

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kecemasan

2.1.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan (ansietas) adalah pengalaman emosional yang berlangsung singkat dan merupakan respon pada saat individu akan menghadapi tekanan atau peristiwa yang mengancam kehidupan individu baik dari eksternal maupun internal (Smeltzer and Bare, 2001). Kecemasan merupakan perasaan tidak nyaman yang dialami seseorang, ditandai dengan ketegangan mental dan kekhawatiran. Hal ini muncul ketika seseorang merasa tidak mampu mengatasi masalah atau merasa tidak aman. Perasaan ini, yang tidak menyenangkan ini dapat memicu perubahan fisik dan psikologis (Rochman, 2010).

2.1.2 Penyebab Kecemasan

Menurut Stuart 1998 menjelaskan ada beberapa faktor penyebab kecemasan:

1. Faktor predisposisi
 - a. Teori psikoanalisis

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian-id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma

budaya seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b. Teori interpersonal

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang yang mengalami harga diri rendah mudah mengalami ansietas yang berat.

c. Teori perilaku

Teori perilaku yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan diri dalam untuk menghindari kepedihan.

2. Faktor presipitasi

a. Faktor eksternal

Ancaman terhadap kondisi fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan).

b. Faktor internal

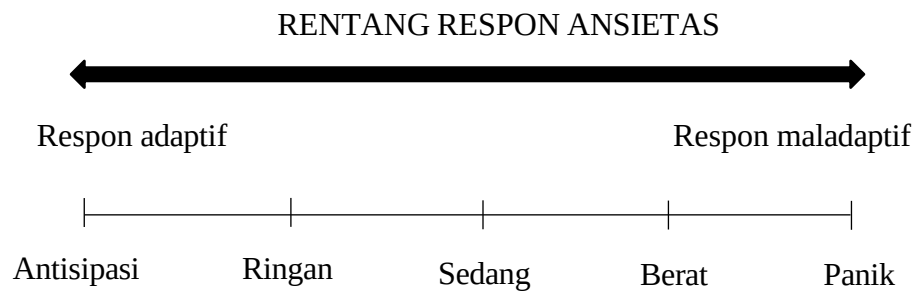
1. Usia, individu yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan.

Kematangan dalam proses berpikir pada individu yang berumur dewasa lebih memungkinkan untuk menggunakan mekanisme koping yang lebih baik.

2. Jenis kelamin, kecemasan lebih sering dialami oleh perempuan daripada pria. Hal ini dikarenakan perempuan lebih peka dengan emosinya.
3. Tingkat pendidikan, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin luas pengetahuan seseorang yang dimiliki. Hal ini berdampak pada kemampuan pemahaman yang lebih baik terhadap konsep, cara berpikir, dan analisis yang tajam, yang pada akhirnya membentuk persepsi yang positif terhadap objek yang diamati.
4. Pengalaman, pengalaman individu di masa lalu terhadap penyakit baik positif maupun negatif dapat memengaruhi perkembangan keterampilan dalam mekanisme koping. Keberhasilan individu dapat membantunya mengembangkan kekuatan koping, sebaliknya kegagalan dapat menyebabkan individu menggunakan koping yang maladaptive terhadap stressor tertentu.

2.1.3 Rentang Respon Kecemasan

Rentang respon sehat sakit dapat dipakai untuk menggunakan respon adaptif-maladaptif pada kecemasan. Menurut Stuart rentang kecemasan meliputi :



1. Respon adaptif

Respons adaptif yaitu respons yang mendukung fungsi integritas dalam mencapai tujuan pada setiap individu. Respon yang ditunjukkan yaitu berbicara, menangis, menerapkan teknik relaksasi.

2. Respon maladaptif

Respon maladaptif yaitu respon yang menghambat fungsi integritas pada setiap individu dalam mencapai suatu tujuan. Respon ini berupa perilaku agresif, bicara tidak jelas, dan isolasi diri.

2.1.4 Tingkat Kecemasan

Stuart 1998 menggolongkan kecemasan dalam empat tingkat :

1. Kecemasan ringan

Cemas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Pada tingkatan ini individu akan terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

2. Kecemasan sedang

Cemas sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan hal lain. Pada tingkatan ini lahan persepsi terhadap lingkungan menurun. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

3. Kecemasan berat

Cemas berat memungkinkan seseorang cenderung memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan pengarahannya untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.

4. Panik

Pada tingkatan ini lahan persepsi individu sudah sangat menyempit dan sudah terganggu sehingga tidak dapat mengendalikan diri dan tidak dapat melakukan sesuatu walaupun sudah diberikan pengarahannya.

2.1.5 Alat Ukur Skala Kecemasan

Terdapat beberapa instrument yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat kecemasan seseorang salah satunya *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). HARS menggunakan serangkaian pertanyaan dengan jawaban yang harus diisi oleh pasien sesuai dengan kondisi yang dirasakan oleh pasien tersebut. Alat ukur ini terdiri 14 kelompok yaitu (Chrisnawati & Aldino, 2019):

1. Perasaan cemas, yang meliputi: perasaan khawatir, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah marah atau tersinggung.
2. Ketegangan, meliputi: perasaan tegang, merasa lelah, respon yang mengejutkan, mudah mengeluarkan air mata, gemetar, gelisah.
3. Ketakutan, meliputi: takut terhadap gelap, orang asing, ditinggal sendirian, merasa takut pada hewan, keramaian lalu lintas serta berada pada kerumunan banyak orang.
4. Gangguan tidur, meliputi: sulit tidur, tidur tidak memuaskan, merasa lelah saat bangun, mengalami mimpi buruk, terbangun tengah malam.
5. Intelektual, meliputi: sulit berkonsentrasi dan mengingat.
6. Perasaan depresi, meliputi: kehilangan minat, kurangnya kesenangan dalam hobi, perasaan sedih, sering terbangun saat tidur.
7. Gejala somatik (otot), meliputi: nyeri atau sakit otot, kedutan, otot terasa kaku, gigi gemertak, suara tidak stabil, tonus otot meningkat.
8. Somatik (sensorik), meliputi: telinga terasa berdenging, penglihatan kabur, muka memerah, perasaan lemah, sensasi ditusuk tusuk.
9. Gejala-gejala kardiovaskular, meliputi: takikardi, palpitasi, nyeri dada, perasaan lemas/lesu seperti mau pingsan, denyut jantung serasa berhenti sekejap.
10. Gejala pernapasan, meliputi: nafas terasa sesak/dada terasa ditekan, perasaan tercekik, sering menarik nafas dalam, nafas pendek/tersengal-sengal.

11. Gejala gastrointestinal, meliputi: kesulitan menelan, nyeri perut, perut terasa kembung, sensasi terbakar, perut terasa penuh, merasa mual, muntah, sukar buang air besar/BAB, kehilangan berat badan, konstipasi.
12. Gejala genitourinary, meliputi: frekuensi berkemih meningkat, tidak dapat menahan air seni, tidak datang bulan, darah haid lebih banyak dari biasanya, gairah seks menurun, ejakulasi dini, kehilangan libido, impotensi.
13. Gejala otonom, meliputi: mulut kering, muka kemerahan, muka pucat, sering berkeringat, merasa pusing, kepala terasa berat, merasa tegang.
14. Tingkah laku, meliputi: gelisah, tidak tenang/sering mondar-mandir, tangan gemetar. alis berkerut, wajah tegang, sering mendesah atau pernapasan cepat, wajah pucat, sering menelan ludah.

2.1.6 Cara Mengukur Kecemasan

Tingkat kecemasan dapat diukur menggunakan kuesioner HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) dengan memberikan nilai 0,1,2,3,4 pada setiap kelompok dengan kategori (Chrisnawati & Aldino, 2019):

0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = satu gejala yang ada

2 = sedang/separuh gejala yang ada

3 = berat/ lebih dari separuh gejala yang ada

4 = sangat berat semua gejala ada

Untuk menentukan tingkat kecemasan individu dengan cara menjumlahkan nilai dari 14 kelompok pertanyaan dalam kuesioner HARS tersebut dengan hasil :

- a. Nilai kurang dari 14 = tidak ada kecemasan
- b. Nilai 14 – 20 = kecemasan ringan
- c. Nilai 21 – 27 = kecemasan sedang
- d. Nilai 28 – 41 = kecemasan berat
- e. Nilai 42 – 56 = Tingkat panik

2.1.7 Dampak Kecemasan

Yustinus Semiun (2013) menjelaskan beberapa dampak dari kecemasan antara lain:

1. Suasana hati, Individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Orang yang mengalami kecemasan tidak bisa tidur dengan demikian dapat menyebabkan munculnya sifat mudah marah.
2. Kognitif, kecemasan membuat seseorang terus-menerus khawatir tentang kemungkinan buruk, sehingga mereka mengabaikan masalah nyata. Hal ini menghambat produktivitas dalam pekerjaan atau belajar, yang pada akhirnya memperburuk kecemasan mereka.
3. Motorik, kecemasan sering kali menyebabkan perasaan gelisah dan gugup yang dapat termanifestasi dalam gerakan motorik yang tidak terkendali, seperti mengetuk-ngetukkan jari kaki. individu yang cemas juga cenderung sangat sensitif terhadap suara-suara

mendadak. Gejala-gejala fisik ini mencerminkan tingkat rangsangan kognitif yang tinggi dan merupakan upaya tubuh untuk melindungi diri dari ancaman yang dirasakan.

2.1.8 Penatalaksanaan Kecemasan

Penatalaksanaan kecemasan oleh tenaga medik dilakukan dengan pemberian anxiolityx sesuai indikasi pasien dan tindakan mandiri keperawatan berupa terapi modalitas dan komplementer bagi pasien sesuai hasil pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan yang disusun serta rencana intervensinya. Penyembuhan kecemasan dapat dilakukan dengan teknik farmakologis maupun non farmakologi.

1. Farmakologis

Penatalaksanaan kecemasan dengan teknik farmakologis dilakukan dengan pemberian obat farmakologi yang dapat menurunkan kecemasan seperti anxiolytic, buspirone, dan benzodiazepine.

2. Non Farmakologis

Penatalaksanaan kecemasan dengan teknik non farmakologis dilakukan dengan pemberian teknik distraksi, teknik relaksasi, pendidikan kesehatan serta dukungan keluarga. (Mulyani et al., 2018).

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat dan sistem sosial yang terdiri dari 2 orang atau lebih, adanya ikatan perkawinan yang sah/pertalian

darah, hidup dalam satu rumah tangga berinteraksi satu sama lain dan setiap anggota keluarga menjalankan perannya masing-masing untuk menciptakan dan mempertahankan suatu kebudayaan (Husnaniyah et al., 2022). Menurut Johnson 2010, keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang memiliki hubungan darah yang sama atau tidak, yang salit terlibat satu sama lain dalam kehidupan, yang tinggal dalam satu atap, dan mempunyai ikatan emosional. Keluarga merupakan sistem terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh suprasistemnya yaitu lingkungan (masyarakat) dan sebaliknya sebagai subsistem dari lingkungan (masyarakat) keluarga dapat mempengaruhi masyarakat (suprasistem). Oleh karena itu, betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat biopsikososial spiritual. Jadi keluarga sangatlah tepat sebagai titik sentral pelayanan keperawatan. Diyakini bahwa keluarga yang sehat akan mempunyai anggota yang sehat dan mewujudkan masyarakat yang sehat pula (Leininger dalam Andarmoyo, 2012).

2.2.2 Struktur Keluarga

Struktur keluarga terdiri dari beberapa macam, antara lain :

a. Patrilineal

Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

b. Matrilineal

Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c. **Matrilokal**

Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

d. **Patrilokal**

Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. **Keluarga Kawinan**

adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembimbing keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Johnson, 2010).

2.2.3 Tipe Keluarga

Pembagian tipe keluarga tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan. Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu (Setiadi, 2008) :

a. **Secara Tradisional**

1) **Keluarga inti (Nuklear Family)**

adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

2) **Keluarga Besar (Extended Family)**

adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi)

b. Secara Modern

Berkembangnya peran individu dan meningkatkan rasa individualisme

maka pengelompokkan tipe keluarga selain diatas, adalah

(Setiawan, 2016) :

1) Tradisional Nuclear

Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2) Reconstituted Nuclear

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.

3) Niddle Age/Aging Couple

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah/kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.

4) Dyadic Nuclear

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah.

5) Single Parent

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

6) Dual Carrier

Suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

7) Commuter Married

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

8) Single Adult

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

9) Three Generation

Tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

10) Institusional

Anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

11) Comunal

Satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

12) Group Marriage

Satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

13) Unmarried Parent and Child

Ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

14) Cohabiting Couple

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

15) Gay and lesbian family

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

2.2.4 Fungsi Keluarga

Menurut Setiadi 2008, terdapat beberapa fungsi keluarga antara lain:

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi keluarga berkaitan dengan fungsi internal keluarga yang memberikan kasih sayang, rasa aman, dan dukungan psikososial kepada anggotanya.. Fungsi afektif berhasil ketika orang hidup dalam keluarga yang bahagia. Citra diri yang positif, perasaan penting dan memiliki, serta kasih sayang semuanya dipupuk oleh anggota keluarga.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi Sosialisasi adalah mengembangkan dan sebagai tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum anak meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga serta kelangsungan keturunan.

d. Fungsi Ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga

e. Fungsi pemeliharaan kesehatan

Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang dapat digunakan untuk menjaga kesehatan dan produktivitas seluruh anggota keluarga tetap tinggi. Kemampuan keluarga untuk memberikan asuhan keperawatan atau pemeliharaan.

2.2.5 Tugas Keluarga

Menurut Setiawan (2008) dalam (Pasaribu, 2021) tugas keluarga dalam kesehatan terbagi menjadi 5 yaitu :

a. Mengetahui masalah kesehatan

Mengenai masalah kesehatan setiap perubahan sekecil apapun yang dialami oleh anggota keluarga secara tidak langsung menjadi

perhatian dan tanggung jawab keluarga, sehingga apabila terjadi perubahan segera dicatat perubahan tersebut.

b. Mengambil keputusan

Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Keluarga mencari pertolongan yang sesuai dengan keadaan keluarga dan diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan untuk menentukan tindakan keluarga untuk melakukan tindakan yang tepat sehingga masalah kesehatannya dapat dikurangi atau teratasi.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Memberi pelayanan kesehatan kepada anggota keluarga yang sakit. Keluarga memfasilitasi kepada anggota keluarga untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

d. Memodifikasi lingkungan rumah

Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat. Keluarga harus mengkondisikan suasana rumah agar dapat menjadikan lambing ketenangan, keindahan, ketentraman dan yang lebih penting adalah dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga.

e. Memanfaatkan fasilitas kesehatan

Mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat. Keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan sumber fasilitas kesehatan yang ada disekitar, apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan penyakit.

2.3 Konsep Kegawatdaruratan

2.3.1 Pengertian Gawat Darurat

Gawat darurat (*emergency care*) adalah bagian dari pelayanan kedokteran yang dibutuhkan oleh penderita dalam waktu segera untuk menyelamatkan kehidupan (*life saving*) (Nurhasim, 2015). Gawat darurat adalah unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecatatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin (Setyawan, 2015).

Kegawatdaruratan secara umum dapat diartikan sebagai suatu keadaan yang dinilai sebagai ketergantungan seseorang dengan menerima tindakan medis atau evaluasi tindakan operasi dengan segera. Berdasarkan definisi tersebut *the American of Emergency Physicians states* dalam melakukan penatalaksanaan kegawatdaruratan memiliki prinsip awal dalam mengevaluasi, melaksanakan, dan menyediakan terapi pada pasien-pasien dan trauma yang tidak dapat di duga sebelumnya serta penyakit lainnya (Setyawan, 2015). Pelayanan gawat darurat merupakan pelayanan yang dapat memberikan tindakan cepat dan tepat pada seorang atau kelompok agar dapat meminimalkan angka kematian dan mencegah terjadinya kecacatan. Upaya peningkatan gawat darurat ditujukan untuk menunjang pelayanan dasar, sehingga dapat menanggulangi

pasien gawat darurat baik dalam sehari-hari maupun dalam keadaan bencana (Nurhasim, 2015).

2.3.2 Ruang Lingkup Pelayanan Gawat Darurat

a. Pasien dengan kasus true emergency

Yaitu pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat darurat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya.

b. Pasien dengan kasus false emergency

Yaitu pasien dengan:

1. Keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat
2. Keadaan gawat tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badan
3. Keadaan tidak gawat dan tidak darurat (Nurhasim, 2015).

Menurut (Setyawan, 2015), penatalaksanaan awal diberikan untuk:

1. Mempertahankan hidup
2. Mencegah kondisi menjadi lebih buruk
3. Meningkatkan pemulihan

Menurut (Setyawan, 2015), seorang yang memberikan penatalaksanaan awal di ruang IGD harus:

1. Mengkaji sesuatu
2. Menentukan diagnosis untuk setiap korban

3. Memberikan penanganan yang cepat dan adekuat, mengingat bahwa korban mungkin memiliki lebih dari satu cedera dan beberapa korban akan membutuhkan perhatian daripada yang lain
4. Tidak menunda pengiriman korban ke Rumah Sakit sehubungan dengan kondisi serius

Pada penderita trauma, waktu sangat penting, oleh karena itu diperlakukan adanya suatu cara yang mudah dilaksanakan. Proses ini dikenal sebagai *initial assessment* (penilaian awal) dan meliputi (Setyawan, 2015):

1. Persiapan
2. Triase
3. *Primary survey* (ABCDE)
4. Resusitasi
5. Tambahan terhadap *primary survey* dan resusitasi
6. *Secondary survey*, pemeriksaan head to toe dan anamnesis
7. Tambahan terhadap *Secondary survey*
8. Pemantauan dan re-evaluasi berkelanjutan

2.3.3 Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan gawat darurat adalah penanganan yang memerlukan pertolongan secara cepat, tepat, dan cermat untuk mencegah kematian atau kecacatan dimana pelayanan pasien gawat darurat memegang peranan yang sangat penting yaitu *time saving* is

life saving yang berarti waktu adalah nyawa (Haryatun & Sudaryanto, 2008). Dalam melakukan pelayanan gawat darurat terdapat *primary survey* dan *secondary survey*.

1. **Primary Survey**

Penatalaksanaan awal pada pasien primary survey dilakukan pendekaan melalui ABCDE yaitu:

1. Airway

Airway manajemen merupakan hal yang terpenting dalam resusitasi dan membutuhkan keterampilan yang khusus dalam penatalaksanaan keadaan gawat darurat, oleh karena itu hal pertama yang harus dinilai adalah kelancaran jalan napas, yang meliputi pemeriksaan jalan napas yang dapat disebabkan oleh benda asing, fraktur wajah, fraktur mandibula atau maksila, fraktur laring atau trakea, gangguan airway dapat timbul secara mendadak dan total, perlahan-lahan dan sebagian, dan progresif dan atau berulang (Setyawan, 2015). Dalam (Setyawan, 2015), kematian-kematian dini karena masalah airway seringkali masih dapat dicegah, dan dapat disebabkan oleh:

- a. Kegagalan mengetahui adanya kebutuhan airway
- b. Ketidakmampuan untuk membuka airway
- c. Kegagalan mengetahui adanya airway yang dipasang keliru

- d. Perubahan letak airway yang sebelumnya telah dipasang
- e. Kegagalan mengetahui adanya kebutuhan ventilasi
- f. Aspirasi isi lambung

2. Breathing

Oksigen sangat penting bagi kehidupan. Sel-sel memerlukan pasokan konstan O₂ yang digunakan untuk menunjang reaksi kimawi penghasil energi, yang menghasilkan CO₂ yang harus dikeluarkan secara terus-menerus. Airway yang baik tidak dapat menjamin pasien dapat bernapas dengan baik pula (Setyawan, 2015). Menjamin terbukanya airway merupakan langkah awal penting untuk pemberian oksigen, oksigenasi yang memadai menunjukkan pengiriman oksigen sesuai ke jaringan untuk 24 memenuhi kebutuhan metabolik, efektivitas ventilasi dapat dinilai secara klinis (Setyawan, 2015). Pernapasan yang tidak adekuat, ventilasi dengan menggunakan teknik bag-valve-face-mask merupakan cara yang efektif, teknik ini lebih efektif apabila dilakukan oleh dua orang dimana kedua tangan dari salah satu petugas dapat

digunakan untuk menjamin kerapatan yang baik (Setyawan, 2015).

3. Circulation

Perdarahan merupakan penyebab kematian setelah trauma. Oleh karena itu penting melakukan penilaian dengan cepat status hemodinamik dari pasien, yakni dengan menilai tingkat kesadaran, warna kulit dan nadi (Setyawan, 2015).

a. Tingkat kesadaran

Bila volume darah menurun perfusi otak juga berkurang yang menyebabkan penurunan tingkat kesadaran.

b. Warna kulit

Wajah yang keabu-abuan dan kulit ekstremitas yang pucat merupakan tanda hipovolemia

c. Nadi

Pemeriksaan nadi dilakukan pada nadi yang besar seperti arteri femoralis dan arteri karotis (kanan kiri), untuk kekuatan nadi, kecepatan dan irama. Dalam keadaan darurat yang tidak tersedia alat-alat, maka secara cepat kita dapat memperkirakan tekanan darah dengan meraba pulsasi:

- 1) Jika teraba pulsasi pada arteri brachial, maka tekanan darah minimal 70 mmHg sistol.

- 2) Jika teraba pulsasi pada arteri radial, maka tekanan darah minimal 80 mmHg sistol
- 3) Jika teraba pulsasi pada arteri femoral, maka tekanan darah minimal 70 mmHg sistol
- 4) Jika teraba pulsasi pada arteri carotid, maka tekanan darah minimal 60 mmHg sistol.

4. Disability

Menjelang akhiri primary survey dilakukan evaluasi terhadap keadaan neurologis secara cepat. Hal yang dinilai adalah tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil. Tanda-tanda lateralisasi dan tingkat cedera spinal. Cara cepat dalam mengevaluasi status neurologis yaitu dengan menggunakan AVPU, sedangkan GCS (*Glasgow Coma Scale*) merupakan metode yang lebih rinci dalam mengevaluasi status neurologis, dapat dilakukan pada saat survey sekunder (Setyawan, 2015).

5. Exposure

Exposure/environmental control, membuka baju penderita, tetapi cegah hipotermia merupakan bagian akhir dari primary survey, penderita harus dibuka keseluruhan pakaiannya, kemudian nilai pada keseluruhan bagian tubuh. Periksa punggung dengan memiringkan pasien dengan cara log roll. Selanjutnya selimuti penderita dengan selimut kering dan hangat,

ruangan yang cukup hangat dan diberikan cairan intra-vena yang sudah dihangatkan untuk mencegah agar pasien tidak hipotermi (Setyawan, 2015).

b. Secondary survey

Setelah dilakukan primary survey dan masalah yang terkait dengan jalan napas, pernapasan, sirkulasi dan status kesadaran telah selesai dilakukan tindakan, maka tahapan selanjutnya adalah secondary survey. Pada secondary survey pemeriksaan lengkap mulai dari head to toe.

Berdasarkan Kemenkes RI, No. 856, Tahun 2009, setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan:

- a. Melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat
- b. Melakukan resusitasi dan stabilisasi (life saving)
- c. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu
- d. Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit di seragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- e. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat
- f. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD

- g. Organisasi Instalasi Gawat Darurat di dasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi, dan terintegrasi, dengan struktur organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana, yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh dokter
- h. Setiap rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya.

2.3.4 Penilaian Awal (Triage)

Sistem tingkat kedaruratan triage mempunyai arti yang penting karena triage merupakan suatu proses mengomunikasikan kondisi kegawatdaruratan pasien di Dalam IGD. Jika data hasil pengkajian triage dikumpulkan secara akurat dan konsisten, maka suatu IGD dapat menggunakan keterangan tersebut untuk menilai dan menganalisis, serta menentukan suatu kebijakan, seperti berapa lama pasien dirawat di IGD, berapa hari pasien harus dirawat di rumah sakit jika pasien diharuskan untuk rawat inap, dan sebagainya (Kartikawati, 2011).

Adapun beberapa kategori triage, diantaranya yaitu:

1. Skala Triage Australia

Skala triage Australia ini banyak digunakan di IGD rumah sakit di Australia. Penghitungan waktu dimulai sejak pasien pertama kali tiba di UGD, pemeriksaan tanda-tanda vital dilakukan hanya jika perawat akan mengambil

keputusan tingkat kedaruratan triage. Selain itu, proses triage meliputi pemeriksaan kondisi kegawat daruratan pasien secara menyeluruh (Kartikawati, 2011):

2. Skala Triage Kanada

Sekelompok dokter dan perawat di Kanada mengembangkan skala akuitas dan triage lima tingkat. Setiap tingkat triage mewakili beberapa keluhan dari pasien. Pada triage tingkat 1, contoh kasusnya: serangan jantung, trauma berat, gagal napas akut, dan lain-lain. Sementara itu, triage tingkat 5, contohnya pasien terkilir, luka ringan, dan sebagainya. Triage yang dilakukan oleh perawat harus berdasarkan ilmu dan pengalaman tentang proses pemilihan pasien berdasarkan tingkat kedaruratannya.

Dalam melakukan proses triage, perawat mengambil keputusan tentang: seberapa lama pasien dapat menunggu tindakan sebelum perawat melakukan pengkajian secara komprehensif dan seberapa lama pasien dapat menunggu untuk selanjutnya diperiksa dokter yang akan merawatnya. Jawaban terhadap pertanyaan-pertanyaan tersebut membantu menentukan tingkat kedaruratan pasien di mana respons pasien pada setiap levelnya dapat berbeda-beda (Kartikawati, 2011).

3. Skala Triage Manchester

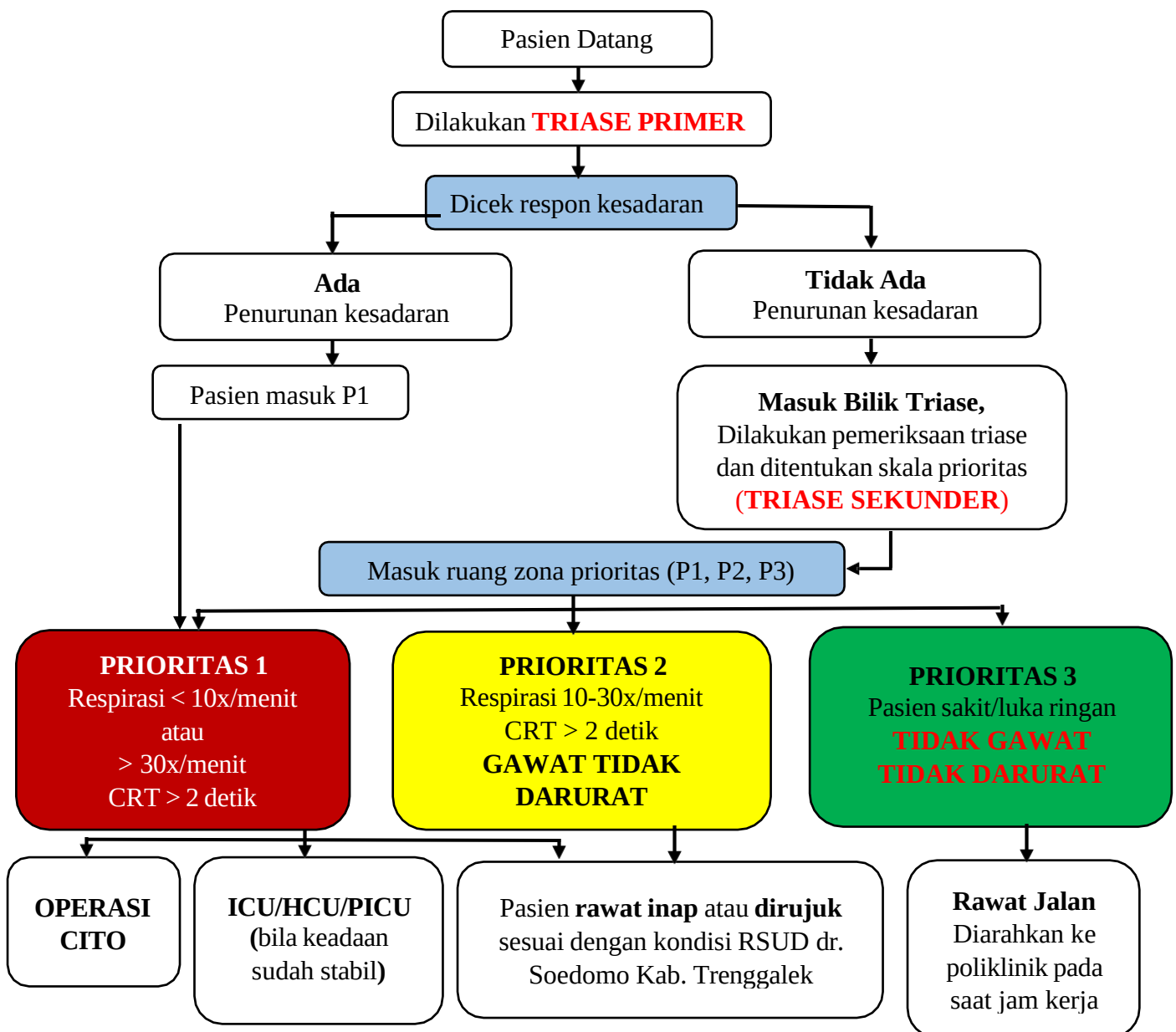
Skala triage Manchester dikembangkan di Inggris oleh kelompok perawat dan dokter gawat darurat. Setiap tingkatan pada triage ini diberi nama, nomor, dan warna sebagai pedoman perawat dalam memberikan perawatan kepada pasien. Perawat menanyakan tanda dan gejala kepada pasien, jawaban iya dari pasien menunjukkan tingkat kedaruratan pasien (Kartikawati, 2011).

2.3.5 Standar Pelayanan Kegawatdaruratan

Latar belakang pentingnya diatur standar IGD karena pasien yang masuk ke IGD rumah sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat, untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuan sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan response time yang cepat dan penanganan yang tepat. Semua itu dapat dicapai antara lain dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai dengan standar. Disisi lain, desentralisasi dan otonomi telah memberikan peluang daerah untuk mengembangkan daerahnya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuannya. Oleh karenanya, perlu membuat standar yang baku dalam pelayanan gawat darurat yang dapat menjadi acuan bagi daerah dalam mengembangkan pelayanan gawat darurat khususnya di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit.

2.3.6 Alur Pelayanan Pasien di Instalasi Gawat Darurat

Alur pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat adalah tata cara penerimaan dan pelayanan pasien sesuai dengan standar operasional prosedur agar pasien dapat ditangani dengan cepat, tepat, dan konsisten sesuai dengan triase. Tujuan dari adanya alur pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat adalah memastikan bahwa pelayanan dan penanganan pasien dilakukan sesuai dengan kategori triase rumah sakit dan sebagai bentuk upaya dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Alur pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat menurut Kebijakan Rumah Sakit Dr. Soedomo Trenggalek adalah sebagai berikut:



Gambar 1. 1 Alur pelayanan pasien di IGD di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek

(Sumber: Sistem Pelayanan Publik Indonesia, 2011)

Setelah pasien datang ke IGD, perawat dengan segera melakukan triase primer yaitu melakukan pemeriksaan dengan metode ABCDE. Setelah dilakukan triase primer, pasien dilakukan pemeriksaan respon kesadaran. Apabila terdapat penurunan kesadaran, pasien masuk

kedalam kategori P1 dan apabila tidak terdapat penurunan kesadaran pasien masuk ke bilik triase untuk dilakukan triase sekunder. Setelah dilakukan triase sekunder, pasien masuk ke zona prioritas (P1, P2, atau P3) sesuai dengan keadaan pasien. Terdapat beberapa tindakan untuk pasien P1 yaitu operasi cito, masuk ke ICU, HCU, atau PICU apabila keadaan sudah stabil, atau pasien masuk ke rawat inap/dirujuk. Tindakan pada pasien P2 yaitu diarahkan untuk rawat inap atau dirujuk sesuai dengan kondisi RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Tindakan pada pasien P3 yaitu rawat jalan yang diarahkan untuk ke poliklinik pada saat jam kerja.

2.4 Konsep Triase

2.4.1 Definisi Triase

Triase merupakan cara pemilahan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia. Terapi didasarkan pada keadaan ABC (Airway, dengan cervical spine control, Breathing dan Circulation dengan control pendarahan). Triase berlaku untuk pemilihan penderita baik dilapangan maupun di Rumah sakit .(Meggy s, Dkk, 2017).

2.4.2 Tujuan Triase

- a. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa.
- b. Memprioritaskan pasien menurut kondisi keakutannya.
- c. Menempatkan pasien sesuai dengan keakutannya berdasarkan pada pengkajian yang tepat dan akurat.

- d. Menggali data yang lengkap tentang keadaan pasien (Kartikawati, 2019)

2.4.3 Prinsip Triase

- a. Triase harus dilakukan dengan segera dan singkat.
- b. Kemampuan untuk menilai dan merespon dengan cepat kemungkinan yang dapat mengancam nyawa dalam departemen gawat darurat.
- c. Pengkajian harus dilakukan secara adekuat dan akurat. Keakuratan dan ketepatan data merupakan kunci dalam proses pengkajian.
- d. Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian.
- e. Keselamatan dan keefektifan perawatan pasien dapat direncanakan jika terdapat data informasi yang akurat dan adekuat.
- f. Intervensi yang dilakukan berdasarkan kondisi keakutan pasien.
- g. Tanggung jawab yang paling utama dari proses triase yang digunakan perawat adalah keakuratan dalam mengkaji pasien dan memberikan perawatan sesuai dengan prioritas pasien. Hal ini termasuk intervensi terapeutik dan prosedur diagnostik.
- h. Tercapainya kepuasan pasien :
 - a. Perawat triase harus menjalankan triase secara simultan, cepat, dan langsung sesuai keluhan pasien.
 - b. Menghindari keterlambatan dalam perawatan pada kondisi yang kritis.
 - c. Memberikan dukungan emosional pada pasien dan keluarga.

- d. Penempatan pasien yang benar pada tempat yang benar saat waktu yang benar dengan penyediaan pelayanan yang benar (Kartikawati, 2019).

2.4.4 Klasifikasi Triase

1. Klasifikasi Kegawatan Triase

Klasifikasi triage dibagi menjadi tiga prioritas, yaitu *Emergency*, *urgent*, *nonurgent* menurut *Ethiopian News Agency* (ENA) ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan pada saat melakukan triage yaitu, keadaan fisik, psikososial, dan tumbuh kembang. Termasuk, mencakup segala bentuk gejala ringan, gejala berulang, atau gejala peningkatan. Berikut klasifikasi pasien dalam sistem triase

- a. Gawat Darurat (Prioritas 1:P1) Gawat darurat merupakan keadaan yang mengancam nyawa, dimana pasien membutuhkan tindakan segera. Jika tidak pasien akan mengalami kemungkinan paling fatal yaitu kematian. Kondisi gawat darurat dapat disebabkan oleh adanya gangguan ABC dan / atau mengalami beberapa gangguan lainnya. Gangguan ABC meliputi jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi. Adapun kondisi gawat darurat yang dapat berdampak fatal, seperti gangguan cardiac arrest, trauma mayor dengan perdarahan dan mengalami penurunan kesadaran.

- b. Gawat tidak Darurat (Prioritas 2:P2) Pasien yang memiliki penyakit mengancam nyawa, namun keadaannya tidak memerlukan tindakan gawat darurat dikategorikan prioritas 2. Penanganan yang dilakukan ialah tindakan resusitasi. Selanjutnya tindakan dapat diteruskan dengan member rekomendasi ke dokter spesialis sesuai penyakitnya. Pasien yang termasuk antara lain penderita kanker tahap lanjut. Contoh kanker serviks, sickle cell, dan banyak penyakit yang sifatnya mengancam nyawa namun masih ada waktu untuk penanganan (Mardalena, 2019).
- c. Darurat tidak Gawat (prioritas 3; P3) Pasien darurat namun tidak gawat memiliki penyakit yang tidak mengancam nyawa, namun memerlukan tindakan darurat. Jika pasien dengan prioritas 3 dalam kondisi sadar dan tidak mengalami gangguan ABC , maka pasien dapat ditindaklanjuti ke poliklinik. Pasien dapat diberi terapi definitive, otitis media, fraktur minor atau tertutup dan sebagainya (Mardalena, 2019).
- d. Tidak gawat tidak Darurat (Prioritas 4: P4) Klasifikasi triage ini adalah yang paling ringan di antara triage lainnya. Pasien yang masuk dalam kategori ini iadalah pasien yang tidak memerlukan tindakan gawat darurat, contoh penyakit ringan seperti flu, penyakit panu, batuk-filek, dan gangguan seperti demam ringan (Mardalena, 2019).

2. Klasifikasi Tingkat Prioritas

Klasifikasi triage dari tingkat keutamaan atau prioritas dibagi menjadi 4 kategori warna. Dalam dunia keperawatann klasifikasi ini ditandai dengan beberapa warna. Warna tersebut digunakan untuk menentukan penanganan yang akan diberikan. Prioritas pemberian warna juga dilakukan untuk memberikan penilaian dan intervensi penyelamatan nyawa. Intervensi digunakan untuk mengidentifikasi injury. Mengetahui tindakan yang tepat dan cepat memberikan dampak yang signifikan bagi keselamatan pasien. Hal ini disebut juga dengan intervensi live saving. Intervensi live saving dilakukan sebelum menetapkan kategori triage. (Mardalena, 2019).

Berikut beberapa warna yang sering digunakan triase:

a. Merah

Warna merah digunakan untuk menandai pasien yang harus segera ditangani atau tingkat prioritas pertama. Warna ini menandakan pasien dalam keadaan mengancam jiwa dan menyerang bagian vital. Pasien dengan triage merah memerlukan tindakan bedah dan resusitasi sebagai langkah awal sebelum dilakukan tindakan lanjutnya. Pasien dengan tanda merah, jika tidak segera ditangan bisa menyebabkan kematian yang termasuk prioritas merah diantaranya henti

jantung, perdarahan besar, henti nafas, dan pasien yang tidak sadarkan diri.

b. Kuning

Pasien yang diberi tanda kuning juga harus ditangani dengan segera. Hanya saja, tanda kuning menjadi prioritas kedua dan dapat mengancam fungsi vital jika tidak segera ditangani. Contoh pada pasien yang mengalami luka bakar tingkat II dan III kurang dari 25% mengalami trauma thorak, trauma bola mata, dan laserasi usus. Yang termasuk prioritas ini adalah, terjadinya luka bakar pada daerah vital, seperti kemaluan dan airway, terjadi luka di kepala atau subdural hematoma yang ditandai dengan muntah. Penderita hematoma memiliki kecepatan nadi kurang dari 60 kali per menit, nafas tidak teratur, lemah, reflek, dan kurang menerima rangsangan.

c. Hijau

Warna hijau merupakan tingkat dengan prioritas ketiga dengan pasien yang hanya perlu penanganan dan pelayanan biasa. Dalam arti, pasien tidak dalam keadaan gawat darurat. Pada prioritas ini menandakan bahwa pasien hanya mengalami luka ringan atau sakit ringan, misalnya luka superficial, fraktur ringan dengan perdarahan, benturan ringan atau laserasi, dan histeris.

d. Hitam

Warna hitam digunakan untuk pasien yang memiliki kemungkinan hidup kecil. Tanda hitam digunakan juga untuk pasien yang belum ditemukan cara untuk menyembuhkannya dan kepada pasien yang tidak bernafas setelah dilakukan intervensi live saving. Beberapa kategori yang termasuk dalam uji prioritas hitam adalah pasien yang mengalami trauma kepala dengan otak keluar, spinal injury, dan pasien multiple injury (Mardalena, 2019).

3. Klasifikasi Berdasarkan Tingkat Keakutan

Ada lima tingkatan, berdasarkan tingkat keakutan sebagai berikut:

a. Kelas I

Kelas satu yaitu pasien yang masih mampu menunggu lama tanpa menyebabkan bahaya atau tidak mengancam nyawa. Contohnya, pasien dengan memar minor.

b. Kelas II

Pasien yang termasuk ke dalam kelas ini ialah pasien yang memiliki penyakit ringan dan tidak membahayakan pasien. Contohnya, demam biasa, flu, atau sakit gigi.

c. Kelas III

Pada kelas ini pasien berada dalam kondisi sedikit mendesak. Pasien tidak mampu menunggu lama hanya

mampu menunggu sekitar dua jam. Contoh pada pasien dengan otitis media.

d. Kelas IV

Kelas IV pasien tidak dapat menunggu kurang dari dua jam, hanya bisa bertahan setelah pasien diberikan pengobatan karena kondisi yang urgent. Contoh pada pasien dengan asma, fraktur panggul dan laserasi berat.

e. Kelas V

Pasien pada kelas ini adalah pasien yang gawat darurat yang harus segera ditangani karena dapat menyebabkan kematian pada pasien. Contohnya pasien syok, henti jantung dan gagal jantung (Mardalena, 2019).

2.4.5 Proses Triase

Prinsip dari proses triage ialah untuk mengumpulkan data dan keterangan sesuai dengan kondisi pasien dengan cepat, tepat waktu, dan jelas. Upaya untuk mengelompokkan pasien berdasarkan tingkat kegawatan pasien agar segera ditangani. Ada dua hal penting untuk memahami proses triage, yaitu undertriage dan uptriage.

1. Undertriage

Merupakan suatu proses meremehkan (underestimating) tingkat keparahan atau cedera pada pasien. Contoh, pasien yang harus segera ditangani dan diobati masuk prioritas pertama. Namun, pasien prioritas kedua dikategorikan sebagai pasien yang masih bisa untuk bertahan,

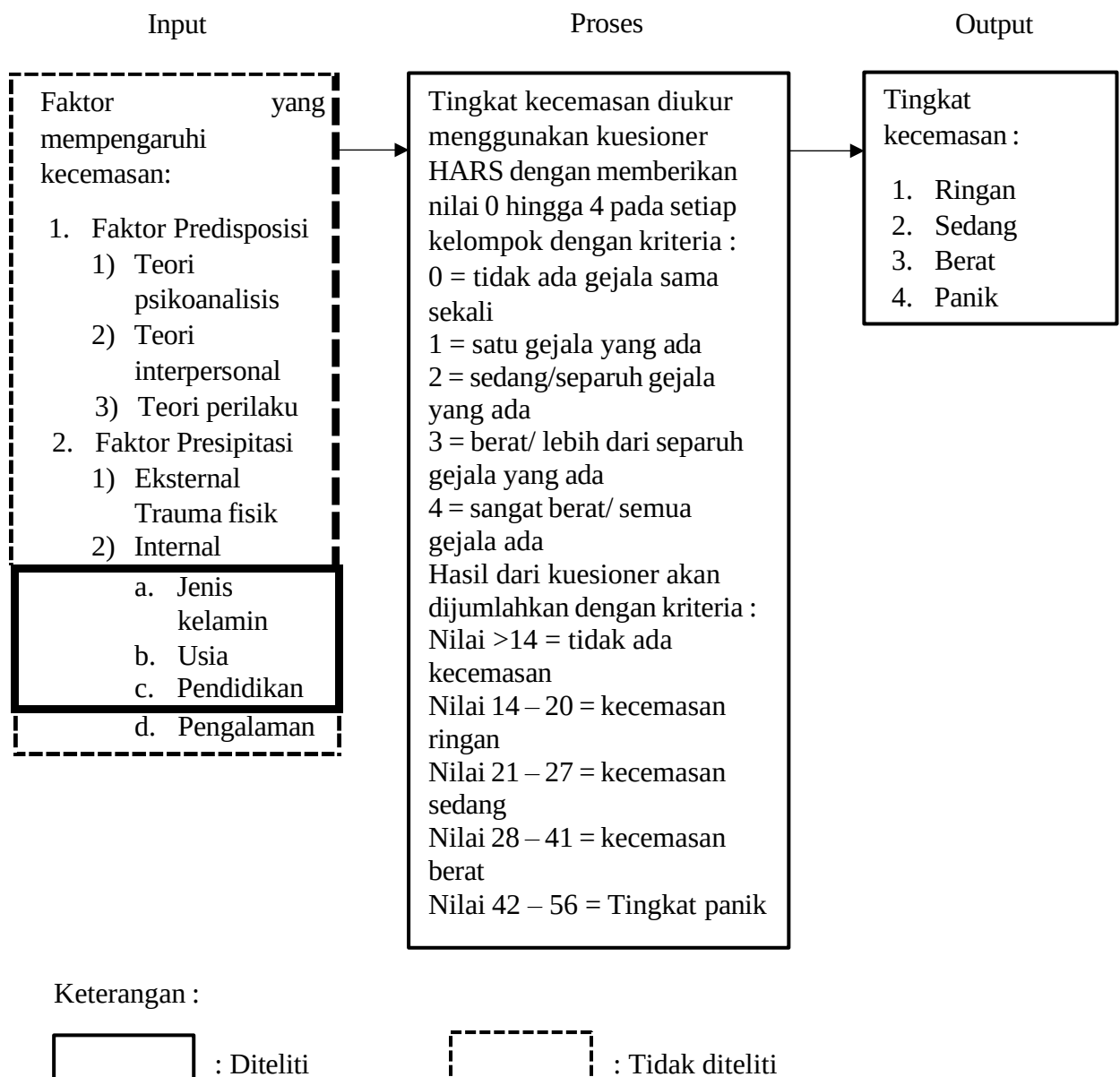
sehingga perawat bisa untuk menunda dan mengutamakan yang paling parah.

2. Uptriage

Uptriage adalah proses overertimating tingkat individu yang mengalami sakit dan cedera. Uptriage dilakukan perawat yang mengalami keraguan ketika melakukan triage. Contoh, perawat merasa ragu menentukan pasien masuk prioritas 3 atau 2. Oleh sebab itu, perawat bisa saja mengganti prioritas awalnya ditetapkan prioritas 2 menjadi prioritas 3, atau sebaliknya. Uptriage digunakan untuk menghindari penurunan kondisi pasien (Mardalena, 2019).

2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu hubungan yang akan menghubungkan secara teoritis antara berbagai variabel penelitian, di antaranya yaitu variabel terikat atau dependen dengan variabel bebas atau independen yang akan diukur atau diamati melalui proses penelitian yang akan dilaksanakan (Sugiyono, 2017). Kerangka konsep pada penelitian ini adalah:



Gambar 2.1 Kerangka Kerja Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Pada Triase Merah di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Soedomo