramaian lalu lintas, dan takut pada kerumunan orang banyak.
- d. Gangguan tidur, seperti kesulitan masuk tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyaman, bangun dengan lesu, dan banyak mimpi buruk maupun menakutkan.
- e. Gangguan kecerdasan, seperti daya ingat yang buruk dan kesulitan berkonsentrasi
- f. Perasaan depresi, yaitu hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, dan perasaan yang berubah-ubah sepanjang hari
- g. Gejala somatik (otot), yaitu sakit di otot-otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, dan suara yang tidak stabil.
- h. Gejala somatik (sensorik), yaitu tinitus (telinga berdengung), penglihatan kabur, mata merah atau pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
- i. Gejala kardiovaskuler, yaitu takikardia, berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan, dan detak jantung seperti menghilang/berhenti sekejap.
- j. Gejala respiratori, yaitu rasa tertekan atau sempit di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas, dan nafas pendek/sesak.
- k. Gejala gastrointestinal, yaitu sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar

diperut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, kehilangan berat badan, dan sulit buang air besar (konstipasi).

- l. Gejala urogenital, yaitu sering buang air kecil, tidak dapat menahan air seni, amenorrhoe, menorrhagia, perasaan menjadi dingin (frigid), ejakulasi praecocks, ereksi hilang, dan impotensi.
- m. Gejala otonom, yaitu mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing dan sakit kepala, dan bulu-bulu berdiri/merinding.
- n. Tingkah laku pada saat wawancara, yaitu gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kening berkerut, muka tegang, tonus otot meningkat, nafas pendek dan cepat, dan muka merah.

7. Respon kecemasan

Menurut Prameswari (2019) respon kecemasan sebagai berikut:

a. Respon fisiologis terhadap kecemasan

Secara fisiologis respon tubuh menanggapi kecemasan dengan mengaktifkan system saraf otonomnya baik simpatis maupun parasimpatis. System saraf simpatis memulai reaksi, sedangkan saraf parasimpatis meminimalkannya. Reaksi tubuh terhadap kecemasan "*fight*" atau "*flight*". *flight* merupakan reaksi isotonic tubuh untuk melarikan diri, yang menghasilkan peningkatan denyut jantung dan tekanan darah sistolik, sedangkan *fight* adalah reaksi agresif tubuh untuk menyerang, yang menghasilkan sekresi noradrenalin dan renin angiotensin ke dalam sirkulasi darah. Rangsangan dikirim ke korteks otak melalui saraf simpatis ke kelenjar adrenal. Kelenjar ini akan melepaskan adrenalin atau epinefrin, yang membuat napas lebih dalam dan nadi eningkat. Jantung, system saraf pusat, dan otot akan menerima banyak darah. Ketika *glikogenolisis* meningkat, gula darah meningkat.

b. Respon psikologis terhadap kecemasan

Kecemasan dapat mempengaruhi hal-hal yang berkaitan dengan

orang lain dan dengan diri sendiri. Koordinasi dan gerak refleks akan terganggu oleh kecemasan. Kecemasan dapat menyebabkan seseorang menarik diri dan menghindari berinteraksi dengan orang lain karena kesulitan mendengarkan.

c. Respon kognitif

Dapat berdampak pada kemampuan berfikir, baik proses kognitif maupun isi kognitif, seperti kehilangan perhatian, penurunan fokus, lupa, dan penurunan lapang persepsi.

d. Respon afektif

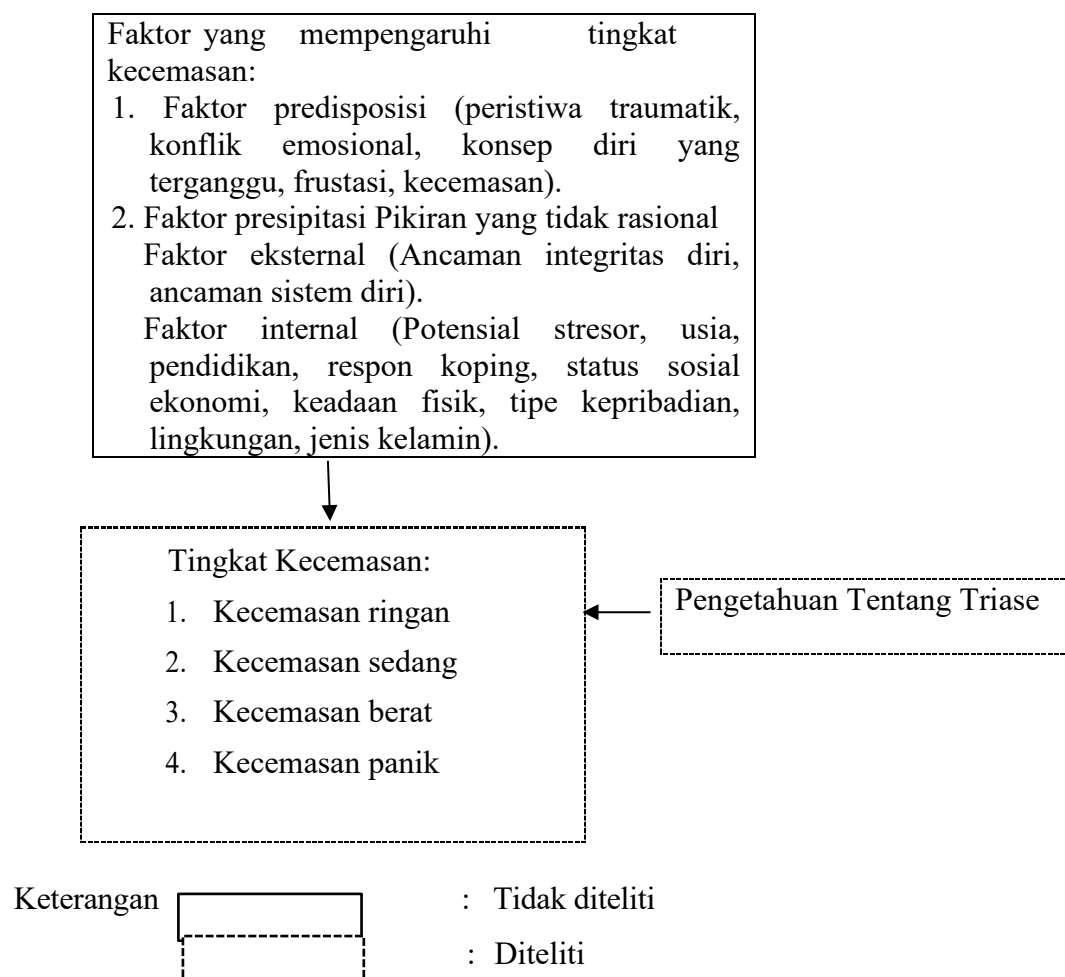
Sebagai reaksi emosi terhadap kecemasan, klien akan mengekspresikan dirinya dalam bentuk kebingungan dan curiga berlebihan.

8. Instrumen Pengukuran *State Trait Anxiety Inventory (STAI)*

Salah satu instrument untuk mengukur tingkat kecemasan adalah dengan *State Trait Anxiety Inventory (STAI)*. STAI disusun oleh Spielberger, Gorsuch, and Lushene pada tahun 1964, yang terdiri dari dua dimensi, yakni kecemasan sesaat (*state*) dan kecemasan dasar/yang menetap (*trait*), (Brian, 2018). *Trait Anxiety* merupakan munculnya kecemasan pada seseorang yang disebabkan oleh berbagai jenis situasi. Ini merupakan sifat seseorang yang lebih permanent, dapat mengganggu fungsi kognisi dan mengganggu memori. *State Anxiety* merupakan perasaan takut atau cemas terhadap munculnya sesuatu yang tidak menyenangkan pada suatu waktu tertentu. *State Anxiety* merupakan gabungan dari *Trait Anxiety* dan *Situation Specific Anxiety*. *State Anxiety* dan *Trait Anxiety* dapat dilakukan secara terpisah dengan menyertakan situasi yang dapat memunculkan kecemasan itu sendiri sebagai informasi yang sangat penting. Skor yang didapat dari penilaian skala STAI menghasilkan jumlah skor 0-60. Reliabilitas 0,65 dan validitas 0,69. Dalam penelitian ini, peneliti hanya menggunakan alat ukur kecemasan State atau *State Anxiety Inventory (S-AI)* karena

kecemasan yang diteliti adalah kecemasan pada situasi tertentu, yakni saat menunggu keluarga di ruang IGD. Selain itu, kuesioner ini menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan tidak membutuhkan waktu yang lama dalam pengisian.

C. KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Irdasari(2020), Wijaya (2019), Saputri (2020)

D. HIPOTESA

Hipotesis yang ingin dibuktikan melalui pannelitian ini adalah

Ho : tidak ada hubungan pengetahuan tentang triase dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RS Soerojo Magelang

Ha : ada hubungan pengetahuan tentang triase dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RS Soerojo Magelang

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional* atau potong silang, artinya permasalahan atau kasus suatu obyek dalam hal ini tingkat pengetahuan masyarakat tentang kriteria gawat darurat diukur dan disimpulkan dalam waktu yang bersamaan (simultan). Dan keuntungan dari desain penelitian ini adalah *relative* mudah digunakan dan cepat dilakukan, biaya yang diperlukan juga tidak besar dan resiko responden *drop out* lebih kecil. Penelitian ini dilakukan dengan metode survei menggunakan kuesioner.

B. Kerangka konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

C. Variabel Penelitian

1. Variabel independen (variabel bebas)

Variabel independent dalam penelitian ini adalah pengetahuan keluarga pasien tentang triase.

2. Variabel dependen (variabel terikat)

Variabel dependent dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan keluarga pasien.

D. Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3.1 Definisi operasional Penelitian

Variabel penelitian	Definisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Variabel independen	Suatu pemahaman keluarga pasien terhadap urutan penanganan di IGD dengan prioritas:	Kuesioner Pengetahuan Triase mengadopt dari Resti Mulya Tauhida (2022)	Responden diberi daftar pertanyaan yang berisi 14 soal tentang kriteria gawat darurat. jawaban ada 2 pilihan yaitu benar dan salah	Nilai skor pengetahuan tentang triase sebagai berikut: 1. Baik: 76-100% 2. Cukup: 56-75% 3. Kurang: $\leq 55\%$	ordinal
Pengetahuan Keluarga Pasien tentang Triase	1. Merah 2. Kuning 3. Hijau 0. Hitam	pertanyaan yang berisi 14 soal Benar: 1 Salah: 0			
Variabel dependen	Suatu keadaan yang dialami oleh keluarga pasien saat mengantarkan pasien di IGD	Kuesioner <i>State Anxiety Inventory</i> mengadopt dari Brian (2018) yang terdiri 10 pertanyaan <i>favorable</i> dan 10 pertanyaan <i>unfavorable</i>	Responden diberi daftar pertanyaan sebanyak 20 soal, jawaban ada 4 yaitu: 1. tidak sama sekali 2. agak 3. sedang 4. sangat	Hasil ukur adalah skor tingkat kecemasan, sebagai berikut: 1. tidak cemas (≤ 35) 2. cemas ringan (36-50) 3. cemas sedang (51-65) 4. cemas berat (66-80)	ordinal
Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien					

E. Populasi dan sampel

1. Populasi

Menurut Sugiyono (2019) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek / subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Berdasarkan pendapat di atas, maka populasi merupakan sekumpulan objek yang akan diteliti, yang mempunyai kesamaan sifat dan karakteristik sehingga dapat ditarik sebuah kesimpulan. Adapun populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien yang mengantar atau menemani berobat di IGD RS Soerojo Magelang. Sedangkan jumlah total kunjungan pasien di IGD RS Soerojo Magelang dari bulan Januari sampai dengan bulan Mei tahun 2025 sebanyak 7.559 pasien.

2. Sampel

Menurut Sugiyono (2019) sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Dan penelitian ini menggunakan teknik *Probability Sampling* jenis *Simple Random Sampling*. Dikatakan simpel (sederhana) karena pengambilan anggota sampel dari populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu. Pada penelitian ini pengambilan sampel dengan menggunakan rumus Analitik Korelasi ordinal-ordinal (Sopiyudin, 2016) yaitu :

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{0,5 \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right] + 3$$

Keterangan :

n = Jumlah Subjek

Alpha (α) = kesalahan tipe satu ditetapkan 5%, hipotesis satu arah

$Z\alpha$ = Nilai standar alpha = 1,64

Beta (β) = Kesalahan tipe dua ditetapkan

10% $Z\beta$ = nilai standar beta = 1,28

r = koefisien korelasi minimal yang dianggap bermakna, ditetapkan = 0,4

$$n = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5 \ln \left[\frac{1+r}{1-r} \right]} \right]^2 + 3 = \left[\frac{(1,64 + 1,28)}{0,5 \left[\frac{1+0,4}{1-0,4} \right]} \right]^2 + 3 = 50,5 = 51.$$

berdasarkan rumus diatas maka jumlah sampel yang akan diambil dari populasi adalah 51 orang. Namun tidak menutup kemungkinan jumlah sampel tersebut akan berkurang sehubungan dengan kriteria sampel yang diajukan oleh peneliti karena kemungkinan adanya sampel yang rusak/eror. Untuk mengatasi masalah tersebut peneliti menambahkan 10% dari total sampel yaitu 5 sampel, sehingga di dapatkan $51 + 5 = 56$ sampel. Sampel dipilih dari populasi yang memenuhi syarat untuk penelitian dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Keluarga pasien yang menemani pasien di IGD RS Soerojo Magelang
- 2) Keluarga inti pasien yang bersedia menjadi responden (orang tua, suami/istri, anak, saudara kandung).
- 3) Keluarga pasien yang bisa baca tulis dan berkomunikasi dengan baik

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Keluarga pasien dengan kondisi panik
- 2) Keluarga pasien yang tidak kooperatif
- 3) Pengantar pasien yang bukan termasuk keluarga inti pasien

F. Waktu dan Tempat

Penelitian telah dilakukan pada bulan Juni 2025. Peneliti mengambil tempat di ruang IGD RS Soerojo Magelang

G. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer diperoleh dari pengukuran hasil kuesiner responden

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari *Electro Medical record (EMR)*

3. Instrumen Penelitian

Instrumen yang dipakai dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner

a. Kuesioner pengetahuan Triase

Kuesioner pengetahuan triase berisi 14 pertanyaan dengan jawaban benar dan salah, pernyataan tersebut mengenai definisi triase, prinsip triase, dan klasifikasi warna label triase. Sifat pernyataan dibagi menjadi 2 yaitu positif dan negatif, pernyataan positif terdiri dari nomor 1,2,3,5,7,9,11,12,13 sedangkan pernyataan negatif terdiri dari nomor 4,6,8,10,14. Proses penilaian dimulai dengan menghitung dan membandingkan jumlah skor jawaban yang diberikan oleh setiap responden dengan skor yang diharapkan atau skor tertinggi kemudian dikalikan 100% dan persentase akan dihasilkan. Rumus dapat dijelaskan sebagai berikut (Rismawan, 2020) :

$$P = \frac{A}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase

A= Jumlah jawaban yang dijawab benar

N = Jumlah pertanyaan

Selanjutnya data diinterpretasikan dalam tiga tingkatan, yaitu:

- 1) Baik (Hasil persentase 76-100%)
- 2) Cukup (Hasil persentase 56-75%)
- 3) Kurang (Hasil persentase $\leq 55\%$)

b. Kuesioner tingkat kecemasan

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur kecemasan yaitu *State Anxiety Inventory*, karena kecemasan yang diteliti adalah kecemasan pada situasi tertentu, yakni saat menunggu keluarga di ruang IGD. Kuesioner ini terdiri atas 20 item, Sebagian dari item tersebut merupakan pernyataan positif (*favorable*), yakni merasa aman, nyaman, tidak gelisah, dan sebagainya, yang terdapat pada 10 nomor dan Sepuluh lainnya merupakan pernyataan negatif (*unfavorable*). Skor yang didapat dari penilaian skala *State Anxiety Inventory* menghasilkan jumlah skor 20-80.

Menurut rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan antara lain :

- 1) Tidak cemas :Skor ≤ 35
- 2) Kecemasan ringan :Skor 36-50
- 3) Kecemasan sedang :Skor 51-65
- 4) Kecemasan berat :Skor 66-80

Pertanyaan terdiri atas skor 1 : tidak sama sekali, 2 : agak, 3 : sedang, 4 : sangat. Kemudian skor yang didapat akan ditotal dan dimasukkan ke dalam kelompok rentang penilaian.

Tabel 3.2 Teknik Penskoran instrumen *State Anxiety Inventory*

Pernyataan	Nomor Item	Jawaban Responden			
		Tidak sama sekali	agak	sedang	Sangat
<i>Favorable</i>	1,2,5,8,10,11,15,16,19,20	4	3	2	1
<i>Unfavorable</i>	3,4,6,7,9,12,13,14,17,18	1	2	3	4

4. Uji Validitas Dan Reliabilitas

a. Uji validitas

1). Kuesioner Pengetahuan Triase

Penelitian ini tidak melakukan uji validitas pada kuesioner pengetahuan triase, karena instrumen yang digunakan untuk penelitian ini merupakan instrumen baku. Hasil uji validitas kuesioner ini sudah dilakukan uji validitas oleh peneliti sebelumnya oleh Resti Mulya Tauhidya (2022) yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sultan Syarif Mohammad Alkadrie (SSMA) dan didapatkan hasil bahwa 14 pernyataan dinyatakan valid dengan hasil r hitung $>$ dari r tabel 0,3494. Hasil r hitung yaitu (0,493-0,703), jadi kuesioner tersebut dinyatakan valid.

2). Kuesioner *State Anxiety Inventory*

Penelitian ini tidak melakukan uji validitas pada kuesioner tingkat kecemasan karena merupakan instrumen baku dari *State Anxiety Inventory*. Skor yang didapat dari penilaian skala *State Anxiety Inventory* menghasilkan jumlah skor 20-80. Reliabilitas 0,65 dan validitas 0,69, jadi kuesioner tersebut dinyatakan valid.

b. Uji Reliabilitas

1). Kuesioner Pengetahuan Triase

Peneliti tidak melakukan uji reliabilitas karena sudah dilakukan

uji reliabilitas oleh peneliti sebelumnya Resti Mulya Tauhida (2022) yang dilakukan di RSUD SSMA dan di dapatkan hasil bahwa pernyataan pada kuesioner ini reliabel yang dibuktikan dengan nilai *Cronbach's Alpha* 0,871, jadi pertanyaan kuesioner pengetahuan triase dinyatakan reliabel.

2). Kuesioner *State Anxiety Inventory*

Hasil uji reliabilitas kuesioner *state anxiety Inventory*, nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,893 (Brian, 2018), jadi pertanyaan kuesioner kecemasan dinyatakan reliabel.

H. Metode Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan data

a. Pengeditan atau penyuntingan (*editing*)

Editing dilakukan untuk meneliti kembali setiap pertanyaan yang sudah terisi. *Editing* meliputi kelengkapan pengisian, kesalahan pengisian dan konsistensi setiap jawaban

b. *Coding*

Langkah selanjutnya setelah diedit adalah memberikan kode pada lembar instrumen responden. Pengisian berdasarkan jawaban dari responden.

c. *Scoring*

Setelah pemberian kode, kemudian dilakukan nilai sesuai skor yang telah ditentukan.

d. *Tabulating/entry*

Selanjutnya dilakukan pengolahan data dalam bentuk distribusi frekuensi dan deskriptif.

e. *Cleaning*

Pengecekan ulang untuk melihat kemungkinan kesalahan kode,

ketidaklengkapan dan kekurangan lain yang selanjutnya memerlukan pengkoreksian.

2. Analisa data

Data yang didapat dari responden diolah menggunakan *Statistic Product and Service Solution* (SPSS) dan selanjutnya dianalisa dengan uji korelatif spearman rank untuk mencari hubungan antara variabel independen dan variabel dependen

a. Analisa Univariat

Analisa univariat adalah cara analisis untuk variabel tunggal. digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel (Rachmalia et al., 2022). Sehingga tergambar fenomena variabel yang diteliti, variabel independen yaitu pengetahuan triase dan variabel dependennya yaitu kecemasan.

b. Analisa bivariat

Analisa bivariat adalah analisa yang digunakan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen secara bersama (Hendayani et al., 2019). Dalam penelitian ini analisa bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan variabel: pengetahuan triase dengan tingkat kecemasan keluarga pasien.

Penelitian ini bertujuan untuk mencari hubungan dan menguji hipotesis antara dua variabel atau lebih, maka uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji Spearman Rank karena pengetahuan triase dan tingkat kecemasan keluarga datanya berbentuk skala ordinal dan desain atau rancangan penelitiannya adalah korelasi. Uji Spearman Rank ini digunakan untuk mengukur keeratan hubungan antara dua variabel yang berskala ordinal. Uji korelasi Spearman Rank menggunakan tingkat signifikansi 0,5, yang menunjukkan bahwa p

$value = 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang menunjukkan adanya hubungan pengetahuan triase terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD Soerojo hospital Magelang. Namun jika nilai $p value = 0,05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan triase terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RS Soerojo Magelang.

Rumus untuk menghitung Spearman Rank:

$$r = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Keterangan

r_o = nilai korelasi Rank

Sperman

d^2 = selisih setiap pasang Spearman Rank

n = jumlah pasangan Spearman Rank

Untuk memutuskan hipotesis penelitian, peneliti menggunakan tingkat kesalahan 5% (0,05) dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Diperoleh nilai $p value = 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima
maka ada hubungan pengetahuan tentang triase dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD
- 2) Diperoleh nilai $p value > 0,05$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak
maka tidak ada hubungan pengetahuan triase dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD, Untuk mengetahui apakah suatu koefisien korelasi tersebut termasuk kuat apa lemah maka menggunakan batas-batasan sebagai berikut:

Tabel 3.3 Koefisien Korelasi

Koefisien	Tingkat Hubungan
0.80 - 1.000	Sangat kuat
0.60 - 0.799	Kuat
0.40 - 0.599	Sedang
0.20 - 0.399	Rendah
0.00 - 0.199	Sangat rendah

Sumber(Robith & Ciptaning, 2020)

Koefisien korelasi (r) akan bernilai -1,00 hingga + 1,00. koefisien sebesar 1,00 (baik positif ataupun negatif akan menunjukkan bahwa ada hubungan yang sempurna antara dua variabel

Hubungan searah/positif artinya: tingkat pengetahuan tinggi maka tingkat kecemasan tinggi.

Hubungan tidak searah/negatif artinya:tingkat pengetahuan tinggi tetapi tingkat kecemasan rendah.Etika Penelitian.

- I. Etika Penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting, karena penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, sehingga harus diperhatikan dengan baik. Beberapa hal dalam etik yang perlu diperhatikan antara lain (Setiana, 2018):

1. *Informed Consent* (persetujuan)

Merupakan bentuk persetujuan antar peneliti dengan responden penelitian. Hal ini bertujuan agar subjek penelitian mengetahui dan memahami maksud dan tujuan penelitian sehingga dapat menentukan setuju/bersedia atau tidak menjadi subjek penelitian.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Merupakan bentuk jaminan untuk subjek penelitian dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur tetapi hanya menggunakan inisial atau kode tertentu pada pengumpulan data dan hasil

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Merupakan bentuk jaminan kerahasiaan hasil penelitian baik berupa informasi maupun masalah lain yang berhubungan dengan responden penelitian

4. *Self determination*

Peneliti memberi hak kebebasan pada responden dalam menentukan pilihan bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela tanpa ada unsur paksaan atau pengaruh dari orang lain. Kesediaan responden secara sukarela untuk mengikuti penelitian dibuktikan dengan penandatanganan surat persetujuan sebagai responden.

5. *Protection from discomfort and harm*

Responden bebas dari rasa tidak nyaman, dimana peneliti memaksimalkan hasil penelitian agar bermanfaat dan meminimalkan hal yang bagi responden.

J. *Ethical clearance*

Peneliti sudah melakukan pengurusan *ethical clearance* di RS Soerojo Magelang dengan nomor DP.04.03/D.XXXVI.12/29/2025.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan data hasil penelitian yang dilakukan peneliti di IGD RS Soerojo Magelang pada bulan juni 2025 maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pengetahuan triase keluarga pasien di IGD RS Soerojo Magelang sebagian besar pengetahuan baik dengan jumlah 46 orang (76.7%).
2. Tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RS Soerojo Magelang sebagian besar tidak mengalami kecemasan dengan jumlah 24 orang(40%).
3. Ada hubungan pengetahuan triase terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien di IGD RS Soerojo Magelang dengan nilai signifikasi *p value* 0,03, dan terdapat nilai korelasi sebesar 0,28 artinya tingkat kekuatan hubungan antara kedua variabel yaitu pengetahuan triase dengan tingkat kecemasan memiliki korelasi hubungan rendah dengan arah hubungan ke arah positif yang menunjukkan bahwa hubungan yang sempurna antara dua variabel, dimana semakin tinggi tingkat pengetahuan maka tingkat kecemasan semakin tinggi.

B. Saran

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada penelitian ini “Hubungan Pengetahuan Tentang Triase dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di IGD RS Soerojo Magelang” tersapat beberapa saran dari peneliti kepada beberapa pihak yang terlibat dalam penelitian ini, diantaranya:

1. Bagi rumah sakit

Diharapkan rumah sakit bisa memanfaatkan teknologi berupa pertimbangan penggunaan aplikasi seluler atau sistem informasi digital yang dapat memberikan pembaharuan status pasien dan informasi triase secara real-time kepada keluarga pasien.

2. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan perawat igd selalu dilatih secara berkala dalam pelatihan sistem triase, etika komunikasi, dan pelatihan bantuan hidup dasar.

3. Bagi Peneliti selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini dapat mendorong peneliti selanjutnya untuk melakukan pengembangan penelitian menggunakan metode yang berbeda, sampel yang lebih luas, waktu yang lebih lama dan penggunaan instrumen yang lebih lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, T. S. (2021). Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Tentang Sistem Triage di IGD RSUD SUMBAWA.
- Alda, N.A (2024). Hubungan Pengetahuan Triase Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran.
- Anam, Agus & Abidin, A. (2022). Tujuan Triase. Media Nusa Creative (MNC publishing). https://www.google.co.id/books/edition/Modul_Modifikasi_Teletriase_Bagi_Perawat/4oSeEAAQBAJ?hl=id&gbpv=0&kptab=overview
- Anggraini, D., & Febrianti, A. (2020). Response time dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di unit gawat darurat rumah sakit Dr. A. K .Gani Palembang. *In Proceeding Seminar Nasional Keperawatan*, 6(1), 202-206. <http://conference.unsri.ac.id/index.php/SNK/article/view/1793>
- Australasian College for Emergency Medicine. (2020). ACEM <https://acem.org.au/Content-Sources/Advancing-Emergency-Medicine/Better-Outcomes-for-Patients/Triage>
- Badan Pusat Statistik Indonesia. (2024) <https://www.bps.go.id/id/publication/2024/12/20/c9402c25d61aaa2ad5945d3a/perempuan-dan-laki-laki-di-indonesia-2024.html>
- Baso, K.A, Wiyadi, & Andrianur, F., (2023). Factors Associated with the Implementation of Triage by Nurses in the Emergency Room at Dr.Abdul Rivai Berau. *Formosa Journal of Applied Sciences*, 2(5), 681-692. <https://doi.org/10.55927/fjas.v2i5.3977>
- Brian, S (2018). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Pasien Kategori P2 Label Kuning Di IGD RSUD Bangil. <https://doi.org/10.55927/fjas.v2i5.3977>
- Darsini, Fahrurrozi, & Cahyono, E. A. (2019). Pengetahuan ; Artikel Review. *Jurnal Keperawatan*, 12(1), 97.
- Firdaus, N. (2019). Buku Ajar Keperawatan Keluarga.
- Hasdiana, U. (2020). Keluarga Cerdas, Sehat, Dan Tangguh Covid 19. *Analytical Biochemistry*, 11(1), 1-5. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-59379-1%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-420070-8.00002-7%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.ab.2015.03.024%0A>

<https://doi.org/10.1080/07352689.2018.1441103%0Ahttp://www.chile.bmw-motorrad.cl/sync/showroom/lam/es>.

- Hendayani, L.W., Khamarullah, J. D., & Surungan, B. (2019). Hubungan Motivasi Perawat Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruangan Rawat Inap Interne RSUD Kota Padang Panjang. *Jurnal Penelitian Dan Kajian Ilmiah Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat*, XIII{5), 203-211.
- Hendrawan, A. (2019). Gambaran Tingkat Pengetahuan Tenaga Kerja Pt'X' Tentang Undang-Undang Dan Peraturan Kesehatan Dan Keselamatan Kerja. *Jurnal DelimaHarapan*, 6(2), 69-81.
<https://doi.org/10.31935/delima.v6i2.76>
- Huzaiiffah, Z. (2020). Hubungan Triase Pasien Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Di Instalasi Gawat Darurat. *Journal ofNursing Invention*, 7(2), 41— 47.
- IrdaSari. (2020). Analisis Dampak Pandemi Covid- 19 Terhadap Kecemasan Masyarakat : Literature Review. *Bina Generasi : Jurnal Kesehatan*, 12{1), 69-76. <https://doi.org/10.35907/bgjk.v12i1.161>
- Kemendes RI (2022). Efektivitas Pelayanan Gawat Darurat Berdasarkan Emergency Respon Time, https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/594/efektivitas-pelayanan-gawat-darurat-berdasarkan-emergency-response-time, 27 juli 2022 (27112024,09.00)
- Kemendes RI No 47. (2018). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kundiman, V., Kumaat, L., & Kiling, M. (2019). Hubungan Kondisi Overcrowded Dengan Ketepatan Pelaksanaan Triase Di Instalasi Gawat Darurat Rsu Gmim Pancaran Kasih Manado. *Jurnal Keperawatan*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.35790/jkp.v7i1.22880>.
- Mabud, N. H., Mandang, J., & Mamuaya, T. (2020). Hubungan Pengetahuan, Pendidikan, Paritas dengan Pemberian ASI eksklusif di Puskesmas Bahu Kecamatan Malalayang Kota Manado. *Journal of Scientific Midwives*, 2(2), 51.
- Manitu, I., & Topake, G. F. (2023). Hubungan Pengetahuan Keluarga Tentang Triase Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Instalasi gawat

darurat RSUD Kota Tanjungpinang. 338-346.

- Mardalena, I. (2017) Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. I. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS.
- Masitah. (2023). Hubungan Pengetahuan Tentang Triage Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Derah dr. Ben Mboi Ruteng.
- Merliyanti, R., Meilando, R., Agustiani, S. (2024). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kecemasan Keluarga Pasien di IGD
- Mitra, S., & Medan, H. (2024). *Article History: Received: January 07th, 2024 Revised: February 14th, 2024 Published: February 15th, 2024.* 2(1), 341—348.
- Noerva. D, S., Syarif, H., & Jufrizal. (2023). Gangguan Psikologis Keluarga berdasarkan Triase di Instalasi Gawat Darurat RS “X” Aceh Barat Daya. *JIM FKep, VII*{2}, 106-111.
- ÖCAL, S. (2021). Pengaruh Pengantar Pasien, Kondisi Pasien, Dan Beban Kerja Tenaga Kesehatan IGD Terhadap Waktu Tanggap Di IGD RSIA Bunda Aliyah Jakarta Tahun 2020.3(2),6. <https://doi.org/https://doi.org/10.52643/marsi.v5i1.1296>
- Prameswari, Y., & Ulfah, Z. (2019). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Menghadapi Persalinan di Puskesmas Batu Aji Kota Batam TAHUN 2018. *Psyche*, 12{1}, 30-39.
- Purwacaraka, M., & Hidayat, A.S. (2022). Hubungan Tingkat Kegawatdaruratan t(Triase) Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Iskak Tulungagung. 4{1}, 39-47.
- Putra, D., Andriani, R., & Armyanti, I. (2023). Pengukuran Tingkat Pengetahuan Tentang Makanan Pendamping Asi Sebelum Dan Setelah Edukasi Kesehatan Dengan Media Booklet. *Majalah Kesehatan*, 10{3}, 177-186. <https://doi.org/10.21776/majalahkesehatan.2023.010.03.5>
- Rachmawati, T. S. (2020). Peran tenaga kesehatan puskesmas sebagai komunikator dalam program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. *Jurnal Komunikasi Profesional*, 4(1),1-13. <https://doi.org/10.25139/jkp.v4i1.2370>
- Ranti, G. (2022). Kecemasan Mahasiswa Terhadap Pandemi Covid 19 (Studi Kasus Mahasiswa Institut Teknologi Indonesia). *Jurnal IPTEK*, 6{1}, 1-6. <https://doi.org/10.31543/jii.v6i1.179>

- Rismawan, W. (2020). Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dalam Perawatan Pasien Gangguan Jiwa Dengan Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial Di Rsud Kota Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan Dan Farmasi*, 9{1}, 107. <https://doi.org/10.36465/jkbth.v9i1.102>
- Robbi, R. A. (2019). Hubungan Pengetahuan Tentang Prioritas Penanganan Triase Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di IGD RSU Darmayu Ponorogo.
- Sari, K., Adi, G. S., & Sulistyawati, R. A. (2023). Hubungan Penanganan Pertama Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di IGD RS JIH Solo. *Keperawatan. KURNIA.pdf*
[https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/3968/1/NASKAH PUBLIKASI](https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/3968/1/NASKAH_PUBLIKASI)
- Saputri, D. (2020). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Pre Operasi Menggunakan Media Leaflet Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien dengan Spinal Anestesi di RSUD Wates Kulon Progo Yogyakarta.
- Sintya, I, Puguh I,L & Anton S (2024). Hubungan Waktu Respon Time Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Dengan Kepuasan Pasien Di Rumah Sakit Muhammadiyah Selogriyo.
- Setiana, A., & Nuraeni, R. (2018). Riset keperawatan (A. Rahmawati (arg.); 1. arg.). Lovrinz Publisng.
https://www.google.co.id/books/edition/Riset_Keperawatan_Lovrinz_Publisng/wnweEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=etika+penelitian+informed+consent &pg=PA10&printsec=frontcover.
- Sevdo, K., Sangkai, M. A., & Frisilia, M. (2023). Hubungan Pengetahuan Tentang Demam Berdarah dengan Perilaku Pencegahan (DBD) di wilayah Kerja Puskesmas Jekan Raya Kota Palangka Raya Tahun 2022. *Jurnal Surya Medika*, 9{1}, 242-249.
<https://doi.org/10.33084/jsm.v9i1.5191>
- Sulistiyowati, M. A., Aprilianti, R. E., & Tjondronegoro, P. (2020). Hubungan Response Time Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ambarawa. *Jurnal Smart Keperawatan*, 6{1}, 8.
<https://doi.org/10.34310/j skp.v6i1.217>
- Susanto, D. dkk. (2023). Bunga Rampai Manajemen Bencana. Media Pustaka Indo.

- Sopiyudin, M.D. (2016). Besar Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan, edisi 4
- Sugiyono. (2019).Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung:Alfabeta Bandung.
- Tauhida, M,R. (2022). Gambaran Tingkat Pengetahuan Klien tentang Triase di UGD Rumah Sakit Sultan Syarif Mohammad Alkadrie Tanjungpura Pontianak.
- Triwijayanti, R., & Rahmania, A. (2023). Health Education Triage terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien pada Kategori Triase P2 dan P3. Jurnal Keperawatan Silampari, 6(2), 1612-1620.
- Utomo, S.T.(2016). *Gambaran Tingkat Pengetahuan Masyarakat Yang Datang ke IGD Tentang Kriteria Kasus Gawat Darurat IGD Rumah Sakit Di Daerah Tangerang*.
- Wahyuni. (2022). Penyuluhan Pada Ibu Hamil Yang Cemas Dalam Proses Persalinan Normal Di Desa Koto Tinggi Kecamatan Rambah, Kabupaten Rokan Hulu. *SNPKM: Seminar Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat*, #(1), 147-153.
- Wijaya, A. S. (2019). Kegawatdaruratan Dasar. CV. Trans Info Media
- Wulan, E. S., Faidah, N., & Widianingsih, P. S. (2024). Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Kritis Yang Terpasang Ventilator Di Intensive Care Unit di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus. 11 {2), 100-109.
- WHO. (2021). *Anxiety Disorder And Other Common Mental Disorders*.
- Zainab, Gajali, R. & Rivan, F. (2024). Hubungan Triase Berbasis Android Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Igd Rsud Taman Husada Bontang. Jurnal Cakrawala Ilmiah, 3(5), 1501-1508. <https://doi.org/https://bajangjournal.com/index.php/JCFarticle/view/7265>