

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KECEMASAN
PADA PASIEN KATEGORI TRIAGE P2 LABEL KUNING
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD BANGIL**



Oleh:

BRIAN SESAR ROSELY
NIM. 1406.14201.290

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDYAGAMA HUSADA
MALANG
2018**

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KECEMASAN
PADA PASIEN KATEGORI TRIAGE P2 LABEL KUNING
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD BANGIL**



Diajukan Sebagai Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Tinggi Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Oleh:

BRIAN SESAR ROSELY
NIM. 1406.14201.290

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIDAGAMA HUSADA
MALANG
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang :

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KECEMASAN
PADA PASIEN KATEGORI TRIAGE P2 LABEL KUNING
DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD BANGIL

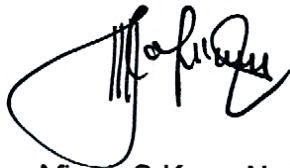
BRIAN SESAR ROSELY

NIM.1406.14201.290

Malang, 28 Juli 2018

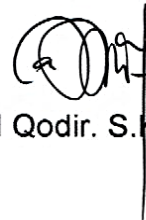
Menyetujui,

Pembimbing I



(Nurma Afiani. S.Kep., Ners., M.Kep)

Pembimbing II



(Abdul Qodir. S.Kep., Ners M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Pada

Tanggal 01 Agustus 2018

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KECEMASAN PADA PASIEN KATEGORI TRIAGE P2 LABEL KUNING DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD BANGIL

BRIAN SESAR ROSELY

NIM.1406.14201.290

Mizam Ari Kurniyanti. S.Kep., Ners., M.Kep



Penguji I

Nurma Afiani. S.Kep., Ners., M.Kep



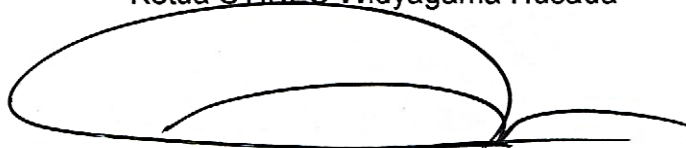
Penguji II

Abdul Qodir. S.Kep., Ners., M.Kep



Penguji III

Mengetahui
Ketua STIKES Widyagama Husada



dr. Rudy Joegijantoro, MMRS
NIP. 197110152001121006

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan Rahmat dan Kasih KaruniaNya sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi dengan judul “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Pasien Kategori P2 Label Kuning Di IGD RSUD Bangil” sebagai persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah Program studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Widyagama Husada.

Penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari kesulitan dan hambatan, namun berkat bimbingan, arahan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan.

Pada kesempatan ini kami sampaikan terima kasih dan penghargaan yang penuh kepada dan selaku pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran sehingga terwujudnya skripsi ini.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. dr. Rudi Joegijantoro, MMRS selaku Ketua STIKES Widyagama Husada Malang.
2. dr. Wira Daramatasia, M.Biomed selaku Wakil 1 Bidang Akademik dan Kemahasiswaan STIKES Widyagama Husada Malang
3. Nurma Afiani, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Kaprodi Keperawatan STIKES Widyagama Husada Malang dan juga penguji kedua serta pembimbing pertama saya yang memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini..

4. Mizam Ari Kurniyanti S.Kep., Ners., M.Kep selaku penguji pertama yang telah memberikan saran dan masukan tentang skripsi ini.
5. Abdul Qodir, S.Kep., Ners., M.Kep selaku penguji ketiga dan pembimbing kedua yang memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Bangil, yang telah memberikan ijin untuk lokasi pelaksanaan penelitian.
7. Kepala Ruangan beserta staf Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil.
8. Orang tua dan keluarga saya atas dukungan moral, material, dan berbagai bentuk dukungan lainnya yang luar biasa selama pekerjaan skripsi ini.
9. Seluruh rekan mahasiswa jurusan Keperawatan STIKES Widyagama Husada Malang angkatan 2014 yang tidak bisa saya sebutkan namanya satu-persatu.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan yang setimpal atas segala amal yang diberikan dan semoga skripsi ini berguna baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini, masih jauh dari kata sempurna meskipun penulis telah berusaha semaksimal mungkin. Hal tersebut disebabkan keterbatasan pengetahuan dan penalaran yang terdapat pada diri penulis, oleh sebab itu kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini sangat penulis harapkan.

Malang, 30 April 2018

ABSTRACT

Rosely, Brian Sesar. 2018. *Factors Affecting Anxiety in Yellow Label Triage P2 Patients in the Emergency Department of Bangil Regional Public Hospital*. Thesis. S1 Nursing Science Study Program of Widyagama Husada School of Health. Advisors: (1) Ns.Nurma Afiani, S.Kep., M.Kep. (2) Ns.Abdul Qodir, S.Kep., M.Kep

Background: Triage is a system for selecting patients at the Emergency Department based on their severity. Triage is divided into 4 categories, P1, P2, P3 and P4/P0. The process of treatment in the Emergency Department often neglect the mental aspects, which finally lead to variety of psychological problems for patients, one of which is anxiety. Patients with P2 category often experience problems with anxiety. The anxiety experienced is usually related to the new environment, the procedure of treatment and also the pain experienced.

Objective: Analyze the factors that influence anxiety in patients with yellow Label P2 triage category.

Method: This research used observational design with cross sectional approach. The sampling technique used was purposive sampling with a research instrument in the form of STAI anxiety questionnaire. The number of respondents were 83 people according to the inclusion and exclusion criteria. The statistical test used was chi-square and to find out the most influential factors on anxiety, it was used logistic regression analysis.

Result: Among 83 respondents, the majority experienced anxiety, that was 62 respondents (74.7%). In logistic regression analysis, it was found that the most influential factor on anxiety was nurse communication ($p=0,000$). OR value was 12,600 and the probability of patients to experience anxiety due to less effective nurse communication was 93%.

Suggestion: Nurses are suggested to improve services for patients without ignoring the psychological aspects, namely by improving the nurse's therapeutic communication skills.

References : 70 references (1994-2016)

Keywords : Factors affecting, anxiety, *triage* P2, emergency department.

ABSTRAK

Rosely, Brian Sesar. 2018. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan pada Pasien Kategori Triage P2 Label Kuning di IGD RSUD Bangil*. Skripsi. Program Studi S1-Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang. Pembimbing: (1) Ns.Nurma Afiani,S.Kep.,M.Kep. (2) Ns.Abdul Qodir,S.Kep.,M.Kep

Latar Belakang: *Triage* merupakan sistem pemilihan pasien di IGD berdasarkan derajat keparahannya. *Triage* terbagi menjadi 4 kategori yaitu P1, P2, P3 dan P4/P0. Proses perawatan di IGD seringkali mengabaikan aspek-aspek mental, sehingga menimbulkan berbagai permasalahan psikologis bagi pasien, yang salah satunya adalah kecemasan. Pasien dengan kategori P2 sering kali mengalami masalah dengan kecemasan. Kecemasan yang dialami biasanya terkait dengan lingkungan asing, prosedur tindakan dan juga situasi sakit yang dialami.

Tujuan: Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien kategori *triage* P2 Label kuning.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain *observasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan instrumen penelitian berupa kuesioner kecemasan STAI. Jumlah responden adalah 83 orang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Uji statistik yang digunakan adalah *chi-square* dan untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap kecemasan digunakan analisis *regresi logistik*.

Hasil: Dari 83 responden, mayoritas mengalami kecemasan sebanyak 62 responden (74,7%). Pada analisis regresi logistik didapatkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap kecemasan adalah komunikasi perawat ($p=0,000$). Nilai OR 12,600 dan probabilitas pasien untuk mengalami kecemasan dengan komunikasi perawat yang kurang baik adalah 93%.

Saran: Perawat perlu meningkatkan pelayanan bagi pasien tanpa mengabaikan aspek psikologis, yaitu dengan meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik perawat.

Kepustakaan : 70 Kepustakaan (1994-2016)

Kata Kunci : Faktor yang mempengaruhi, kecemasan, *triage* P2, instalasi gawat darurat.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRACT.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus.....	9
D. Manfaat	9
1. Manfaat Teoritis	9
2. Manfaat Praktis.....	9
BAB II TINJAUAN KONSEP	11
A. Triage	11
1. Definisi.....	11
2. Tujuan <i>Triage</i>	12

3. Prinsip <i>Triage</i>	12
4. Prioritas <i>Triage</i>	13
5. Protap pada triage	16
6. <i>TRIAGE PACS (Patient Acuity Category Scale)</i>	18
7. Proses <i>Triage</i> Keperawatan.....	21
B. Kecemasan	23
1. Definisi.....	23
2. Tingkatan kecemasan.....	24
3. Etiologi.....	26
4. Aspek-aspek kecemasan (<i>Anxiety</i>)	31
5. Jenis-jenis kecemasan (<i>anxiety</i>)	32
6. Ciri-ciri dan gejala kecemasan (<i>anxiety</i>).....	33
7. Faktor-faktor yang menimbulkan kecemasan (<i>anxiety</i>)	33
8. Upaya untuk mengurangi kecemasan (<i>anxiety</i>)	35
9. Instrumen Pengukuran STAI (<i>State Trait Anxiety Inventory</i>)	37
C. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan.....	38
1. Response time.....	38
2. Dukungan Keluarga	39
3. Komunikasi Terapeutik	41
D. Kerangka Teori.....	43
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	44
A. Kerangka Konsep.....	44
B. Hipotesis.....	45
A. Rancangan Penelitian.....	47
B. Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel	47
1. Populasi.....	47
2. Sampel	47
3. Teknik Pengambilan Sampel	48
C. Variabel Penelitian.....	49
1. Variabel Independen.....	49

2. Variabel Dependen	50
D. Lokasi dan waktu penelitian.....	50
E. Definisi Operasional.....	50
F. Instrumen Penelitian, Pengumpulan, Pengolahan Data, dan Analisa Data ..	51
1. Instrumen Penelitian	51
2. Uji Validitas dan Realibilitas	54
G. Prosedur Penelitian	56
1. Prosedur Administrasi.....	56
2. Prosedur pengumpulan data.....	57
H. Pengolahan Data.....	58
1. <i>Editing</i>	58
2. Pemberian kode (<i>Coding</i>)	59
3. Tabulating.....	59
4. Memasukkan data (<i>Entry</i>).....	59
I. Analisa Data	60
1. Analisis univarian.....	60
2. Analisis bivarian.....	60
3. Analisis Multivarian	61
J. Etika Penelitian.....	61
1. <i>Informed consent</i> (lembar persetujuan).....	61
2. <i>Anonymity</i> (tanpa nama).....	62
3. <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan).....	62
BAB V HASIL PENELITIAN	63
A. Gambaran Lokasi Penelitian.....	63
B. Hasil Analisis Univarian	65
C. Hasil Analisis Bivarian	69
D. Hasil Analisis Multivarian	71
BAB VI PEMBAHASAN	76
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	76

1. Karakteristik Responden.....	76
2. Hubungan <i>Response time</i> dengan Kecemasan	85
3. Hubungan Komunikasi Perawat dengan Kecemasan.....	87
4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan.....	89
5. Model Persamaan pada Analisis Multivarian.....	91
B. Keterbatasan Penelitian.....	94
BAB VII PENUTUP	96
A. KESIMPULAN.....	96
B. SARAN	97
DAFTAR PUSTAKA.....	100
LAMPIRAN	107

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
2.1	<i>Patient classification by patient acuity category</i>	20
4.1	Definisi Operasional	50
4.2	Skor Penilaian kuesioner S-AI	54
4.3	Jenis Uji Statistik Analisis Bivariat	60
5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	65
5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	66
5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	66
5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan <i>Response Time</i>	67
5.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Komunikasi Perawat	67
5.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga	68
5.7	Karakteristik Responden Berdasarkan Kecemasan	68
5.8	Hasil Analisis Bivarian <i>Response Time</i> Dengan Kecemasan	69
5.9	Hasil Analisis Bivarian Komunikasi Perawat Dengan Kecemasan	70
5.10	Hasil Analisis Bivarian Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan	70
5.11	Pemilihan Kandidat Multivarian	72
5.12	Model <i>Summary</i> Analisis Multivarian	72
5.13	<i>Hosmer and Lameshow Test</i> Analisis Multivarian	73
5.14	Model Persamaan Akhir Multivarian	73

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
2.1	<i>Modified Physiological Triage Tool (MPTT)</i>	18
2.2	<i>Recommended Triage Method</i>	20
2.3	Rentang Respons Kecemasan	28
2.4	Kerangka Teori	43
3.1	Kerangka Konsep Penelitian	44
4.1	Skema Alur Penelitian	58

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1	Jadwal Penelitian	108
2	Lembar Pengantar <i>Informed Consent</i>	109
3	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	110
4	Lembar Observasi A, Kuesioner B, C, D Sebelum di Uji Validitas Dan Reliabilitas	111
5	Hasil Uji Validitas	115
6	Lembar Observasi A, Kuesioner B, C, D Sesudah di Uji Validitas Dan Reliabilitas	118
7	Surat <i>Study</i> Pendahuluan	122
8	Surat Persetujuan <i>Study</i> Pendahuluan	123
9	Tabulasi data mentah	124
10	Tabulasi data (<i>coding</i>)	127
11	<i>Output</i> Spss	130
12	Surat Ijin Penelitian Ke Bankes Bangpol	138
13	Surat Rekomendasi Dari Bankes Bangpol	139
14	Surat Ijin Penelitian Ke RSUD Bangil	140
15	Surat Persetujuan Penelitian	141
16	Surat Keterangan Selesai Penelitian	142
17	Dokumentasi	143
18	Daftar Hadir Penelitian	145
19	Pernyataan Keaslian Tulisan	146
20	Pernyataan Orisinalitas Skripsi	147
21	Curriculum Vitae	148
22	Catatan Konsultasi	149
23	Lembar Rekomendasi Ujian Akhir	151

DAFTAR SINGKATAN

ABC	: <i>Airway, Breathing, Circulation</i>
AHCA	: <i>American Health Care Association</i>
DEPKES RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DINKES PROV JATIM	: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
DOA	: <i>Death Of Arrival</i>
GABA	: <i>Gama-Amino Butriat Asam</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
MPTT	: <i>Modified Physiologicl Triage Tool</i>
OR	: <i>Odds Ratio</i>
PAC	: <i>Patient Acuity Category</i>
PACS	: <i>Patient Acuity Category Scale</i>
PT	: Perguruan Tinggi
RSU	: Rumah Sakit Umum
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
STAI	: <i>State Trait Anxiety Inventory</i>
S-AI	: <i>State Anxiety Inventory</i>
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masyarakat sangat mengandalkan ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) untuk mencari pengobatan, pertolongan, dan perawatan medis (AHCA, 2008), baik itu dalam kondisi mengancam jiwa ataupun tidak. Data kunjungan pasien ke Instalasi Gawat Darurat di seluruh Indonesia mencapai 4.402.205 pasien (13,3% dari total seluruh kunjungan di RSUD) dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan IGD berasal dari rujukan dengan jumlah Rumah Sakit Umum 1.033 unit dari 1.319 unit Rumah Sakit yang ada. Jumlah yang signifikan ini kemudian memerlukan perhatian yang cukup besar dengan pelayanan pasien gawat darurat (Menteri Kesehatan RI, 2014). Data kunjungan pasien IGD di provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 berjumlah 8.201.606 kasus (Dinkes Prov Jatim, 2015). Tindakan perawat dalam melakukan perawatan pasien harus bertindak cepat dan tepat dalam memilah pasien sesuai prioritas, sehingga mengutamakan pasien yang lebih diprioritaskan dan memberikan waktu tunggu untuk pasien dengan kebutuhan perawatan yang kurang mendesak (Kencana *et al.*, 2012).

Perawat di IGD menggunakan ABC keperawatan seperti jalan nafas, pernapasan dan sirkulasi, serta warna kulit, kelembaban, suhu, nadi, respirasi, tingkat kesadaran dan inspeksi visual untuk luka dalam, deformitas kotor dan memar untuk memprioritaskan perawatan yang diberikan kepada

pasien di ruang gawat darurat. Perawat memberikan prioritas pertama untuk pasien gangguan jalan nafas, bernafas atau sirkulasi terganggu. Pasien-pasien ini mungkin memiliki kesulitan bernapas atau nyeri dada karena masalah jantung dan mereka menerima pengobatan pertama. Pasien yang memiliki masalah yang sangat mengancam kehidupan diberikan pengobatan langsung bahkan jika mereka diharapkan untuk mati atau membutuhkan banyak sumber daya medis (Bagus, 2007 dalam (Hosnaniah, 2014)), proses diatas merupakan proses yang disebut dengan proses *triage*.

Triage merupakan suatu tindakan pengelompokkan pasien berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan *airway* (A), *breathing* (B), dan *circulation* (C) dengan mempertimbangkan sarana, sumberdaya manusia dan apa yang terjadi pada pasien (Kartikawati, 2013). Sistem *triage* yang sering di gunakan di beberapa negara termasuk salah satunya di Indonesia adalah menggunakan PACS (*Patient Acuity Category Scale*) yang pemilihannya menggunakan warna mewakili 4 kategori. *Patient Acuity Category Scale* (PACS) yang terdiri dari 4 kategori yaitu kategori merah atau P1 (gawat darurat) dengan respon time 0-5 menit, kategori kuning atau P2 (gawat tidak darurat/ darurat tidak gawat) dengan respon time 5-15 menit, kategori hijau atau P3 (tidak gawat dan tidak darurat) dengan respon time 30-45 menit, kategori hitam atau P0 (meninggal sebelum sampai di IGD/DOA atau *Death of Arrival*) dengan respon time 30-60 menit (Depkes, 2004 dalam (Gurning, 2012)). Khusus untuk pasien kategori merah atau P1 (gawat darurat) *triage* dapat dilakukan pada saat pasien masih didalam kendaraan atau di depan pintu IGD (Gurning, 2012).

Label kuning (P2) merupakan salah satu indikator warna yang digunakan ketika mengidentifikasi, memilah dan menempatkan pasien pada kategori prioritas untuk mendapatkan perawatan sesuai dengan tingkat keparahan dalam sistem *triage*. Pada label kuning perawatan pasien dapat ditunda dalam waktu kurang dari 10 menit. Warna kuning termasuk prioritas tinggi yaitu korban gawat dan darurat yang tidak dapat dimasukan prioritas tertinggi (label merah P1) maupun prioritas sedang (label hijau P3) (Ramsi, 2014). Pasien dengan kriteria respirasi <30x/menit, nadi teraba, *capillary refill time* lebih dari 2 detik dan status mental normal merupakan kriteria pasien label kuning (Kartikawati, 2013).

Pasien dengan P2 (label kuning) sangat rentan sekali mengalami kecemasan sebagaimana hasil penelitian Tumbuan *et al.*, (2015) yang meneliti tentang *Hubungan Response Time Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Kategori Triase Kuning Di IGD RSU GMIM Kalooran Amurang*, terdapat 27 responden dari 77 responden mengalami kecemasan berat, sisanya 17 responden mengalami kecemasan ringan, 19 responden mengalami kecemasan sedang dan 14 responden mengalami panik. Pasien yang datang ke rumah sakit akan berada pada situasi lingkungan yang baru, lingkungan yang tidak dia kenali atau lingkungan yang asing bagi dirinya. Situasi ini sering memunculkan timbulnya berbagai macam perasaan-perasaan yang aneh, apalagi dengan situasi sakit yang sedang dialami. Situasi sakit yang dialami seseorang dapat menimbulkan gangguan pada aktivitas sehari-hari, baik aktivitas jasmani maupun aktivitas sosial. Salah satunya yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan adalah kecemasan atau ansietas.

Kecemasan merupakan salah satu masalah kesehatan yang dialami sejumlah besar orang. Kecemasan yang dialami pasien di IGD biasanya terkait dengan nyeri yang dirasakan maupun berbagai macam prosedur atau tindakan asing yang harus dijalani pasien (Tumbuan *et al.*,2015). Kecemasan atau ansietas merupakan suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan. Cemas juga berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya (Kusumawati & Yudi, 2010). Kecemasan merupakan tanda dan gejala atau indikator pertama bahwa seseorang memiliki penyakit medis. Pada beberapa kasus, kecemasan disebabkan oleh kondisi medis yang memerlukan perawatan (Tirtojiwo, 2012).

Kecemasan yang berlebih dapat memperburuk kondisi kesehatan fisik dan mental pasien. Kecemasan dapat terjadi seumur hidup dan dapat dialami oleh pasien dalam berbagai tingkatan kegawatan. Dalam tingkatannya kecemasan dibagi menjadi empat tingkatan yaitu kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan panik (Kusumawati & Yudi, 2010). Respon kecemasan umumnya di tandai dengan gejala nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, muka berkerut, terlihat tidak tenang dan juga sukar tidur (Hawari, 2010). Dampak lain adalah pasien menolak atau ragu-ragu dilakukan tindakan, dan hal ini dapat mempengaruhi dari proses-proses pengobatan dan juga proses penyembuhan, serta dapat memperpanjang lama hari perawatan, atau juga pasien menjadi takut / *stress* dan tidak kooperatif, serta frustrasi (Stuart, 2007).

Fenomena yang sering terjadi di IGD pasien sering menolak dilakukan tindakan kegawatan karena sudah terlebih dahulu takut, gelisah dan *stress*. *The National Comorbidity Study* melaporkan bahwa satu dari empat orang menunjukkan gejala sedikitnya satu gangguan kecemasan dan juga melaporkan bahwa prevalensi kecemasan mencapai 17,7% (Depkes RI, 2008). Di Indonesia sendiri telah dilakukan survei untuk mengetahui prevalensi gangguan kecemasan. Prevalensi gangguan mental emosional di Indonesia seperti gangguan kecemasan dan depresi pada kelompok usia >15 tahun sebesar 11,6% (Furwanti, 2014). Furwanti (2014) dalam penelitian berjudul *Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Panembahan Senopati Bantul*, menyimpulkan bahwa pasien di IGD tertinggi mengalami kecemasan berat dengan hasil sebesar 41,2%.

Tingkat kecemasan pasien P2 (label kuning) dipengaruhi oleh berbagai macam faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Faktor internal berupa faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan juga pengalaman masuk rumah sakit (Furwanti, 2014). Pada faktor eksternal beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien yaitu *response time* perawat, waktu tunggu pasien, dukungan keluarga, dan komunikasi terapeutik perawat. Pada faktor eksternal ada beberapa diantaranya sangat mempengaruhi dari tingkat kecemasan pasien.

Response time merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien di IGD. *Response Time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien atau waktu antara dari permulaan suatu permintaan hingga ditanggapi, dengan kata lain dapat disebut waktu tanggap. Waktu

tanggap yang baik bagi pasien yaitu ≤ 5 menit (Kepmenkes, 2009). Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada. Tumbuan *et al.*,(2015) dalam penelitiannya berjudul *Hubungan Response Time Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Kategori Triase Kuning Di IGD RSU GMIM Kalooran Amurang*, menyebutkan bahwa respon time memiliki hubungan yang bermakna terhadap tingkat kecemasan (nilai $p=0,001$).

Dukungan keluarga juga mempengaruhi tingkat kecemasan, dukungan keluarga sangat penting pada seseorang untuk fokus pada pengobatan dan kesembuhannya. Dukungan keluarga sendiri adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam perawatan pasien, dapat membantu menurunkan kecemasan pasien, meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan. Luthfiyaningtyas (2016) dalam penelitian yang dilakukannya mengungkapkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien maka semakin rendah tingkat kecemasannya.

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi antara perawat dengan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan kemampuan atau keterampilan perawat untuk membantu klien beradaptasi terhadap stres (cemas), mengatasi gangguan psikologis dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain. Komunikasi terapeutik dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya hakikat kecakapan, sikap perawat dalam berkomunikasi pengetahuan dalam berkomunikasi sangat mendukung peranan penting (Susilo *et al.*, 2014). Dari hasil penelitian Susilo *et al.*,(2014) didapatkan

hasil bahwa Kecemasan pasien di Ruang Triase Instalasi Gawat Darurat *Hospital Nacional Guido Valadares* sebagian besar dalam kategori cemas berat yaitu sebanyak 29 orang (54,7%).

Dengan mengetahui faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan secara dini pada pasien kategori *triage* P2 dapat membantu pasien agar tidak terlarut dalam kecemasan yang dapat mengakibatkan ancaman untuk kesehatannya. Dimana pasien terkadang sering timbul rasa emosi dan cemas yang berlebihan dengan tindakan medis yang tak kunjung dilakukan saat dilakukan *triage*. Berdasarkan paparan dapat disimpulkan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning, namun perlu dilakukan penelitian lebih lanjut.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 12 April 2018 di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan diperoleh informasi/data jumlah kunjungan pasien di IGD pada tahun 2017 sebanyak 21886 kunjungan, dengan rata-rata kunjungan tiap bulannya sebanyak kurang lebih 1824 kunjungan. Data kunjungan ini mencakup semua kunjungan pasien dengan kategori *triage* P1, P2, P3 dan P4 atau P0. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti kepada salah satu perwakilan dari pihak Rumah Sakit didapatkan informasi bahwa belum ada data yang tertulis mengenai rata-rata pasien di IGD yang mengalami kecemasan serta belum ada penelitian yang mengukur kecemasan pasien di IGD RSUD Bangil dan dari hasil pengamatan peneliti pada saat melakukan praktik klinik pada bulan februari 2018 selama 2 minggu di ruang IGD RSUD Bangil peneliti sering menemukan/menjumpai pasien yang gelisah pada saat menunggu untuk mendapatkan pertolongan, perawatan dan pengobatan.

Dari fenomena serta paparan dari penelitian-penelitian sebelumnya diatas dan juga dari data kunjungan beserta informasi wawancara yang dilakukan peneliti saat studi pendahuluan peneliti tertarik untuk mengangkat topik diatas untuk dijadikan topik penelitian.

Berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang hanya meneliti ada atau tidak adanya hubungan antara salah satu faktor dengan kecemasan. Dalam penelitian ini, peneliti akan meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning, serta akan mencari tahu faktor manakah yang paling berpengaruh terhadap kecemasan pada pasien dengan *triage* P2 label kuning. Dengan demikian peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pasien Kategori *Triage* P2 Label Kuning Di Ruang IGD RSUD Bangil”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien kategori *triage* P2 Label kuning di ruang IGD RSUD Bangil.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien kategori *triage* P2 Label kuning di ruang IGD RSUD Bangil.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik demografi pasien kategori *triage* P2 label kuning di ruang IGD RSUD Bangil.
- b. Mengidentifikasi hubungan respon time perawat dengan kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di ruang IGD RSUD Bangil.
- c. Mengidentifikasi komunikasi terapeutik perawat dengan kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di ruang IGD RSUD Bangil.
- d. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di ruang IGD RSUD Bangil.
- e. Menganalisa faktor dominan yang mempengaruhi kecemasan dengan menentukan model persamaan pada pasien kategori *triage* P2 label kuning di ruang IGD RSUD Bangil.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Sebagai bahan kajian pustaka bagi perkembangan ilmu keperawatan khususnya ilmu *Emergency Nursing* terkait analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan dalam pengetahuan akademis serta dapat memberikan tambahan pengetahuan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien kategori *triage* P2 Label kuning, serta menambah pengetahuan tentang asuhan

keperawatan di IGD mempertimbangkan hal-hal yang mempengaruhi kecemasan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi mata kuliah yang berhubungan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning.

c. Bagi Institusi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi perawat khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pasien dengan kecemasan di IGD.

d. Bagi Penelitian

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan bagi peneliti dan mengetahui secara realita mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien kategori *triage* P2 Label kuning.

BAB II

TINJAUAN KONSEP

A. Triage

1. Definisi

Triage adalah suatu tindakan pengelompokan pasien berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan *airway* (A), *breathing* (B), dan *circulation* (C) dengan mempertimbangkan sarana, sumberdaya manusia dan apa yang terjadi pada pasien (Kartikawati, 2013).

Triase merupakan cara pemilihan penderita berdasarkan kebutuhan terapi dan sumber daya yang tersedia. Terapi di dasarkan pada ABC (*Airway*, dengan *Servical spine control*, *Breathing* dan *Circulation* dengan control perdarahan) (Musliha, 2010).

Triase adalah proses pengambilan keputusan yang kompleks dalam rangka menentukan pasien mana yang berisiko meninggal, berisiko mengalami kecacatan, atau berisiko memburuk keadaan klinisnya apabila tidak mendapatkan penanganan medis segera, dan pasien mana yang dapat dengan aman menunggu (*Department of Health and Aging*, 2009).

Ditinjau dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *Triage* merupakan sebuah tindakan pengelompokan untuk memprioritaskan pasien berdasarkan resiko, beratnya cedera yang didasarkan dengan ada atau tidaknya gangguan pada sistem ABC (*Airway, Breathing, and Circulation*) dengan mempertimbangkan sarana dan sumber daya yang tersedia.

2. Tujuan *Triage*

Tujuan dilakukannya *triage* adalah untuk mencapai yang terbaik bagi banyak korban (Pusponegoro & Sujudi, 2016). Tujuan utama adalah untuk mengidentifikasi kondisi mengancam nyawa. Tujuan *triage* selanjutnya adalah untuk menetapkan tingkat atau derajat kegawatan yang memerlukan pertolongan kedaruratan serta untuk mengelompokkan pasien berdasarkan beratnya cedera (Nurhasim, 2015)

3. Prinsip *Triage*

Di Rumah Sakit, didalam *triage* mengutamakan perawatan pasien berdasarkan gejala. Perawat *triage* menggunakan ABC (*Airway, Breathing, Circulation*) keperawatan seperti jalan nafas, pernapasan dan sirkulasi, serta warna kulit, kelembapan, suhu, nadi, respirasi, tingkat kesadaran dan inspeksi visual untuk luka dalam, deformitas kotor dan memar untuk memprioritaskan perawatan yang diberikan kepada pasien diruang gawat darurat. Perawat memberikan prioritas pertama untuk pasien gangguan jalan nafas, bernafas atau sirkulasi terganggu. Pasien-pasien ini mungkin memiliki kesulitan bernapas atau nyeri dada karena masalah jantung dan mereka menerima pengobatan pertama. Pasien yang memiliki masalah yang sangat mengancam kehidupan diberikan pengobatan langsung bahkan jika mereka diharapkan untuk mati atau membutuhkan banyak sumber daya medis (Nurhasim, 2015).

Menurut Brooker, (2008) di kutip dari (Nurhasim, 2015). Dalam prinsip *triage* diberlakukan sistem prioritas, prioritas adalah penentuan/penyeleksian mana yang harus didahulukan mengenai

penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul dengan seleksi pasien berdasarkan: a) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit, b) Dapat mati dalam hitungan jam, c) Trauma ringan, d) Sudah meninggal.

4. Prioritas *Triage*

Prioritas *triage* menurut Mosby (2008) dalam (Nurhasim, 2015) :

a. Prioritas pertama / *immediate* (MERAH)

Korban membutuhkan stabilisasi segera atau dalam keadaan kritis akan tetapi masih memiliki harapan untuk diselamatkan / dapat diatasi, contohnya:

1) Syok oleh berbagai penyebab.

Syok merupakan kondisi kritis akibat gangguan metabolik dan hemodinamik yang ekstrem akibat kegagalan sistem sirkulasi untuk mempertahankan perfusi yang adekuat pada organ-organ vital (Dorland, 2012) yang disebabkan oleh berbagai penyebab.

2) Trauma kepala dengan pupil anisokor.

Suatu ruda paksa (trauma) yang menimpa struktur kepala sehingga dapat menimbulkan kelainan struktural dan atau gangguan fungsional jaringan otak (Sastrodiningrat, 2009) yang disertai dengan adanya gejala neurologik pupil melebar (pupil anisokor).

3) Perdarahan eksternal.

Perdarahan eksternal adalah perdarahan yang berasal dari luka terbuka sehingga dapat dilihat (Alton, 2011).

4) Tension Pneumothoraks.

Tension pneumotoraks adalah pneumotoraks dengan tekanan intrapleura yang positif dan makin lama makin bertambah besar karena ada fistel di pleura viseralis yang bersifat ventil. Pada waktu inspirasi udara masuk melalui trakea, bronkus serta percabangannya dan selanjutnya terus menuju pleura melalui fistel yang terbuka. Waktu ekspirasi udara di dalam rongga pleura tidak dapat keluar. Akibatnya tekanan di dalam rongga pleura makin lama makin tinggi dan melebihi tekanan atmosfer. Udara yang terkumpul dalam rongga pleura ini dapat menekan paru sehingga sering menimbulkan gagal napas (Alsagaff, 2009)

5) Distress pernapasan ($RR < 30x/mt$).

Distress pernapasan merupakan kesulitan dalam bernapas

6) Perdarahan internal vasa besar.

Perdarahan internal adalah perdarahan yang terjadi pada luka tertutup sehingga sulit untuk diidentifikasi pada (Alton, 2011).

b. Prioritas Kedua / *delayed* (KUNING)

Korban membutuhkan pertolongan dan pengawasan ketat tetapi perawatan dapat ditunda sementara selama 10 menit, tidak ada ancaman nyawa, contohnya:

1) Korban dengan resiko syok.

Korban/pasien dengan adanya resiko syok. Syok merupakan kondisi kritis akibat gangguan metabolik dan hemodinamik yang ekstrem

akibat kegagalan sistem sirkulasi untuk mempertahankan perfusi yang adekuat pada organ-organ vital (Dorland, 2012).

2) *Multiple fraktur.*

Multiple fraktur adalah keadaan dimana terjadi hilangnya kontinuitas jaringan tulang lebih dari satu garis (Sylvia A. Prince. *et al.*, 2006).

3) Luka bakar tanpa gangguan jalan nafas.

Adanya luka bakar tanpa disertai atau tanpa adanya gangguan jalan nafas.

4) Gangguan kesadaran / trauma kepala.

Gangguan kesadaran merupakan suatu keadaan di mana seseorang tidak dapat mengenali lingkungannya dan tidak mampu memberikan tanggapan yang cukup terhadap rangsangan (penglihatan, suara, sensasi). Serinterjadi pada seseorang yang mengalami trauma kepala (Budiman, 2007).

5) Cedera vertebra tanpa gangguan pernafasan

Trauma pada tulang belakang (cedera vertebra) adalah cedera yang mengenai servikal, vertebralis, dan lumbalis dari suatu trauma yang mengenai tulang belakang (Muttaqin, 2008) tanpa adanya gangguan pernafasan.

Korban dalam keadaan ini harus segera diberikan perawatan dan pengawasan akan timbulnya komplikasi.

c. Prioritas ketiga / minimal (HIJAU)

Korban yang masih mampu berjalan, pemberian pengobatan dapat ditunda selama 60 menit dan atau tidak memerlukan pengobatan, contohnya:

1) Fraktur minor

Merupakan fraktur yang di definisikan sebagai fraktur ringan tanpa adanya gangguan sirkulasi (perdarahan).

2) Luka minor / luka bakar minor

Luka bakar minor menurut Griklak (1992) dalam (Jason PJ. *et al.*, 2003) adalah luas luka bakar dengan luas permukaan <15 pada dewasa dan < dari 10% pada anak-anak, luka dengan seluruh ketebalan kulit dengan luas permukaan 2% daerah permukaan tubuh tetapi luka tidak mengenai daerah wajah, mata, telinga atau perineum.

d. Prioritas keempat / nol / *expectant* (HITAM)

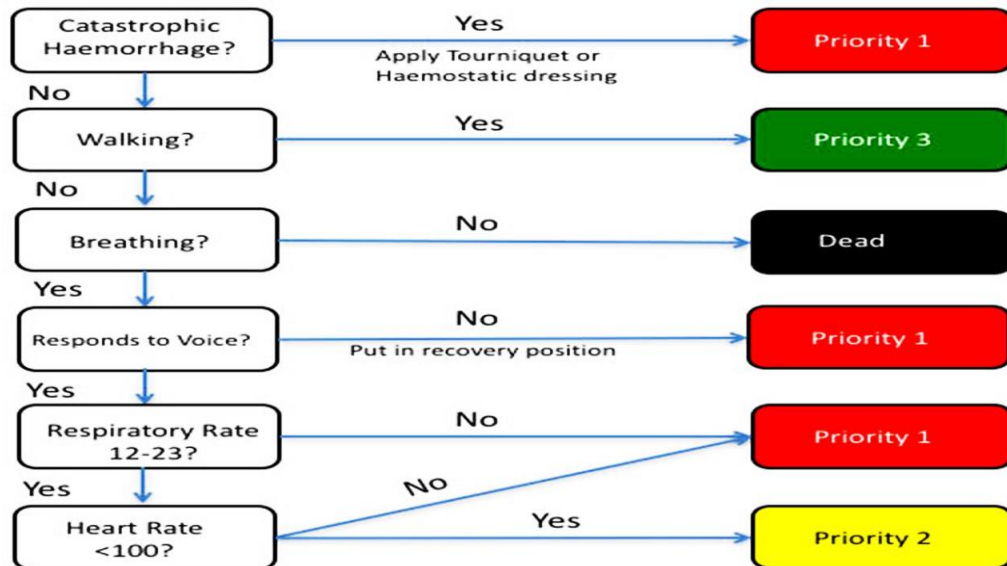
Kemungkinan untuk hidup sangat kecil, luka sangat parah. Hanya perlu terapi suportif. Contoh henti jantung kritis, trauma kepala berat (Mosby (2008) dalam (Nurhasim, 2015)).

5. Protap pada triage

- a. Pasien datang diterima petugas / paramedis IGD.
- b. Diruang triage dilakukan anamnese dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatannya. Oleh perawat.
- c. Bila jumlah penderita/korban yang ada lebih dari 50 orang, maka *triage* dapat dilakukan di luar ruang triage (di depan gedung IGD).
- d. Penderita di bedakan menurut kegawatannya dengan memberi kode warna. Menurut Rowles (2007) kode warna berdasarkan kegawatan pasien adalah sebagai berikut:

- 1) Segera-*Immediate* (merah).
 - 2) Tunda-*Delayed* (kuning).
 - 3) Minimal (hijau).
 - 4) *Expectant* (hitam).
- e. Penderita/korban mendapatkan prioritas pelayanan dengan urutan warna: merah, kuning, hijau, hitam.
- f. Penderita/korban kategori *triage* merah dapat langsung diberikan pengobatan diruang tindakan IGD. Tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, penderita/korban dapat dipindahkan ke ruang operasi atau dirujuk ke rumah sakit lain.
- g. Penderita dengan kategori *triage* kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori *triage* merah selesai ditangani.
- h. Penderita dengan kategori *triage* hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka penderita/korban dapat diperbolehkan untuk pulang.
- i. Penderita kategori *triage* hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah. (Rowles, 2007)

Berikut ini merupakan gambar Algoritma *Modified Physiological Triage Tool* (MPTT) :



Gambar 2.1 *Modified Physiological Triage Tool (MPTT)-24 algorithm with increased respiratory rate upper threshold (≥ 24), conscious level assessment using Alert; responds to Verbal stimulus; responds to Painful stimulus; Unresponsive (AVPU scale) and the additional assessment for external catastrophic haemorrhage.* (Vassallo, 2017)

6. TRIAGE PACS (*Patient Acuity Category Scale*)

Patient Acuity Category Scale (PACS) merupakan salah satu sistem triase yang digunakan di ruang gawat darurat rumah sakit di beberapa negara termasuk di Indonesia. Triage PACS berasal dari Singapura dan diadopsi oleh rumah sakit yang bekerja sama atau berafiliasi dengan *Singapore General Hospital*. Sistem triase sangat penting untuk diterapkan di setiap unit gawat darurat untuk memastikan pasien ditangani berdasarkan tingkat kegawatannya. Triage adalah titik poin pertama kontak pasien dengan IGD. Pengkajian triase harus dilakukan secara cepat dan akurat dan tidak lebih dari 5 menit. Pengkajian triase harus meliputi: keluhan utama dan keadaan umum pasien. *Vital signs* hanya diukur apabila sangat diperlukan

atau waktu memungkinkan. Pasien yang datang dengan kategori P1 harus segera dibawa ke ruang tindakan dan ditangani sesuai kondisi klinisnya.

Patient Acuity Category Scale (PACS) terdiri dari 4 kategori: P1 sampai P4, kategori PACS didasarkan pada kondisi klinis pasien yang didapat dari pemeriksaan fisik dan anamnesa, Berikut merupakan kategori PACS yang terdiri dari 4 skala prioritas (Hadi, 2014) yaitu:

- a. PAC 1 merupakan kategori pasien-pasien yang sedang mengalami kolaps kardiovaskular atau dalam kondisi yang mengancam nyawa. Pertolongan pada kategori ini tidak boleh *delay* dengan respon time 0-5 menit (Depkes, 2004 dalam (Gurning, 2012)), contohnya antara lain *major trauma*, STEMI, *Cardiac arrest*, dan lain-lain.
- b. PAC 2 merupakan kategori pasien-pasien sakit berat, tidur dibrankar atau bed, dan distress berat, tetapi keadaan hemodinamik stabil pada pemeriksaan awal. Pasien pada kategori ini mendapatkan prioritas pertolongan kedua dan pengawasan ketat karena cenderung kolaps bila tidak mendapat pertolongan, dengan respon time 5-15 menit (Depkes, 2004 dalam (Gurning, 2012)). Contohnya antara lain stroke, *fraktur* terbuka tulang panjang, serangan asma dan lain-lain.
- c. PAC 3 merupakan kategori pasien-pasien dengan sakit akut, moderate, mampu berjalan, dan tidak beresiko kolaps dengan respon time 30-45 menit (Depkes, 2004 dalam (Gurning, 2012)). Pertolongan secara efektif di IGD biasa cukup menghilangkan atau memperbaiki keluhan penyakit
- d. PAC 4 merupakan kategori pasien-pasien non emergency. Pasien ini dirawat di poli. Pasien tidak membutuhkan pengobatan segera dan tidak

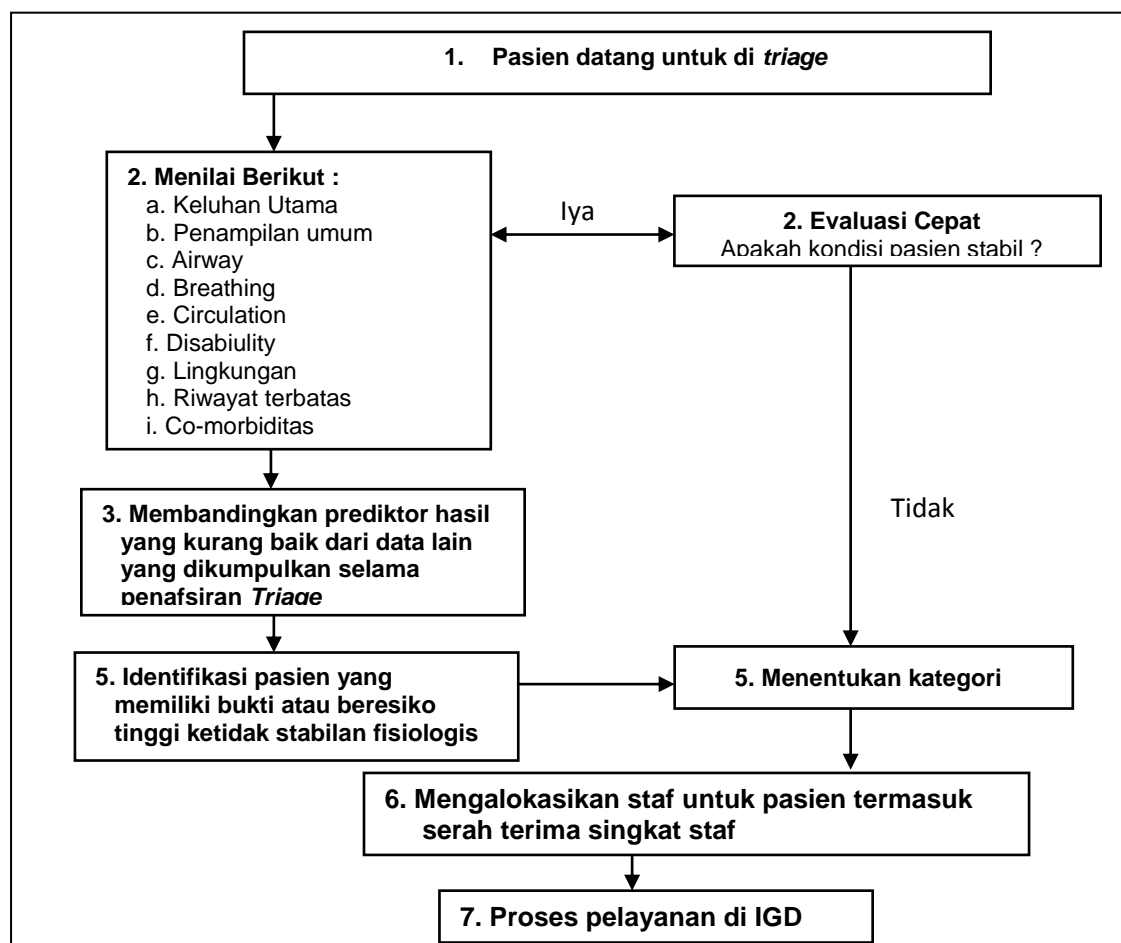
menderita penyakit yang beresiko mengancam jiwa. Contohnya antara lain *acne*, dislipidemia, dan lain-lain.

Berikut ini merupakan klasifikasi pasien berdasarkan *Patient Acuity Category*.

Tabel 2.1 *Patient classification by patient acuity category (Definition given by Ministry of Health (MOH) of Singapore) (Sun. et al., 2009)*

Patient Acuity Category	Deskripsi
P1	Pasien resusitasi, kolaps kardiovaskular atau bahaya keruntuhan yang akan segera terjadi, harus ditangani tanpa penundaan sesaat
P2	Pasien non-resusitasi, darurat besar atau sakit dan tidak ambulant atau memiliki gejala berat dan berbasis troli
P3	Pasien darurat ringan atau ambulant dengan gejala ringan hingga sedang

Berikut ini adalah gambar alur penatalaksanaan *Triage* :



Gambar 2.2 *Recommended triage method (Department of Health and Ageing, 2009)*

7. Proses Triage Keperawatan

Proses *triage* menurut Rutenberg (2009) dalam (Nurhasim, 2015) mengikuti langkah-langkah proses keperawatan yaitu tahap pengkajian, penetapan diagnosa, perencanaan, intervensi, dan evaluasi.

a. Pengkajian

Ketika komunikasi dilakukan, perawat melihat keadaan pasien secara umum. Perawat mendengarkan apa yang dikatakan pasien, dan mewaspadaikan isyarat oral. Riwayat penyakit yang diberikan oleh pasien sebagai informasi subjektif. Tujuan informasi dapat dikumpulkan dengan mendengarkan nafas pasien, kejelasan berbicara, dan kesesuaian wacana. Temuan seperti mengi, takipnea, batuk produktif (kering), bicara cadel, kebingungan dan disorientasi adalah contoh data objektif yang dapat langsung dinilai. Informasi tambahan lain dapat diperoleh dengan pengamatan langsung oleh pasien. Lakukan pengukuran objektif seperti suhu, tekanan darah, berat badan, gula darah, dan sirkulasi darah. Aturan praktis yang baik untuk diingat adalah bahwa perawatan apapun dapat dilakukan dengan mata, tangan, atau hidung dengan arahan yang cukup dari perawat (Rutenberg (2009) dalam (Nurhasim, 2015)).

b. Diagnosa

Dalam *triage* diagnosa dinyatakan sebagai ukuran yang mendesak. Apakah masalah termasuk ke dalam kondisi *Emergency* (mengancam kehidupan, anggota badan, atau kecatatan). *Urgent* (mengancam kehidupan, anggota badan, atau kecatatan) atau

nonurgent. Diagnosa juga meliputi penentuan kebutuhan pasien untuk perawatan seperti dukungan, bimbingan, jaminan, pendidikan, pelatihan, dan perawatan lainnya yang memfasilitasi kemampuan pasien mencari perawatan (Rutenberg (2009) dalam (Nurhasim, 2015)).

c. Perencanaan

Dalam *triage* rencana harus bersifat kolaboratif. Perawat harus dengan seksama menyelidiki keadaan yang berlaku dengan pasien, mengidentifikasi faktor-faktor kunci yang penting, dan mengembangkan rencana perawatan yang diterima pasien. Hal ini sering membutuhkan proses negosiasi, didukung dengan pendidikan pasien. Adalah tugas perawat untuk bertindak berdasarkan kepentingan terbaik pasien dan kemungkinan pasien dapat mengikuti. Kolaborasi juga mungkin perlu dengan anggota tim kesehatan lain juga (Rutenberg (2009) dalam (Nurhasim, 2015)).

d. Intervensi

Dalam analisis akhir, bisa memungkinkan bahwa perawat tidak dapat melakukan apa-apa untuk pasien. Oleh karena itu harus ada pendukung lain yang tersedia, misalnya dokter untuk menentukan tindakan yang diinginkan. Untuk itu, perawat *triage* harus mengidentifikasi sumber daya untuk mengangkut pasien dengan tepat. Oleh karena itu perawat *triage* juga memiliki peran penting dalam kesinambungan perawatan pasien. Protokol *triage* atau protap tindakan juga dapat dipilih dalam pelaksanaan *triage* (Rutenberg (2009) dalam (Nurhasim, 2015)).

e. Evaluasi

Langkah terakhir dalam proses keperawatan adalah evaluasi. Dalam konteks organisasi keperawatan, evaluasi adalah ukuran dari apakah tindakan yang diambil tersebut efektif atau tidak. Jika pasien tidak membaik, perawat memiliki tanggung jawab untuk menilai kembali pasien, mengkonfirmasi diagnosa *urgent*, merevisi rencana perawatan jika diperlukan, merencanakan, dan kemudian mengevaluasi kembali. Pertemuan ini bukan yang terakhir, sampai perawat memiliki keyakinan bahwa pasien akan kembali atau mencari perawatan yang tepat jika kondisi mereka memburuk atau gagal untuk meningkatkan seperti yang diharapkan. Sebagai catatan akhir, adalah penting bahwa perawat *triage* harus bertindak hati-hati, jika ada keraguan tentang penilaian yang sudah dibuat, kolaborasi dengan medis, perlu diingat perawat *triage* harus selalu bersandar pada arah keselamatan pasien (Rutenberg (2009) dalam (Nurhasim, 2015)).

B. Kecemasan

1. Definisi

Kecemasan atau ansietas merupakan suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan. Cemas juga berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya (Kusumawati & Yudi, 2010).

Kecemasan adalah salah satu keadaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan yang disertai dengan tanda somatik yaitu terjadinya

hiperaktivitas sistem saraf otonom. Kecemasan merupakan gejala yang tidak spesifik yang sering di temukan dan sering kali merupakan suatu emosi yang normal (Susanti *et al.*,2015).

Kecemasan merupakan salah satu keadaan yang dapat menimbulkan adanya perubahan keadaan fisik, maupun psikologis yang akhirnya mengaktifkan saraf otonom yang mana detak jantung menjadi bertambah, tekanan darah naik, frekuensi nafas bertambah dan secara umum mengurangi tingkat energi pada klien (Purwaningsih, 2010).

Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa kecemasan merupakan salah satu keadaan yang membuat seseorang merasa tidak nyaman ditandai dengan perasaan ketakutan yang disertai dengan tanda somatic seperti hiperaktivitas system saraf otonom (detak jantung menjadi bertambah, tekanan darah naik, frekuensi nafas bertambah).

2. Tingkatan kecemasan

Menurut (Annisa & Ildil, 2016) menyatakan bahwa Tingkat kecemasan terdiri dari:

a. Kecemasan Ringan.

Berhubungan dengan tekanan kehidupan sehari-hari, ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Tipe kecemasan ini dapat memotivasi seseorang untuk belajar dan tumbuh kreatif. Namun akan membawa dampak pada diri indivgidu yaitu pada kecemasan ini waspada akan terjadi, mampu menghadapi situasi yang bermasalah, ingin tahu, mengulang pertanyaan dan kurang tidur (Kusnadi, 2015).

b. Kecemasan Sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya (Annisa & Ildil, 2016).

c. Kecemasan Berat

Sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain (Annisa & Ildil, 2016).

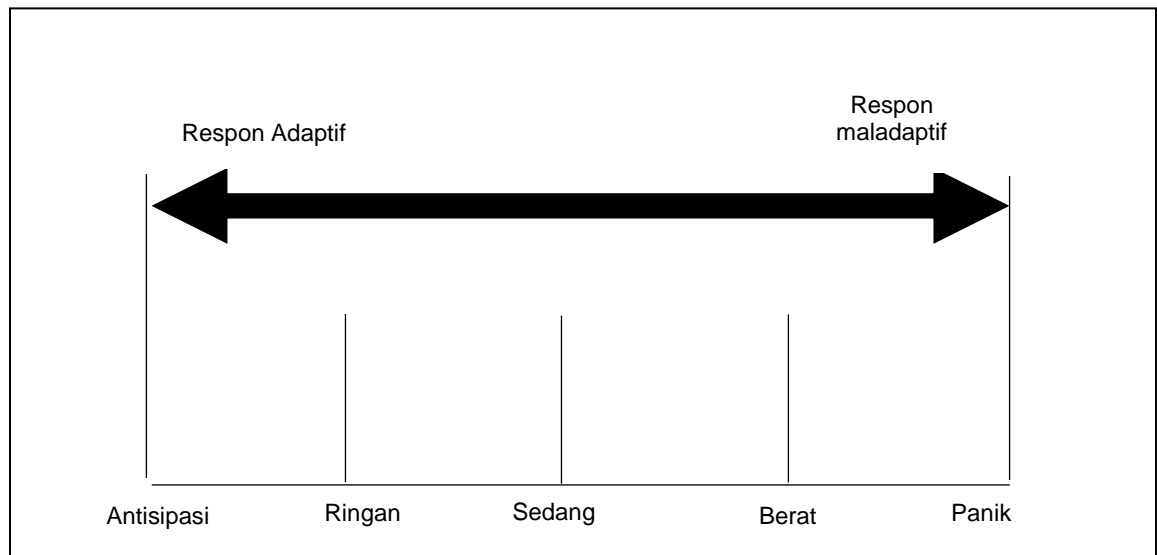
d. Panik

Berhubungan dengan ketakutan. Pada tahap ini hal-hal kecil terabaikan dan tidak lagi dapat diatur atau disuruh (Kusnadi, 2015). Hal yang rinci terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional (Annisa & Ildil, 2016).

Kriteria serangan panik adalah palpitasi, berkeringat, gemetar atau goyah, sesak napas, merasa tersedak, nyeri dada, mual dan distress abdomen, pening, derealisasi atau depersonalisasi, ketakutan

kehilangan kendali diri, ketakutan mati dan paresthesia (Kusumawati & Hartono, 2010).

Gambar 2.2 berikut ini merupakan gambaran tentang rentang respons kecemasan.



Gambar 2.3 Rentang Respons Kecemasan (Suliswati *et al.*, 2005)

3. Etiologi

Menurut Kusumawati & Hartono (2010), penyebab kecemasan dibagi menjadi dua faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor predisposisi (pendukung)

Beberapa teori penyebab kecemasan pada individu antara lain (Stuart, 2007):

1) Faktor biologis

Otak manusia mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin. Reseptor ini membantu mengatur ansietas (Kusnadi, 2015). Penghambat GABA (gama-amino butriat asam)

juga berperan utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas, sebagaimana halnya dengan endorfin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor (Stuart, 2007).

2) Faktor psikologis

a) Pandangan psikoanalitis

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego (Kusnadi, 2015). Id mewakili 8 dorongan insting, superego mewakili hati nurani (Stuart, 2007). Ego berfungsi menengahi tuntutan dari ide dan superego. Dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya (Kusnadi, 2015).

b) Pandangan interpersonal.

Kecemasan timbul dari masalah-masalah dalam hubungan interpersonal dan ini erat kaitannya dengan kemampuan berkomunikasi. Semakin tinggi tingkat ansietas, semakin rendah kemampuan seseorang untuk berkomunikasi dengan orang lain (Stuart, 2007). Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, perpisahan dan kehilangan serta hal-hal yang menimbulkan kelemahan fisik (Kusnadi, 2015).

c) Pandangan perilaku.

Kecemasan merupakan produk frustrasi. Frustrasi yaitu semua yang dapat mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Kusnadi, 2015). Ahli teori perilaku

menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan diri untuk menghindari kepedihan. Teori konflik memandang cemas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Cemas terjadi karena adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan: konflik menimbulkan kecemasan, dan cemas menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada akhirnya meningkatkan konflik yang dirasakan (Stuart, 2007).

d) Kajian keluarga

Menunjukkan bahwa gangguan kecemasan sering terjadi didalam keluarga. Gangguan kecemasan juga berkaitan erat antara gangguan kecemasan dengan depresi (Stuart, 2007).

e) Teori Kognitif

Kecemasan timbul karena stimulus yang datang tidak dapat ditanggapi dengan respons yang sesuai (Kusnadi, 2015).

b. Faktor presipitasi (pencetus)

Pengalaman cemas setiap individu berbeda-beda, tergantung pada situasi dan hubungan interpersonal. Ada dua faktor presipitasi yang mempengaruhi kecemasan menurut Stuart (2007) yaitu:

1) Faktor eksternal

- a) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi keterbatasan fisiologis akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari (Kusnadi, 2015).

- b) Ancaman terhadap sistem diri meliputi, hal yang dapat mengancam identitas, harga diri, dan fungsi sosial pada individu (Kusnadi, 2015).

2) Faktor internal

a) Potensial stresor

Stresor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi (Stuart, 2007).

b) Maturitas Kematangan

Kepribadian individu akan mempengaruhi kecemasan yang dihadapinya. Kepribadian individu yang lebih matur lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu mempunyai adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan (Stuart, 2007).

c) Tingkat Pendidikan

Pendidikan seseorang berpengaruh pada ketidakmampuan berpikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah seseorang untuk berpikir rasional dan menangkap informasi baru. Kemampuan menganalisis akan mempermudah seseorang dalam menguraikan masalah baru. Tingkat pendidikan juga menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan tentang operasi (Stuart, 2007).

d) Keadaan fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik akan mudah mengalami kelelahan fisik. Kelelahan fisik yang dialami akan mempermudah individu mengalami kecemasan (Stuart, 2007).

e) Status sosial ekonomi

Dalam memenuhi kebutuhan pokok maupun kebutuhan sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik akan lebih mudah tercukupi dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah. Seseorang dengan status ekonomi rendah dan masuk ke rumah sakit akan mengalami kecemasan dengan masalah biaya rumah sakit (Stuart, 2007).

f) Tipe kepribadian

Individu dengan tipe kepribadian A lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada orang dengan tipe kepribadian B. Individu dengan tipe kepribadian A memiliki ciri-ciri individu yang tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburu-buru waktu, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah tersinggung dan mengakibatkan otot-otot mudah tegang. Individu dengan tipe kepribadian B memiliki ciri-ciri yang berlawanan dengan tipe kepribadian A. Tipe kepribadian B merupakan individu yang penyabar, tenang, teliti dan rutinitas (Stuart, 2007).

g) Lingkungan dan situasi

Individu yang berada di lingkungan asing lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan di lingkungan yang sudah dikenalnya (Stuart, 2007).

h) Dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan sumber coping individu. Dukungan sosial dari kehadiran keluarga, orang tua, dan teman dekat dapat membantu seseorang mengurangi kecemasan. Dukungan keluarga terhadap pasien yang akan menjalani pengobatan sangat berpengaruh pada tingkat kecemasan. Pendampingan keluarga selama perawatan dapat membantu pasien dalam mengambil keputusan, mendapatkan solusi dari permasalahan, dan membantu pasien membagikan rasa cemas yang ia alami (Stuart, 2007).

i) Jenis kelamin

Kecemasan dapat dipengaruhi oleh asam lemak bebas dalam tubuh. Wanita mempunyai produksi asam lemak bebas lebih banyak dibanding pria sehingga wanita beresiko mengalami kecemasan yang lebih tinggi dari pria (Stuart, 2007).

4. Aspek-aspek kecemasan (*Anxiety*)

Gail W. Stuart (2006) dalam (Annisa & Ildil, 2016) mengelompokkan kecemasan (*anxiety*) dalam respon perilaku, kognitif, dan afektif, diantaranya:

- a. Perilaku, diantaranya gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, inhibisi, melarikan diri dari masalah, menghindar, hiperventilasi, dan sangat waspada.
- b. Kognitif, diantaranya perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berpikir, lapang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, keasadaran diri, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian, kilas balik, dan mimpi buruk.
- c. Afektif, diantaranya mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, kengerian, kekhawatiran, kecemasan, mati rasa, rasa bersalah, dan malu.

5. Jenis-jenis kecemasan (*anxiety*)

Menurut Spilberger dalam (Annisa & Ildil, 2016) menjelaskan kecemasan dalam dua bentuk, yaitu:

a. *Trait anxiety*

Trait anxiety, yaitu adanya rasa khawatir dan terancam yang menghinggapi diri seseorang terhadap kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya. Kecemasan ini disebabkan oleh kepribadian individu yang memang memiliki potensi cemas dibandingkan dengan individu yang lainnya (Spilberger dalam (Annisa & Ildil, 2016)).

b. State anxiety

State anxiety, merupakan kondisi emosional dan keadaan sementara pada diri individu dengan adanya perasaan tegang dan khawatir yang dirasakan secara sadar serta bersifat subjektif (Spilberger dalam (Annisa & Ildil, 2016)).

6. Ciri-ciri dan gejala kecemasan (*anxiety*)

Tanda dan gejala kecemasan yang di tunjukkan atau di temukan oleh seseorang bervariasi tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut (Hawari, 2010). Kecemasan ditandai oleh rasa ketakutan yang difus, tidak menyenangkan dan samar-samar. Seringkali disertai oleh gejala otonomik seperti nyeri kepala, berkeringat, hipertensi, gelisah, tremor, gangguan lambing, diare, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gangguan pola tidur, dan gangguan konsentrasi (Kusnadi, 2015).

Seseorang yang cemas mungkin juga merasa gelisah seperti yang dinyatakan oleh ketidakmampuan untuk duduk atau berdiri lama. (Kusnadi, 2015).

7. Faktor-faktor yang menimbulkan kecemasan (*anxiety*)

Blacburn & Davidson dalam (Annisa & Ildil, 2016) menjelaskan faktor-faktor yang menimbulkan kecemasan, seperti pengetahuan yang dimiliki seseorang mengenai situasi yang sedang dirasakannya, apakah situasi tersebut mengancam atau tidak memberikan ancaman, serta adanya pengetahuan mengenai kemampuan diri untuk mengendalikan

dirinya (seperti keadaan emosi serta fokus kepermasalahannya). Terdapat dua faktor yang dapat menimbulkan kecemasan, yaitu.

a. Pengalaman negatif pada masa lalu

Sebab utama dari timbulnya rasa cemas kembali pada masa kanak-kanak, yaitu timbulnya rasa tidak menyenangkan mengenai peristiwa yang dapat terulang lagi pada masa mendatang, apabila individu menghadapi situasi yang sama dan juga menimbulkan ketidaknyamanan, seperti pengalaman pernah gagal dalam mengikuti tes (Blacburn & Davidson dalam (Annisa & lfdil, 2016)).

b. Pikiran yang tidak rasional

Pikiran yang tidak rasional terbagi dalam empat bentuk, yaitu:

- 1) Kegagalan ketastropik, yaitu adanya asumsi dari individu bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada dirinya. Individu mengalami kecemasan serta perasaan ketidakmampuan dan ketidaksanggupan dalam mengatasi permasalahannya (Blacburn & Davidson dalam (Annisa & lfdil, 2016)).
- 2) Kesempurnaan, individu mengharapkan kepada dirinya untuk berperilaku sempurna dan tidak memiliki cacat. Individu menjadikan ukuran kesempurnaan sebagai sebuah target dan sumber yang dapat memberikan inspirasi (Blacburn & Davidson dalam (Annisa & lfdil, 2016)).
- 3) Generalisasi yang tidak tepat, yaitu generalisasi yang berlebihan, ini terjadi pada orang yang memiliki sedikit pengalaman (Blacburn & Davidson dalam (Annisa & lfdil, 2016)).

8. Upaya untuk mengurangi kecemasan (*anxiety*)

Cara yang terbaik untuk menghilangkan kecemasan ialah dengan jalan menghilangkan sebab-sebabnya. Menurut Zakiah Daradjat (1988) dalam (Annisa & Ildil, 2016) adapun cara-cara yang dapat dilakukan, antara lain :

a. Pembelaan

Usaha yang dilakukan untuk mencari alasan-alasan yang masuk akal bagi tindakan yang sesungguhnya tidak masuk akal, dinamakan pembelaan. Pembelaan ini tidak dimaksudkan agar tindakan yang tidak masuk akal itu dijadikan masuk akal, akan tetapi membelanya, sehingga terlihat masuk akal. Pembelaan ini tidak dimaksudkan untuk membujuk atau membohongi orang lain, akan tetapi membujuk dirinya sendiri, supaya tindakan yang tidak bisa diterima itu masih tetap dalam batas-batas yang diinginkan oleh dirinya (Zakiah Daradjat (1988) dalam (Annisa & Ildil, 2016)).

b. Proyeksi

Proyeksi adalah menimpakan sesuatu yang terasa dalam dirinya kepada orang lain, terutama tindakan, pikiran atau dorongan-dorongan yang tidak masuk akal sehingga dapat diterima dan kelihatannya masuk akal (Zakiah Daradjat (1988) dalam (Annisa & Ildil, 2016)).

c. Identifikasi

Identifikasi adalah kebalikan dari proyeksi, dimana orang turut merasakan sebagian dari tindakan atau sukses yang dicapai oleh orang lain. Apabila ia melihat orang berhasil dalam usahanya ia gembira

seolah-olah ia yang sukses dan apabila ia melihat orang kecewa ia juga ikut merasa sedih (Zakiah Daradjat (1988) dalam (Annisa & Ildil, 2016)).

d. Hilang hubungan (disosiasi)

Seharusnya perbuatan, pikiran dan perasaan orang berhubungan satu sama lain. Apabila orang merasa bahwa ada seseorang yang dengan sengaja menyinggung perasaannya, maka ia akan marah dan menghadapinya dengan balasan yang sama. Dalam hal ini perasaan, pikiran dan tindakannya adalah saling berhubungan dengan harmonis. Akan tetapi keharmonisan mungkin hilang akibat pengalaman-pengalaman pahit yang dilalui waktu kecil (Zakiah Daradjat (1988) dalam (Annisa & Ildil, 2016)).

e. Represi

Represi adalah tekanan untuk melupakan hal-hal, dan keinginan-keinginan yang tidak disetujui oleh hati nuraninya. Semacam usaha untuk memelihara diri supaya jangan terasa dorongan-dorongan yang tidak sesuai dengan hatinya. Proses itu terjadi secara tidak disadari (Zakiah Daradjat (1988) dalam (Annisa & Ildil, 2016)).

f. Substitusi

Substitusi adalah cara pembelaan diri yang paling baik diantara cara-cara yang tidak disadari dalam menghadapi kesukaran. Dalam substitusi orang melakukan sesuatu, karena tujuan-tujuan yang baik, yang berbeda sama sekali dari tujuan asli yang mudah dapat diterima, dan berusaha mencapai sukses dalam hal itu (Zakiah Daradjat (1988) dalam (Annisa & Ildil, 2016)).

9. Instrumen Pengukuran STAI (State Trait Anxiety Inventory)

Salah satu instrumen untuk mengukur tingkat kecemasan adalah dengan *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) *form-Y*. STAI disusun oleh Spielberger, Gorsuch, and Luschene pada tahun 1964, yang terdiri dari dua dimensi, yakni kecemasan sesaat (*state*) dan kecemasan dasar/yang menetap (*trait*) (Arisna, 2008). *Trait anxiety* merupakan munculnya kecemasan pada seseorang yang disebabkan oleh berbagai jenis situasi (Spielberg dalam (Arisna, 2008)). *Trait anxiety* 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 (Spielberg dalam (Arisna, 2008)). *State anxiety* merupakan gabungan dari *trait anxiety* dan *situation specific anxiety*.

Menurut Philip (dalam Arisna, 2008) *state anxiety* dan *trait anxiety* dapat dilakukan 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 validitasnya 0,69. Dalam Penelitian ini, peneliti hanya menggunakan alat ukur kecemasan *state* atau *State Anxiety Inventory* (S-AI) *form-Y* karena kecemasan yang diteliti adalah kecemasan pada situasi tertentu, yakni saat dirawat di ruang IGD. Selain itu, kuisisioner ini menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan tidak membutuhkan waktu yang lama dalam pengisian.

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan

1. Response time

Response time merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien di IGD. *Response Time* merupakan kecepatan dalam penanganan pasien atau waktu antara dari permulaan suatu permintaan hingga ditanggapi, dengan kata lain dapat disebut waktu tanggap. Waktu tanggap yang baik bagi pasien yaitu ≤ 5 menit (Kepmenkes, 2009). Waktu tanggap dikatakan tepat waktu atau tidak terlambat apabila waktu yang diperlukan tidak melebihi waktu rata-rata standar yang ada. *Response time* juga di kategorikan dengan prioritas menurut (Surtiningsih *et al.*,2016) : P1 dengan penanganan 0 menit, P2 dengan penanganan <30 menit, P3 dengan penanganan <60 menit. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kepmenkes, 2009). Tumbuan *et al.*, (2015) dalam penelitiannya berjudul *Hubungan Response Time Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Kategori Triase Kuning Di IGD RSUD GMIM Kalooran Amurang*, menyebutkan bahwa respon time memiliki hubungan yang bermakna terhadap tingkat kecemasan (nilai $p=0,001$). Semakin lambat respon perawat dalam menanggapi pasien semakin tinggi tingkat kecemasan yang dialami seorang pasien.

2. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga juga mempengaruhi tingkat kecemasan, dukungan keluarga sangat penting pada seseorang untuk fokus pada pengobatan dan kesembuhannya. Dukungan keluarga sendiri adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, dukungan yang diberikan pada setiap siklus perkembangan kehidupan juga berbeda. Dengan adanya dukungan yang diberikan oleh keluarga membuat anggota keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010 dalam (Latipun, 2016)).

Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam perawatan pasien, dapat membantu menurunkan kecemasan pasien, meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan. Luthfiyaningtyas (2016) dalam penelitian yang dilakukannya mengungkapkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien maka semakin rendah tingkat kecemasannya.

Friedman, 2010 dalam (Latipun, 2016), menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya :

- a. Dukungan emosional, merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga berupa memberikan perhatian, kasih sayang, serta empati. Dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk individu. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga dalam

memberikan perlindungan dan dukungan psikososial bagi anggota keluarga, keluarga bertindak sebagai sumber utama dari cinta, kasih sayang, dan pengasuhan. Salah satu nilai keluarga yang penting ialah menganggap keluarga sebagai tempat memperoleh kehangatan, dukungan, dan penerimaan.

- b. Dukungan informasi, pemberian dukungan informasi peran keluarga dinilai sebagai pusat informasi, artinya keluarga diharapkan mengetahui segala informasi terkait dengan anggota keluarga dan penyakitnya. Seperti, pemberian saran dan sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkap suatu permasalahan. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat meminimalisir munculnya tekanan yang ada pada diri individu akibat tuntutan di lingkungan masyarakat, seperti memberikan nasehat, usulan, petunjuk, serta pemberian informasi yang mungkin akan dibutuhkan oleh anggota keluarga yang lain.
- c. Dukungan instrumental, Friedman menjelaskan dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu melayani dan mendengarkan anggota keluarga dalam menyampaikan pesannya. Dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit (Suwardiman, 2011 dalam (Latipun, 2016)).
- d. Dukungan penilaian, keluarga bertindak sebagai pemberi umpan balik untuk membimbing dan menengahi pemecahan masalah, seperti memberikan support, penghargaan, dan perhatian. Dukungan penilaian

merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada anggota keluarga, menunjukkan respon positif yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide, juga perasaan seseorang. Menurut Friedman dukungan penilaian keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap anggota keluarga yang dapat meningkatkan status kesehatannya.

3. Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi antara perawat dengan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan kemampuan atau keterampilan perawat untuk membantu klien beradaptasi terhadap stres (cemas), mengatasi gangguan psikologis dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain. Komunikasi terapeutik dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya hakikat kecakapan, sikap perawat dalam berkomunikasi pengetahuan dalam berkomunikasi sangat mendukung peranan penting (Susilo *et al.*, 2014).

Menurut Suryani (2005), yang dikutip oleh Nunung (2010) komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi klien kearah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi:

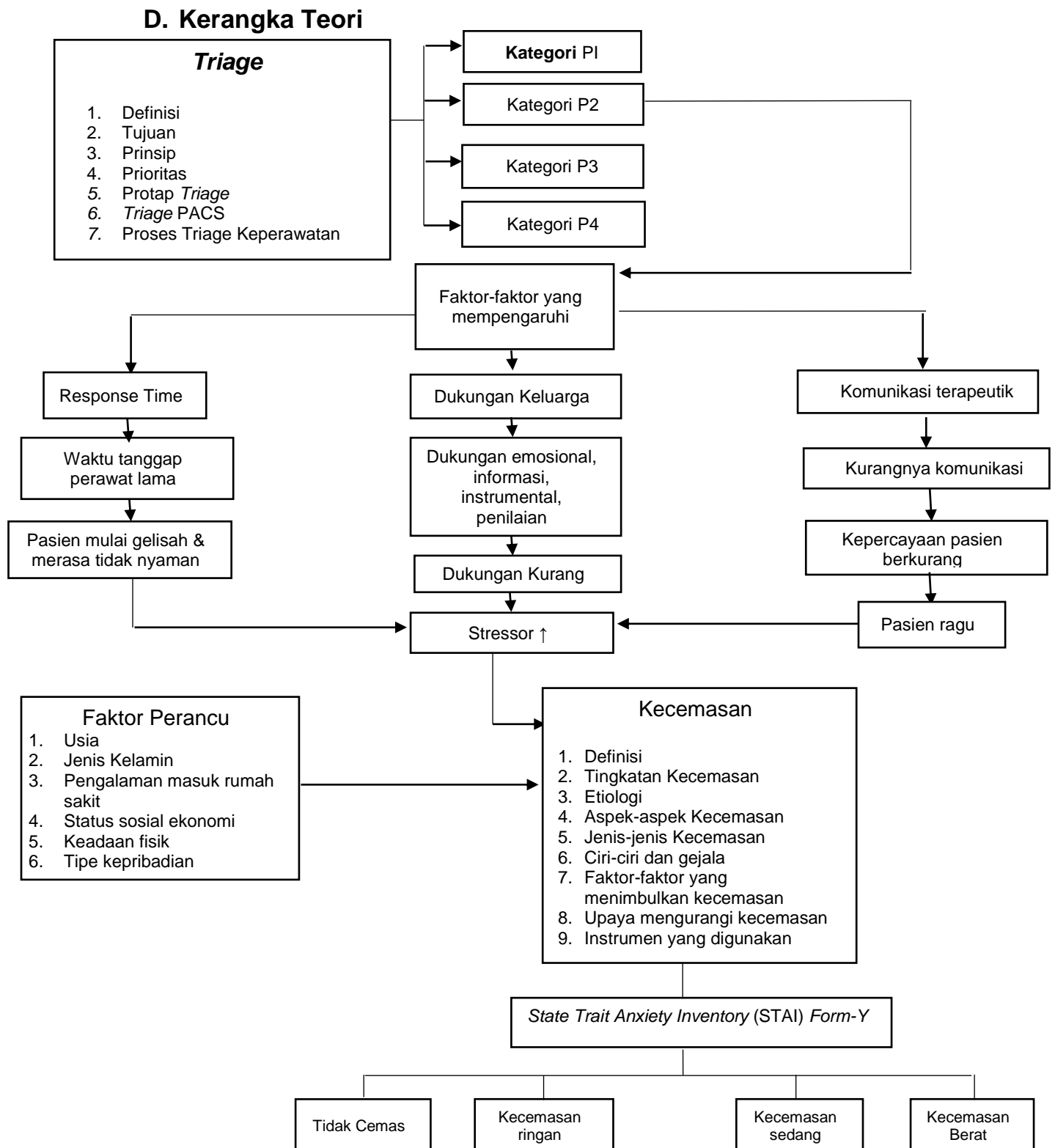
- a. Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan kesadaran dan penghargaan diri.
- b. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang lain dan mandiri.

- c. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan dan mencapai tujuan yang realistis,
- d. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri.

Sedangkan tujuan komunikasi terapeutik menurut Damayanti (2008), yaitu:

- a. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan.
- b. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- c. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri.

Dari hasil penelitian *Susilo et al.*,(2014) didapatkan hasil bahwa Kecemasan pasien di Ruang Triase Instalasi Gawat Darurat *Hospital Nacional Guido Valadares* sebagian besar dalam kategori cemas berat yaitu sebanyak 29 orang (54,7%). Serta kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan kecemasan pasien di Ruang Triase Instalasi Gawat Darurat *Hospital Nacional Guido Valadares*, dengan nilai τ sebesar -0,250 dan p value sebesar 0,044 ($\alpha = 0,05$).

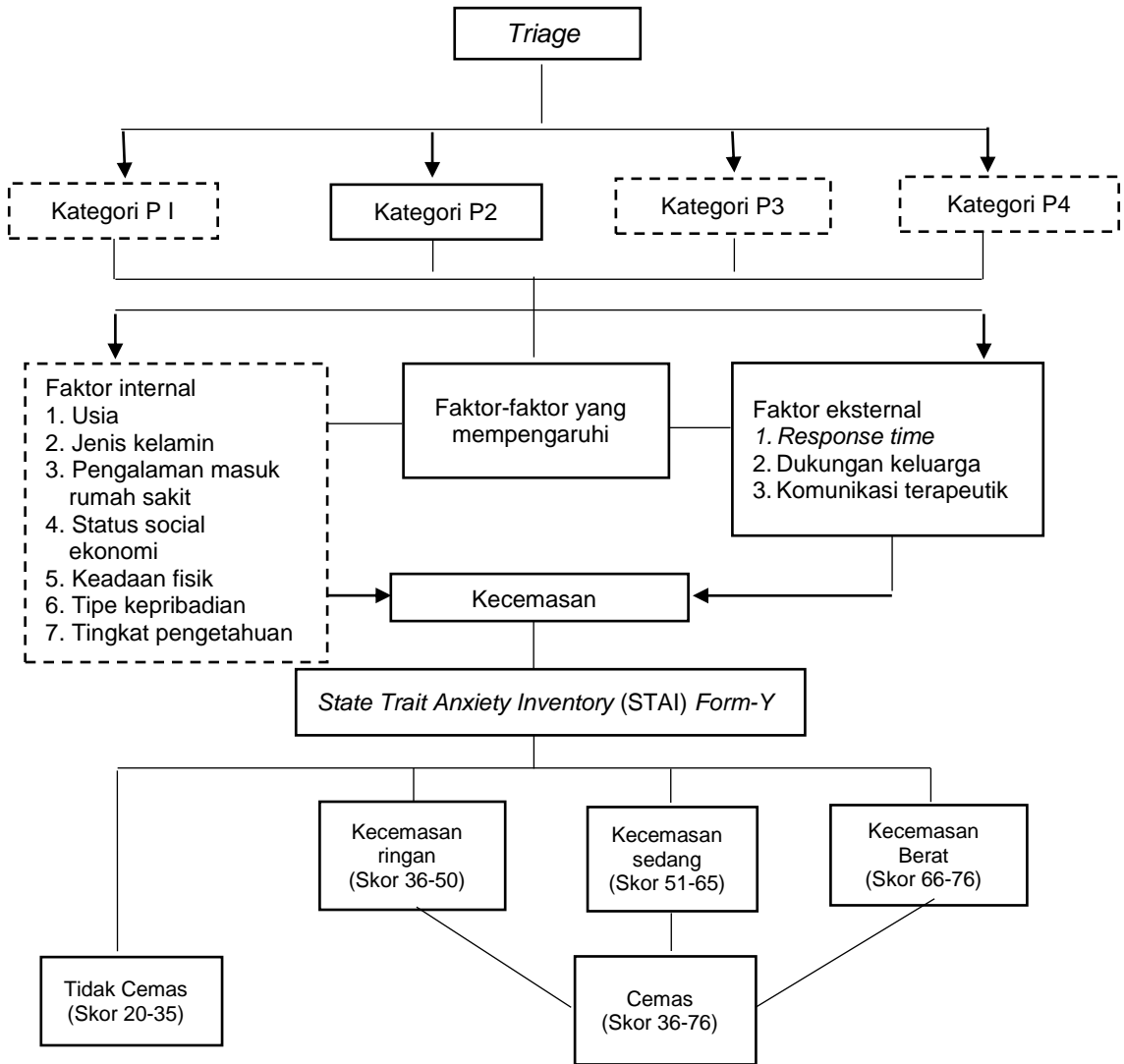


Gambar 2.4 Bagan Kerangka Teori faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka konsep faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning

Keterangan :



: Variabel diteliti



: Variabel tidak diteliti



: Saling berhubungan



: Mempengaruhi

Berdasarkan kerangka konsep diatas dapat dijelaskan bahwa Instalasi Gawat Darurat mempunyai sistem pemilahan pasien yaitu adalah Sistem *Triage*. Sistem *triage* sendiri terbagi menjadi empat kategori prioritas yaitu P1, P2, P3 dan P4, dalam penelitian ini peneliti hanya menggunakan pasien dengan kategori *triage* P2 dimana penelitian ini akan mengukur tingkat kecemasan pasien di IGD. Tingkat kecemasan di IGD dipengaruhi oleh 2 faktor yakni faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang mempengaruhi tingkat kecemasan berupa usia, jenis kelamin, pengalaman masuk rumah sakit, status sosial ekonomi, keadaan fisik, tipe kepribadian, tingkat pengetahuan serta faktor eksternalnya yaitu : respon time perawat, dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik perawat.

Penelitian ini akan menghubungkan antara faktor-faktor yang mempengaruhi (faktor eksternal) dengan tingkat kecemasan pasien dengan *triage* P2. Tingkat kecemasan sendiri terbagi menjadi 4 yaitu tidak cemas, kecemasan ringan, kecemasan sedang dan kecemasan berat yang akan diukur dengan menggunakan kuesioner *State trait Anxiety inventory* yang kemudian akan di dapatkan hasil tidak cemas jika skor 20-35 dan cemas jika skor 36-80 dimana kategori cemas itu mencakup kecemasan ringan, kecemasan sedang dan kecemasan berat.

B. Hipotesis

Hipotesis inilah yang akan dibuktikan oleh peneliti melalui penelitian.

H1 : ada hubungan *response time* dengan kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di IGD RSUD Bangil.

H1 : ada hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di IGD RSUD Bangil.

H1 : ada hubungan komunikasi terapeutik dengan kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di IGD RSUD Bangil.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain *observasional* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Metode *cross sectional* merupakan metode penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat, yang artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja (Notoatmodjo, 2012). Penelitian *cross sectional* ini sering disebut penelitian transversal dan sering digunakan dalam penelitian epidemiologi (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini yang akan diamati adalah variabel *response time*, dukungan keluarga, komunikasi terapeutik dan tingkat kecemasan.

B. Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien dengan kategori *triage* P2 yang masuk IGD RSUD Bangil Pasuruan sebagai gambaran rata sebanyak 500 kasus kunjungan pasien P2 (rata-rata perbulan tahun 2017).

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini yaitu pasien dengan kategori *triage* P2 dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Dalam penelitian ini penulis mempersempit populasi yaitu jumlah pasien yang masuk di IGD sebanyak

500 pasien dengan menggunakan teknik slovin (Sugiyono, 2011) Adapun penelitian ini menggunakan rumus slovin karena dalam penarikan sampel, jumlahnya harus *representative* agar hasil penelitian dapat di generalisasikan dan perhitungannya tidak memerlukan tabel jumlah sampel, namun dapat dilakukan dengan rumus dan perhitungan sederhana.

Rumus slovin untuk menentukan sampel seperti berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$n = \frac{500}{1 + 500 (0.1)^2}$$

$$n = \frac{500}{6}$$

$$n = 83,333333$$

$$n = 83 \text{ Responden}$$

Keterangan :

n = Ukuran sampel/Jumlah responden

N = Ukuran populasi

e = Presentase kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang masih dapat ditolerir, $e = 0,1$.

Dalam Rumus Slovin ada ketentuan sebagai berikut:

Nilai $e = 0,1$ (10%) untuk populasi sampel dalam jumlah besar

Nilai $e = 0,2$ (20%) untuk populasi sampel dalam jumlah kecil

3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *Non Probability Sampling* dengan menggunakan tehnik *purposive sampling* yang artinya cara pengambilan sampel berdasarkan pada suatu

pertimbangan tertentu yang sesuai dengan kriteria yang dibuat oleh peneliti. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien dengan kategori *triage* P2 yang masuk ke IGD RSUD Bangil.
- 2) Pasien dengan kategori *triage* P2 yang berusia 12 – 65 Tahun.
- 3) Pasien yang bersedia menjadi responden dan bersedia mengisi *inform consent*.
- 4) Pasien yang didampingi keluarga.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien dengan kategori *triage* P1, P3 dan P4/P0.
- 2) Pasien dengan kategori *triage* P2 yang berusia $\leq 11 - \geq 66$ Tahun.
- 3) Pasien dengan gangguan jiwa.
- 4) Pasien rujukan.
- 5) Pasien yang baru pertama kali masuk IGD.
- 6) Pasien P2 yang tiba-tiba kondisinya drop dan jadi P1
- 7) Pasien yang tidak bisa membaca dan menulis

C. Variabel Penelitian

1. Variabel Independen

Variabel independent dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi, yakni *response time*, dukungan keluarga, komunikasi terapeutik.

2. Variabel Dependen

Variabel dependent dalam penelitian ini adalah kecemasan pasien dengan kategori *triage* P2.

D. Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di IGD RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan pada Bulan 26 Mei – 05 Juni 2018.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan metode yang digunakan untuk mengukur konsep. Dalam hal ini yang diukur adalah variabel independent dan variabel dependent. Variabel, definisi operasional, cara ukur, hasil ukur, dan skala ukur dalam penelitian ini dapat dilihat pada table 4.1 berikut ini.

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel independent :					
1	<i>Response Time</i> perawat	Waktu tanggap perawat IGD yang dihitung setelah pasien di klasifikasikan prioritasnya sampai pasien mendapatkan penanganan selanjutnya dari tenaga medis yang dihitung dalam menit.	<i>Stopwatch</i> dan Lembar Observasi A	Hasil ukur <i>response time</i> perawat yang di klasifikasikan sebagai berikut: 1 : Baik (<15 menit) 2 : Buruk (>15 menit)	<i>Ordinal</i>
2	Komunikasi perawat	Kemampuan komunikasi yang dilakukan perawat dengan/ terhadap pasien dalam mengatasi beberapa keluhan psikologis pasien salah satunya yaitu kecemasan.	<i>Kuesioner</i> komunikasi perawat (B)	Hasil ukur adalah skor komunikasi perawat yang di kategorikan sebagai berikut 1 : Komunikasi kurang (15-20) 2 : Komunikasi baik (21-26)	<i>Ordinal</i>
3	Dukungan keluarga	Suatu bentuk sikap ,tindakan dan penerimaan terhadap pasien. Ada 4 bentuk dukungan keluarga:	<i>Kuesioner</i> Dukungan Keluarga (C)	Hasil ukur adalah skor dukungan keluarga yang di klasifikasikan sebagai berikut:	<i>Ordinal</i>

- 1.dukungan informatif:
Dukungan yang berupa bantuan informasi agar dapat menghilangkan kecemasan karena salah konsepsi
1 : Kurang (20-46)
2 : Baik (47-72)
- 2.dukungan emosional:
Dukungan berupa simpati, rasa cinta, kepercayaan, berempati membantu masalah yang dihadapi
- 3.dukungan instrumental:
Dukungan yang berupa penyediaan perlengkapan yang memadai bagi pasien
- 4.dukungan penilaian: Bentuk penghargaan yang diberikan atas kondisi pasien

**Variabel
Dependent :**

1	Kecemasan	Salah satu keadaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan yang disertai dengan tanda somatik yaitu terjadinya hiperaktivitas serta merupakan gejala yang tidak spesifik yang sering di temukan	<i>Kuesioner D State Trait Anxiety Inventory (STAI) Form-Y</i>	Hasil ukur adalah skor tingkat kecemasan yang di klasifikasikan sebagai berikut: 1 : Tidak cemas (<35) 2 : Cemas (36-76)	<i>Nominal</i>
---	-----------	---	--	--	----------------

F. Instrumen Penelitian, Pengumpulan, Pengolahan Data, dan Analisa

Data

1. Instrumen Penelitian

Rencana penelitian ini instrumen yang digunakan peneliti adalah menggunakan metode kuisisioner dan lembar observasi. Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuisisioner A, B, C dan D:

a) Lembar Observasi (A)

Instrumen penelitian dibuat sendiri oleh peneliti, lembar observasi disini terdiri atas 1) lembar data biografi pasien mencakup nomor responden, nama responden, usia, jenis kelamin, pendidikan,

pekerjaan, status perkawinan, diagnosa awal. 2) lembar observasi *response time* perawat.

b) Kuisisioner komunikasi terapeutik perawat (B).

Untuk keterampilan komunikasi terapeutik perawat, Instrumen penelitian dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan tinjauan pustaka. Kuisisioner berupa pernyataan tentang variabel komunikasi terapeutik perawat terdiri dari 15 pernyataan yang terdiri dari fase orientasi 4, fase kerja 5, dan fase terminasi 4. Kuisisioner komunikasi terapeutik perawat merupakan kuisisioner jenis *Closed-ended Dichotomy question* dengan range 1–2. Untuk pernyataan pilihan jawaban yang tersedia Ya (2) dan Tidak (1). Total skor nilai terendah 15 dan nilai tertinggi 26. Jadi semakin tinggi skor semakin baik komunikasi terapeutik yang diterapkan perawat saat berkomunikasi dengan pasien. Dengan kategori penilaian komunikasi kurang dengan skor 15-20, komunikasi baik dengan skor 21-26.

c) Kuisisioner Dukungan Keluarga (C)

Kuisisioner dukungan keluarga mengadopsi dari kuisisioner penelitian sebelumnya yang diteliti oleh Kusuma (2011) dan dikembangkan oleh peneliti, yang meliputi: dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan menggunakan skala *Likert*. Teknik korelasi yang digunakan yaitu, *korelasi product moment (r)* (Notoatmodjo, 2012). Untuk mengukur dukungan keluarga diajukan pernyataan 18 dengan alternative jawaban selalu diberi skor 4, jika jawaban sering diberi skor 3, jika menjawab kadang-kadang diberi skor 2, jika menjawab tidak

pernah 1, maka skor tertinggi untuk dukungan keluarga adalah 72 dan skor terendah adalah 20.

Rumus kategori pengukuran:

$$P = \frac{\text{Skala Tertinggi} - \text{Skala Terendah}}{\text{Panjang Kelas}}$$

$$P = \frac{72 - 20}{2}$$

$$P = 26$$

Keterangan :

P = panjang kelas

R = skala tertinggi- skala terendah

BK = banyak kategori

Maka kategori dukungan keluarga :

Skor 20-46 : Dukungan Kurang

Skor 47-72 : Dukungan Baik

d) Kuisisioner *State Anxiety Inventory (SAI) Form-Y (D)*

Skala S-AI *form Y* Spielberger terdiri dari 20 pernyataan dengan 4 respon skala *likert*. Sebagian dari item tersebut merupakan pernyataan positif (*favorable*), yakni merasa aman, nyaman, tidak gelisah, dan sebagainya, yang terdapat pada 10 nomor dengan skor: 4= tidak sama sekali; 3= kurang; 2= cukup; 1= sangat merasakan. Sepuluh lainnya merupakan pernyataan negatif (*unfavorable*), seperti ketakutan pada sesuatu yang akan terjadi, gelisah, cemas, dan ketegangan. Pemberian skor pada pernyataan negatif merupakan kebalikan dari skor pernyataan positif, yakni: 1= tidak sama sekali; 2= kurang; 3= cukup; 4= sangat merasakan.

Tabel 4.2 Teknik Penskoran instrumen *State Anxiety Inventory form Y*

Pernyataan	Nomor Item	Jawaban Responden			
		Tidak sama skali	Kurang	Cukup	Sangat merasakan
<i>Favorable</i>	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

Dengan kategori penilaian adalah tidak cemas dengan skor 20-35, kecemasan ringan dengan skor 36-50, kecemasan sedang dengan skor 51-65 dan kecemasan berat dengan skor 66-76. Kategorinya di kecilkan oleh peneliti menjadi 2 kategori yaitu Tidak Cemas dengan skor 20-35 dan cemas dengan skor 36-76

2. Uji Validitas dan Realibilitas

a. Uji Validitas

Uji validitas adalah sejauh mana ketetapan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsinya (Azwar, 2007). Uji validitas dilakukan pada kuisisioner komunikasi terapeutik perawat (B), kuisisioner Dukungan keluarga (C) dan kuisisioner tingkat kecemasan (D). Uji validitas instrumen (kuesioner) ini dilakukan dengan menggunakan *korelasi product moment*. Ketentuan hasil pengujiannya adalah apabila diperoleh nilai r hitung lebih besar dari (r tabel=0,361) yang lebih kecil dari α (0,05), maka item pertanyaan tersebut dinyatakan valid.

1). Komunikasi Terapeutik Perawat (B).

Berdasarkan hasil uji validitas diketahui bahwa nilai validitas untuk variabel komunikasi perawat nilai validitas terendah sebesar 0,099 dengan nilai *p-value* sebesar 0,620 dan nilai validitas tertinggi 0,742 dengan nilai *p-value* 0,000. Oleh karena nilai r

hitung $>$ r tabel (0,361) pada $N = 30$, dengan nilai p -value 0,000 yang nilainya lebih kecil dari 0,05 maka dapat dikatakan bahwa instrumen tentang komunikasi yang disebarakan tergolong valid, sehingga diketahui yang valid sebanyak 13 item (item nomor 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15) dan instrumen yang tidak valid item nomor 5 dan 11, sehingga item yang valid digunakan untuk penelitian sedangkan nomor item yang tidak valid tidak digunakan dalam penelitian (Hasil terlampir).

2). Dukungan Keluarga (C).

Berdasarkan hasil uji validitas diketahui bahwa nilai validitas untuk variabel kecemasan nilai validitas terendah sebesar -0,098 dengan nilai p -value sebesar 0,605 dan nilai validitas tertinggi 0,623 dengan nilai p -value 0,000. Oleh karena nilai r hitung $>$ r tabel (0,361) pada $N = 30$, dengan nilai p -value 0,000 yang nilainya lebih kecil dari 0,05 maka dapat dikatakan bahwa instrumen tentang komunikasi yang disebarakan tergolong valid, sehingga diketahui yang valid sebanyak 18 item (item nomor 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20) dan instrumen yang tidak valid item nomor 6 dan 7, sehingga item yang valid digunakan untuk penelitian sedangkan nomor item yang tidak valid tidak digunakan dalam penelitian (Hasil terlampir).

3). Kecemasan (D).

Berdasarkan hasil uji validitas diketahui bahwa nilai validitas untuk variabel tingkat kecemasan nilai validitas terendah sebesar 0,034 dengan nilai p -value sebesar 0,858 dan nilai validitas

tertinggi 0,775 dengan nilai *p-value* 0,000. Oleh karena nilai *r* hitung > *r* tabel (0,361) pada $N = 30$, dengan nilai *p-value* 0,000 yang nilainya lebih kecil dari 0,05 maka dapat dikatakan bahwa instrumen tentang kecemasan yang disebarakan tergolong valid, sehingga diketahui yang valid sebanyak 19 item (item nomor 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20) dan instrumen yang tidak valid item nomor 1, sehingga item yang valid digunakan untuk penelitian sedangkan nomor item yang tidak valid tidak digunakan dalam penelitian (Hasil terlampir).

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Uji reliabilitas instrumen B, C dan D dilakukan dengan membandingkan nilai *r* tabel dengan metode *Cronbach's Alpha*. Reliabilitas kuesioner ditunjukkan oleh angka koefisien *Cronbach's Alpha* >0,6 dengan bantuan komputer. Pernyataan dikatakan reliabel dengan ketentuan bila *Alpha* atau *r* hitung lebih besar dari pada *r* tabel maka pertanyaan dinyatakan reliabel (Hasil terlampir).

G. Prosedur Penelitian

1. Prosedur Administrasi

- a. Membuat surat permohonan izin penelitian dengan sepengetahuan Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES WIDYAGAMA HUSADA.
- b. Mendapatkan izin dari direktur RSUD Bangil melalui bagian manajemen, meminta izin kepada kepala ruangan instalasi gawat darurat.

- c. Mensosialisasikan maksud dan tujuan penelitian.
- d. Memilih subyek sesuai dengan kriteria inklusi.
- e. Melakukan pengambilan data subjek dengan lembar *checklist*. Meminta surat telah melakukan penelitian pada bagian manajemen RSUD Bangil.

2. Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan data primer dan sekunder:

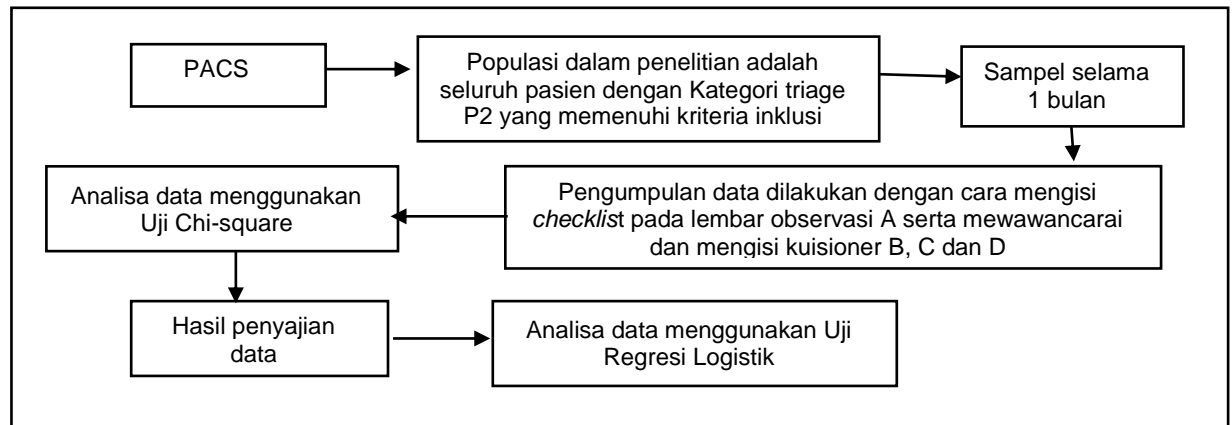
a. Data Primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2012). Pengumpulan data primer dalam penelitian ini yaitu melalui cara mengobservasi, dan mengisi *checklist* serta menyebarkan kuesioner dan melakukan wawancara secara langsung dengan pihak-pihak yang berhubungan dengan penelitian. Dalam hal ini pihak pasien dengan kategori *triage* P2 label kuning di IGD RSUD Bangil.

b. Data Sekunder

Data sekunder diambil dari buku register pasien pada ruang IGD dengan objek yang diambil berupa, nama, nomor rekam medis, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan, diagnosa medis.

Berikut ini merupakan alur dalam pengumpulan data:



Gambar 4.1 Skema Alur Penelitian

H. Pengolahan Data

Setelah data observasi dan kuisisioner tentang faktor-faktor yang mempengaruhi dan tingkat kecemasan pada telah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data melalui beberapa tahap berikut ini.

1. *Editing*

Editing meliputi kegiatan seleksi dan menyusun data yang telah terkumpul. *Editing* diperlukan untuk melihat apakah data yang sudah terkumpul sudah terisi lengkap, tulisan cukup jelas, dan catatan sudah dipahami (Notoatmodjo, 2012). Proses *editing* ini dilakukan dengan cara mengoreksi data yang telah diperoleh dari buku register IGD, yang meliputi nama, nomor rekam medis, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan, diagnosa medis. Serta mengoreksi kembali kuisisioner yang telah diisi oleh responden apakah sudah lengkap dan sesuai dengan data yang diperlukan.

2. Pemberian kode (*Coding*)

Coding adalah suatu kegiatan memberi kode pada variabel penelitian. Pemberian kode pada masing-masing kuesioner dan nilai pada setiap jawaban responden untuk memudahkan dalam pengolahan data. Dalam hal ini peneliti memberikan identitas pada masing-masing angket kuisisioner sesuai dengan nomor urut responden (Notoatmodjo, 2012). Variabel dependent dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan yang dibuat dalam skala nominal yaitu: “tidak cemas” dengan kode ‘1’, ”cemas” dengan kode ‘2’. Variabel independent dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien kategori *triage* P2 dilakukan pengkodean sesuai penjelasan pada bagian definisi operasional. Dalam penelitian ini juga dilakukan pengkodean pada “responden” dengan kode ‘R’ dan di beri angka 1 hingga seterusnya sebanyak responden yang akan diteliti misalkan yaitu “responden1” dengan kode ‘R1’, “responden2” dengan kode ‘R2’ dan seterusnya.

3. Tabulating

Data kecemasan dikelompokkan berdasarkan 2 kategori yaitu, tidak cemas, dan cemas (cemas ringan, cemas sedang, cemas berat dan panik), sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan dikelompokkan sesuai dengan yang dicantumkan di definisi operasional. Selanjutnya dilakukan tabulasi data agar data siap diolah secara statistik (Notoatmodjo, 2012).

4. Memasukkan data (*Entry*)

Data hasil penelitian kemudian diproses ke dalam paket program komputer SPSS 16.

I. Analisa Data

Data yang telah dikumpulkan pada saat penelitian kemudian dilakukan analisis univarian, analisis bivarian dan analisis multivarian.

1. Analisis univarian

Analisa univarian digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik subyek. Karakteristik subyek yang dideskripsikan dalam penelitian ini adalah data demografi subyek (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan), *response time*, dukungan keluarga, komunikasi terapeutik perawat. Dalam penelitian ini variabel yang diteliti memiliki skala ukur kategorik sehingga penyajian data berupa jumlah atau frekuensi tiap kategori dari presentasi tiap kategori berupa tabel (Notoatmodjo, 2012)

2. Analisis bivarian

Analisa bivarian untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu terdapat hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien kategori triase P2 label kuning. Variabel yang dihubungkan memiliki skala ukur kategorik sehingga dilakukan uji *chi-square* jika memenuhi syarat dan menggunakan uji *fisher* jika tidak memenuhi syarat. Uji statistik yang digunakan dalam analisis bivariat dalam penelitian ini tampak pada tabel berikut:

Tabel 4.3 Jenis uji statistik Pada Analisa Bivariat

Variabel Independen	Variabel dependen	Uji Statistik
Faktor-faktor yang mempengaruhi:		
a. <i>Response time</i> (Ordinal)	Kecemasan (Nominal)	<i>Chi-square</i>
b. Dukungan keluarga (Ordinal)	Kecemasan (Nominal)	<i>Chi-square</i>
c. Komunikasi terapeutik (Ordinal)	Kecemasan (Nominal)	<i>Chi-square</i>

3. Analisis Multivarian

Data yang diperoleh kemudian diolah dan dianalisa secara analitik untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien kategori *triage* P2 label kuning di IGD. Analisis data yang digunakan adalah Uji *Regresi Logistic* yang dilakukan dengan bantuan program computer SPSS.

J. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah norma untuk berperilaku, memisahkan apa yang seharusnya dilakukan dan apa yang seharusnya tidak boleh dilakukan (Sastrapradja, 2007). Penelitian kesehatan pada umumnya menggunakan manusia sebagai objek yang diteliti disatu sisi dan sisi yang lain manusia sebagai peneliti. Penelitian ini baru dapat dilakukan setelah mendapat persetujuan yang menekankan pada masalah etika. Adapun etika penelitian yang harus dipenuhi oleh peneliti meliputi *informed consent*, *anonimity* dan *confidentiality*.

1. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden peneliti dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan peneliti serta mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menanda tangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden (Hidayat, 2007).

2. **Anonymity (tanpa nama)**

Anonymity merupakan suatu kerahasiaan identitas responden terjaga dengan cara peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner tetapi diganti dengan penggunaan inisial dan nomor responden (Hidayat, 2007).

3. **Confidentiality (kerahasiaan)**

Confidentiality merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2007).

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan hasil penelitian berdasarkan analisis deskriptif, analisis bivarian dan analisis multivarian. Analisis deskriptif yang akan dijelaskan berupa analisa univarian mengenai karakteristik responden di IGD RSUD Bangil Kab. Pasuruan meliputi usia, jenis kelamin, status, pendidikan terakhir, *response time*, komunikasi perawat, dukungan keluarga, kecemasan. Analisa bivarian dilakukan untuk mengetahui hubungan secara langsung maupun tidak langsung *response time* dengan kecemasan, komunikasi perawat dengan kecemasan dan dukungan keluarga dengan kecemasan di IGD RSUD Bangil Kab. Pasuruan. Berdasarkan data yang diperoleh pada tanggal 21 Mei – 5 Juni 2018 pada 83 responden. Responden yang di pilih adalah pasien dengan kategori triage P2 label kuning yang masuk IGD RSUD Bangil Kab. Pasuruan yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan oleh peneliti. Adapun kuesioner yang digunakan adalah kuesioner komunikasi terapeutik, kuesioner dukungan keluarga, kuesioner kecemasan *State anxiety Inventory* (S-AI) serta lembar observasi *response time*. Pengumpulan data dilakukan sendiri oleh peneliti. Setelah data terkumpul peneliti melakukan pengelompokkan dan analisis data. Adapun hasil penelitian adalah sebagai berikut:

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Gambaran umum RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan gagasan awal untuk mendirikan rumah sakit, milik pemerintah Kabupaten Pasuruan, berawal dari keberadaan Puskesmas Bangil sebagai puskesmas perawatan dengan fasilitas sebanyak 77 tempat tidur. RSUD Bangil dalam perkembangannya karena tuntutan

kebutuhan akan pelayanan rujukan yang belum tentu dimiliki Kabupaten Pasuruan, maka perlu untuk didirikan Rumah Sakit yang merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Pasuruan.

Pada tanggal 19 Desember 1979 Rumah Sakit Umum Bangil telah diresmikan oleh Gubernur Jawa Timur sebagai rumah sakit tipe D yang berlokasi di Jalan Soetomo No. 101 Bangil. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Pada tanggal 26 Februari 1993 RSUD Bangil meningkat menjadi kelas C. RSUD Bangil di Jalan Raci Bangil Mengingat makin meningkatnya jumlah kunjungan ke RSUD Bangil serta makin meningkatnya tuntutan masyarakat akan pelayanan yang canggih dikaitkan dengan keterbatasan lahan untuk pengembangan rumah sakit maka pada tanggal 18 maret 2008 RSUD Bangil dilakukan relokasi dari jalan dr. Soetomo No. 101 Bangil ke Jalan Raya Raci Bangil.

Rumah Sakit Umum Daerah Bangil sebagai Rumah Sakit Badan Layanan Umum Daerah. Dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam pemberian jasa pelayanan kesehatan dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan maka pada tanggal 24 februari 2012 RSD Bangil ditetapkan sebagai Rumah Sakit BLUD. Dengan status BLUD tersebut maka RSUD Bangil lebih mengembangkan kegiatan pelayanan, baik medik maupun nonmedik terutama melalui kerja sama dengan pihak lain.

IGD RSUD Bangil Kab. Pasuruan terletak di bagian kanan depan rumah sakit. Pada bangsal ini terdapat loby dan beberapa ruangan, seperti ruangan *Triage*, ruangan khusus pasien kategori P1 (merah), P2 (kuning) dan P3 (hijau), ruang bedah minor, ruang isolasi, ruangan IGD PONEK, apotik IGD dan ruang ganti perawat serta Nurse station yang berada tepat di tengah-tengah ruangan. Tenaga kesehatan yang bertugas di IGD RSUD Bangil terdiri dari 3 orang dokter jaga dan

4-5 orang perawat dan 2 bidan pada setiap shift nya. Pada IGD ini terdapat beberapa tindakan keperawatan yang dilakukan seperti pemeriksaan tanda-tanda vital, pemasangan infus, pemasangan oksigen, pengambilan darah, pembersihan luka, dan pemasangan ventilator. Rata-rata kunjungan pasien P2 ke IGD berjumlah 500 kunjungan perbulan.

B. Hasil Analisis Univarian

Pada analisis univarian dilakukan deskripsi pada karakteristik responden meliputi karakteristik demografi. Karakteristik demografi responden yang dikaji dalam penelitian ini meliputi: Usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir serta karakteristik variabel penelitian yaitu *response time*, komunikasi perawat, dukungan keluarga, kecemasan pasien. Hasil analisis univarian adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik responden berdasarkan usia

Tabel 5.1
Karakteristik Demografi Responden berdasarkan Usia di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Usia	Remaja awal (12-16)	1	1,2
	Remaja Akhir (17-25)	12	14,5
	Dewasa Awal (26-35)	10	12
	Dewasa Akhir (36-45)	17	20,5
	Lansia Awal (46-55)	20	24,1
	Lansia Akhir (56-65)	23	27,7
Total		83	100

Sumber : Data Primer. 2018

Tabel 5.1 menunjukkan hasil analisis terhadap karakteristik demografi responden yang diklasifikasikan berdasarkan tingkatan usia menunjukkan mayoritas responden sebagian besar berusia 56-65 tahun. Dengan 3 kategori yang paling banyak adalah responden berusia 56-65 tahun sejumlah 23 (27,7%) orang, responden usia 46-55 tahun sejumlah 20 (27,7%) orang, serta responden usia 36-45 tahun sejumlah 17 (20,5%) orang. 3 kategori Kecemasan tertinggi dialami

oleh 18 responden dengan kategori usia lansia akhir (56-65 tahun), 16 responden dengan kategori usia dewasa akhir (36-45 tahun) dan 12 responden dengan kategori usia lansia awal (46-55 tahun) (Data Primer.2018 (lampiran 11)).

2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.2
Karakteristik Demografi Responden berdasarkan Jenis Kelamin di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	45	54,2
	Perempuan	38	45,8
Total		83	100

Sumber : Data Primer. 2018

Tabel 5.2 menunjukkan hasil analisis terhadap karakteristik demografi responden yang diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin. Berdasarkan jenis kelamin dapat diketahui bahwa jumlah pasien atau responden laki-laki lebih banyak dari pada jumlah pasien atau responden perempuan. Jumlah pasien atau responden laki-laki yakni sejumlah 45 (54,2%) orang. Sedangkan jumlah pasien atau responden perempuan sejumlah 38 (45,8%) orang. Kecemasan tertinggi dalam penelitian ini yaitu pada responden dengan jenis kelamin laki-laki 35 orang serta pada responden perempuan 27 orang (Data Primer.2018 (lampiran)).

3. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan

Tabel 5.3
Karakteristik Demografi berdasarkan Responden Tingkat Pendidikan di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Tingkat Pendidikan	SD	20	24,1
	SMP	14	14,5
	SMA	44	53,0
	Perguruan Tinggi	7	8,4
Total		83	100

Sumber : Data Primer. 2018

Tabel 5.3 menunjukkan hasil analisis terhadap karakteristik demografi responden yang diklasifikasikan berdasarkan tingkatan pendidikan menunjukkan bahwa mayoritas tingkat pendidikan responden adalah SMA sejumlah 44 (53,0%) orang, kemudian diikuti responden dengan tingkat pendidikan SD sejumlah 20 (24,1%) orang, responden dengan tingkat pendidikan SMP sejumlah 14 (14,5%) orang, serta responden dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi sejumlah 7 (8,4) orang. 2 kategori kecemasan tertinggi dialami oleh responden dengan Tingkat pendidikan SMA sejumlah 35 responden dan SD sejumlah 17 responden. (Data Primer. 2018 (lampiran 11)).

4. Karakteristik responden berdasarkan *Response Time*

Tabel 5.4
Karakteristik Demografi berdasarkan Responden *Response Time* di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
<i>Response Time</i>	Baik	66	79,5
	Buruk	17	20,5
Total		83	100

Sumber : Data Primer. 2018

Tabel 5.4 menunjukkan hasil analisis terhadap karakteristik *response time* perawat dengan hasil *response time* baik lebih banyak dibandingkan *response time* buruk. *Response time* perawat yang baik pada pasien sejumlah 66 (79,5%) pasien dan *response time* perawat yang buruk pada pasien sejumlah 17 (20,5%) pasien.

5. Karakteristik responden berdasarkan komunikasi perawat

Tabel 5.5
Karakteristik Demografi berdasarkan Responden Komunikasi Perawat di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Komunikasi Perawat	Kurang	45	54,2
	Baik	38	45,8
Total		83	100

Sumber : Data Primer. 2018

Tabel 5.5 menunjukkan hasil analisis terhadap karakteristik komunikasi perawat dengan hasil Komunikasi kurang lebih banyak dibandingkan komunikasi baik. Komunikasi perawat yang kurang pada pasien sejumlah 45 (54,2%) pasien dan komunikasi perawat yang baik pada pasien sejumlah 38 (45,8%) pasien.

6. Karakteristik responden berdasarkan dukungan keluarga

Tabel 5.6
Karakteristik Demografi berdasarkan Responden Dukungan Keluarga di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Dukungan Keluarga	Kurang	30	36,1
	Baik	53	63,9
Total		83	100

Sumber : Data Primer. 2018

Tabel 5.6 menunjukkan hasil analisis terhadap karakteristik dukungan keluarga dengan hasil dukungan keluarga dengan kategori baik lebih banyak dibandingkan dukungan keluarga dengan kategori kurang. Dukungan keluarga yang baik pada pasien sejumlah 53 (63,9%) dan dukungan keluarga dengan kategori kurang pada pasien sejumlah 30 (36,1%).

7. Karakteristik responden berdasarkan kecemasan

Tabel 5.7
Karakteristik Demografi Responden berdasarkan Kecemasan di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Kecemasan	Tidak cemas	21	25,3
	Cemas	62	74,7
Total		83	100

Sumber : Data Primer. 2018

Tabel 5.7 menunjukkan responden yang mengalami cemas lebih banyak dibandingkan responden yang tidak mengalami cemas. Responden yang mengalami cemas berjumlah 62 (74,7%) dan responden yang tidak mengalami cemas berjumlah 21 (25,7%).

C. Hasil Analisis Bivarian

Analisis Bivarian digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan response time, komunikasi perawat, dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan dari pasien yang dianalisis dengan menggunakan Uji *Chi-Square* bila memenuhi syarat dan menggunakan Uji *Fisher* bila tidak memenuhi syarat. Adapun hasil analisis bivarian dari variabel diatas adalah sebagai berikut:

1. Analisis bivarian *response time* dengan kecemasan pasien

Tabel 5.8
Hasil Analisis Bivarian *Response time* dengan Kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

	Kategori	Kecemasan				<i>p</i>
		Tidak Cemas		Cemas		
		f	%	f	%	
<i>Response time</i>	Baik	17	20,5	49	59,0	0,561*
	Buruk	4	4,8	13	15,7	
Total		21	25,3	62	74,7	

*Uji *Fisher* (1-arah/one-sided)

Sumber : Data Primer. 2018

Tabel 5.8 diatas menunjukkan bahwa hubungan *response time* perawat dengan kecemasan memiliki nilai *significancy* 0,561 yang artinya tidak terdapat hubungan bermakna antara *response time* perawat dengan kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di instalasi gawat darurat RSUD Bangil dengan nilai kecemasan tertinggi sejumlah 49 orang pada *response time* dengan kategori baik.

2. Analisis bivarian komunikasi perawat dengan kecemasan pasien

Tabel 5.9
Hasil Analisis Bivarian Komunikasi Perawat dengan Kecemasan pasien kategori triage P2 label kuning di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

	Kategori	Kecemasan				p
		Tidak Cemas		Cemas		
		f	%	f	%	
Komunikasi Perawat	Kurang	3	3,6	42	50,6	0,000
	Baik	18	21,7	20	24,1	
Total		21	25,3	62	74,7	

Sumber : Data Primer. 2018

Tabel 5.9 diatas menunjukkan bahwa ada 42 responden mengalami cemas dengan kategori komunikasi perawat kurang. Tabel diatas juga menunjukkan bahwa hubungan komunikasi perawat dengan kecemasan memiliki nilai *significancy* 0,000 yang artinya terdapat hubungan bermakna antara komunikasi perawat dengan kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di instalasi gawat darurat RSUD Bangil.

3. Analisis bivarian dukungan keluarga dengan kecemasan pasien

Tabel 5.10
Hasil Analisis Bivarian Dukungan Keluarga dengan Kecemasan pasien kategori triage P2 label kuning di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

	Kategori	Kecemasan				p
		Tidak Cemas		Cemas		
		f	%	f	%	
Dukungan keluarga	Kurang	3	3,6	27	32,5	0,016
	Baik	18	21,7	35	42,2	
Total		21	25,3	62	74,7	

Sumber : Data Primer. 2018

Tabel 5.10 diatas menunjukkan bahwa hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan memiliki nilai *significancy* 0,016 dimana terdapat 27 responden yang mengalami kecemasan dengan kategori dukungan keluarga kurang. Dari nilai *significancy* diatas dapat diartikan bahwa terdapat hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di instalasi gawat darurat RSUD Bangil.

D. Hasil Analisis Multivarian

Analisis multivarian pada penelitian ini digunakan untuk mengetahui pengaruh faktor-faktor dari tingkat kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik karena variabel dependennya kategorik. Tujuan utama dari regresi logistik ini yaitu untuk mengetahui faktor yang dapat dijadikan prediktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan. Variabel independennya yaitu, *response time*, komunikasi perawat dan dukungan keluarga, serta variabel dependennya adalah tingkat kecemasan.

1. Pemilihan Kandidat Multivarian

Pemilihan kandidat diawali dengan melakukan analisis bivarian dengan menggunakan uji *chi-square* jika memenuhi syarat dan uji *fisher* jika tidak memenuhi syarat. Hal ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Hasil pemilihan variabel kandidat multivarian dapat dilihat pada tabel 5.11 dibawah ini.

Tabel 5.11
Hasil Analisis Bivarian *Response time*, Komunikasi Perawat dan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

No	Variabel	<i>p-value</i>
1	Response time	0,561
2	Komunikasi Perawat	0,000*
3	Dukungan Keluarga	0,016*

*Kandidat yang masuk ketahap selanjutnya

Masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivarian dengan menggunakan uji *chi-square* jika memenuhi syarat dan uji fisher jika tidak memenuhi syarat, bila menghasilkan nilai $p = < 0,25$ maka variabel tersebut dapat masuk dalam tahap multivarian, tetapi jika dihasilkan nilai $p = > 0,25$ variabel tersebut tidak masuk dalam tahap multivarian. Variabel yang memenuhi syarat dan dapat masuk ke tahap multivarian yaitu variabel komunikasi perawat dan dukungan keluarga sedangkan variabel yang tidak memenuhi syarat yaitu variabel *response time*.

2. Pemodelan Multivarian

Dalam pemodelan ini semua variabel kandidat di uji cobakan secara bersama-sama dengan menggunakan uji regresi logistik. Variabel yang dianggap valid adalah variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ dan $p > 0,25$ dikeluarkan dari model. Dibawah ini dijelaskan model *summary* dari analisis multivarian sebagai berikut:

Tabel 5.12
Model *Summary* Analisis Multivarian Komunikasi Perawat dan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

Step	-2 Log <i>likelihood</i>	Cox & Snell <i>R Square</i>	Nagelkerke <i>R Square</i>
1	74,009 ^a	,213	,314
2	74,618 ^a	,207	,306

Dari tabel 5.12 diatas didapatkan nilai *Nagelkerke R Square* pada step ke- 2 0,306 dapat diartikan bahwa kedua variabel independen menjelaskan bahwa pengaruh terhadap tingkat kecemasan sebesar 30,6% sedangkan 69,4% sisanya dijelaskan oleh faktor lain yang tidak diteliti.

Menilai kualitas persamaan yang diperoleh berdasarkan parameter kalibrasi yang dapat dilihat dari tabel 5.13 *Hosmer and Lameshow Test* sebagai berikut:

Tabel 5.13
Hosmer and Lameshow Test Analisis Multivarian Komunikasi Perawat dan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan pasien kategori triage P2 label kuning di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

Step	Chi-square	Df	Sig.
1	1,372	2	,504

Dari tabel diatas dapat dilihat *p-value* 0,504 lebih besar dari 0,05 yang artinya persamaan yang diperoleh mempunyai kalibrasi yang baik dan model layak untuk di interpretasikan.

3. Model Persamaan Multivarian

Dari hasil analisis yang telah dilakukan, didapatkan model persamaan sebagai berikut:

Tabel 5.14
Model Persamaan Akhir Analisis Multivarian Analisis Multivarian Komunikasi Perawat dan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan pasien kategori triage P2 label kuning di Instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab. Pasuruan Mei-Juni 2018 (n=83)

Variabel	Koefisien	p	OR	IK 95%	
				Min	Maks
Komunikasi Perawat	2,534	,000	12,600	3,322	47,794
Konstanta	,105	,746	1,111		

Dari tabel diatas dapat dilihat variabel yang berpengaruh terhadap syok adalah Komunikasi perawat. Kekuatan hubungan dapat dilihat dari nilai *Odds Ratio* (OR) dimana nilai OR dari variabel komunikasi perawat sebesar 12,600.

Persamaan yang didapatkan dari model pada tabel diatas sebagai berikut :

$$\begin{aligned} \text{Kecemasan} &= \text{Konstanta} + a_1x_1 \\ \text{Kecemasan} &= 0,105 + 2,534 (\text{Komunikasi Perawat}) \end{aligned}$$

Persamaan yang di peroleh adalah untuk memprediksi probabilitas kecemasan seseorang pada kategori *triage* P2 label kuning. Kecemasan memiliki nilai konstanta 0,105 dengan nilai a_1 (nilai koefisien) 2,534 pada x_1 (komunikasi perawat).

Probabilitas pasien untuk mengalami kecemasan dapat dihitung dengan persamaan berikut :

$$y = 0,105 + 2,534 (\text{komunikasi perawat})$$

$$y = 0,105 + 2,534 (1)$$

$$y = 2,639$$

Dengan demikian, Probabilitasnya adalah :

$$p = \frac{1}{1 + \frac{1}{2,7^{2,639}}}$$

$$p = \frac{1}{1 + \frac{1}{13,752098477}} \quad p = \frac{1}{1 + \frac{1}{13,76}}$$

$$p = \frac{1}{\frac{13,76}{13,76} + \frac{1}{13,76}}$$

$$p = \frac{1}{\frac{14,76}{13,76}}$$

$$p = \frac{1}{14,76} \times \frac{13,76}{1}$$

$$p = \frac{13,76}{14,76}$$

$$p = 0,932249322$$

Dengan demikian, probabilitas pasien dengan komunikasi perawat yang kurang untuk mengalami kecemasan adalah 93%.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Hasil penelitian terhadap pasien dengan kategori *triage* P2 label kuning di IGD RSUD Bangil berdasarkan usia, menunjukkan bahwa dari 83 responden mayoritas 3 terbanyak adalah berusia 56-65 tahun dengan jumlah 23 (27.7%) orang, responden usia 46-55 tahun sejumlah 20 (24,1%) orang dan responden usia 36-45 tahun sejumlah 17 (20,5%) orang (tabel 5.1).

Hasil dari penelitian ini, usia terbanyak adalah pasien yang berusia 36 – 65 tahun. Dari sebagian besar pasien kategori P2 yang masuk RS, mayoritas datang dengan kasus non trauma dengan penyakit-penyakit seperti hipertensi, stroke, diabetes melitus, dan lain-lain. Dari rentang umur 36-65 tahun peneliti mengambil kesimpulan bahwa pasien yang masuk dengan umur sekian disebabkan oleh faktor degeneratif.

Setianto, B (2007) Menjelaskan mengenai sistem vaskuler, memasuki usia 30 tahun, pembuluh darah manusia secara perlahan tapi pasti mulai kehilangan daya elastisitasnya. Kondisi ini akan terus berlanjut hingga usia rata-rata manusia mencapai 80 tahun. Proses penuaan pembuluh darah sendiri terjadi pada usia 40–50 tahun. Hal ini

dikuatkan oleh Adianti, *et al* (2010) yang menjelaskan bahwa faktor usia mempengaruhi kemunduran fungsi tubuh termasuk kekakuan pembuluh darah (mengkerut dan menua). Bertambahnya usia juga memengaruhi penurunan fungsi *hormone estrogen* dan *testosterone* dalam mendistribusikan lemak, sehingga memungkinkan terjadinya penimbunan lemak dalam tubuh. Bahayanya bila penimbunan lemak menempel pada dinding pembuluh darah maka penimbunan ini akan mempersempit aliran darah, apalagi bila pembuluh darah telah menua. Kondisi ini dapat meningkatkan tekanan darah yang dapat mengganggu proses metabolisme tubuh (misal: penyumbatan pembuluh darah otak mengakibatkan stroke, penyumbatan pembuluh darah jantung mengakibatkan penyakit jantung koroner, dan lain-lain).

Menurut peneliti hal tersebut sesuai dengan fakta yang ada dilapangan dan sesuai dengan hasil penelitian peneliti dimana kebanyakan pasien yang masuk ke RS berusia 36 – 65 tahun, dimana usia ini sudah terjadi proses degeneratif yang menimbulkan berbagai macam penyakit degeneratif seperti Hipertensi, Stroke, DM, dan lain-lain. Antara Usia dan kecemasan dalam penelitian ini disimpulkan bahwa bertolak belakang dengan beberapa teori dan hasil penelitian yang sejenis dimana disimpulkan bahwa umur yang lebih muda, lebih mudah menderita stres dari pada umur yang lebih tua.

Hasil penelitian ini juga didapatkan kecemasan tertinggi adalah responden dengan kategori usia lansia akhir (56-65 tahun) yaitu 18 orang, responden usia lansia awal (46-55 tahun) sejumlah 12 orang dan responden usia dewasa akhir (36-45 tahun) sejumlah 16 orang

responden usia dewasa awal (26-55 tahun) sejumlah 7 orang dan responden usia remaja akhir (17-25 tahun) sejumlah 9 orang serta pada usia remaja awal (12-16 tahun) tidak terdapat responden yang mengalami kecemasan (Data Primer.2018 (lampiran 11)). Lestari (2015) menyimpulkan bahwa umur yang lebih muda, lebih mudah menderita stres dari pada umur yang lebih tua. Semakin muda umur seseorang dalam menghadapi masalah maka akan sangat mempengaruhi konsep dirinya. Umur dipandang sebagai suatu keadaan yang menjadi dasar kematangan dan perkembangan seseorang. Hasil penelitian lain yang dilakukan Furwanti (2014) menunjukkan kecemasan berat banyak dialami pada usia < 30 tahun (56,0%), sedangkan >50 tahun cenderung mengalami kecemasan ringan (69,2%). Umur yang jauh lebih tua, akan cenderung memiliki pengalaman yang lebih dalam menghadapi masalah kecemasan.

Menurut peneliti usia dan kecemasan dalam penelitian ini bertolak belakang dengan beberapa teori dan hasil penelitian yang sejenis dimana disimpulkan bahwa umur yang lebih muda, lebih mudah menderita stres dari pada umur yang lebih tua.

b. Jenis Kelamin

Hasil penelitian terhadap pasien dengan kategori *triage* P2 label kuning di IGD RSUD Bangil berdasarkan jenis kelamin, jenis kelamin responden terbanyak pada penelitian ini adalah laki-laki 45 (54,2%) responden dan perempuan yaitu 38 (45,8%) responden.

Pada umumnya seorang laki-laki dewasa mempunyai mental yang kuat terhadap sesuatu hal yang dianggap mengancam bagi dirinya

dibandingkan perempuan (Sunaryo dalam A'an Dwi, 2015). Perempuan cemas akan ketidakmampuannya dibandingkan dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibandingkan perempuan (Power dalam A'an Dwi, 2015). Gangguan ini lebih sering dialami oleh wanita daripada pria. Wanita memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan subjek berjenis kelamin laki-laki. Dikarenakan bahwa perempuan lebih peka dengan emosinya, yang pada akhirnya peka juga terhadap perasaan cemasnya (Stuart, 2007).

Hasil penelitian ini juga didapatkan responden laki-laki mengalami kecemasan dengan jumlah sebanyak 35 responden dan responden perempuan mengalami kecemasan dengan jumlah sebanyak 27 responden. Kuraesin (2009) dalam penelitiannya menyatakan perempuan lebih banyak mengalami kecemasan dibandingkan laki-laki. Terdapat 31 responden mengalami kecemasan ringan diantaranya perempuan (37,0%) dan laki-laki (30,4%). Hal ini berbanding terbalik dengan hasil penelitian ini dimana dalam penelitian ini pasien laki-laki lebih banyak mengalami kecemasan, menurut pendapat peneliti hal tersebut disebabkan oleh homogenitas sampel dimana sampel yang paling banyak dalam penelitian ini adalah laki-laki.

c. Tingkat Pendidikan

Dalam penelitian ini distribusi responden menurut tingkat pendidikan menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah dengan tingkat pendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) yaitu sebanyak 44

responden (53,0%) dan terendah yaitu Perguruan tinggi 7 responden (8,4%).

Hasil penelitian ini, dari jumlah 83 responden terbanyak adalah responden dengan tingkat pendidikan SMA. Tingkat pendidikan berhubungan erat dengan tingkat pengetahuan seseorang, dimana tingkat pendidikan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang akan kondisi yang dialaminya saat ini. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi tingkat pengetahuannya serta semakin rendah tingkat kecemasannya. Hasil penelitian ini juga didapatkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan SD yang mengalami kecemasan sebanyak 17 orang, responden dengan tingkat pendidikan SMP yang mengalami kecemasan sebanyak 7 orang, responden dengan tingkat pendidikan SMA yang mengalami kecemasan sebanyak 35 dan responden dengan tingkat pendidikan Perguruan Tinggi yang mengalami kecemasan sebanyak 3 orang.

Lestari (2015) mengatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun dari luar. Orang yang akan mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang tidak berpendidikan. Kecemasan adalah respon yang dapat dipelajari. Dengan demikian pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan. Penelitian terkait yang dilakukan Astutik (2011) menyatakan adanya hubungan antara pendidikan dengan tingkat kecemasan. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah tingkat kecemasannya.

d. Response Time

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di IGD RSUD Bangil Kab.Pasuruan menunjukkan bahwa dari 83 responden, ada 66 responden (79,5%) yang mendapatkan *response time* yang tepat/baik <15 menit dari perawat dan 17 responden (20,5%) yang mendapatkan *response time* yang tidak tepat/buruk >15 menit dari perawat.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang masuk di IGD RSUD Bangil Kab.Pasuruan mendapatkan *response time* yang baik dari perawat dengan pelayanan waktu <15 menit dan keadaan ini menunjukkan terpenuhinya standar IGD sesuai dengan standar dari konsep triage yang di adopsi dari *Singapore* yaitu PACS (*Patient Acuity Category Scale*), yaitu <15 menit untuk pasien dengan kategori *triage* P2 (Hadi, 2014). Hal ini juga sejalan dengan teori yang di kemukakan oleh Depkes, (2004) dalam (Gurning, 2012) Pasien pada kategori P2 mendapatkan prioritas pertolongan kedua dan pengawasan ketat karena cenderung kolaps bila tidak mendapat pertolongan, dengan respon time 5-15 menit.

Peneliti beranggapan bahwa *response time* yang baik pada pasien di IGD RSUD Bangil tak lepas dari sumber daya manusia (SDM) perawatnya, dimana pengetahuan perawat akan *response time* serta penerapannya sangat baik. Dan juga menurut peneliti faktor lain yang tak lepas yaitu adanya bantuan dari mahasiswa praktek yang praktek di IGD dan juga adanya perawat magang sehingga membuat *response time* di IGD RSUD Bangil sangat baik.

e. Komunikasi Perawat

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di IGD RSUD Bangil Kab.Pasuruan menunjukkan bahwa dari 83 responden, ada 38 responden (45,8%) yang komunikasi perawatnya baik dan 45 responden (54,2%) yang komunikasi perawatnya kurang.

Hasil pengamatan peneliti dimana komunikasi yang diterapkan oleh perawat di IGD cenderung lebih ke fase kerja dan terminasi, dimana diketahui bahwa komunikasi terapeutik mempunyai 3 fase yaitu, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Namun dari hasil observasi peneliti menemukan bahwa perawat IGD cenderung melupakan komunikasi pada fase terminasi dan sering juga melupakan komunikasi pada fase kerja. Hal ini sejalan dengan PUSBANKES 118 (2012) bahwa Komunikasi terapeutik pada ruang Instalasi Gawat Darurat berbeda dengan komunikasi yang terjadi dibangsal karena di Instalasi Gawat Darurat lebih memfokuskan pada tindakan yang akan dilakukan sehingga dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik sangat kurang. Kegiatan kasus gawat darurat memerlukan sebuah sub sistem yang terdiri dari informasi, jaring koordinasi dan jaring pelayanan gawat darurat sehingga seluruh kegiatan dapat berlangsung dalam satu sistem terpadu.

Peneliti beranggapan bahwa komunikasi yang dilakukan perawat di IGD kurang, serta perlu ditingkatkan lagi karena semakin baik komunikasi perawat maka akan semakin rendah tingkat kecemasan pasien. Dengan melakukan teknik komunikasi terapeutik yang baik maka dapat menurunkan kecemasan pasien dan dapat membantu agar pasien

merasa bahwa interaksinya dengan perawat merupakan kesempatan untuk berbagi perasaan dan informasi dalam rangka mencapai tujuan keperawatan yang optimal (Potter & Perry dalam Bariroh (2012)).

f. Dukungan Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di IGD RSUD Bangil Kab.Pasuruan menunjukkan bahwa dari 83 responden, ada 53 responden (63,9%) dengan dukungan keluarga yang baik dan 30 responden (36,1%) dengan dukungan keluarga yang kurang.

Dari hasil penelitian ini dukungan keluarga di IGD RSUD Bangil sudah sangat baik, terbukti dari 83 responden terdapat 53 responden dengan dukungan keluarga yang baik. Hal ini didukung oleh aturan yang diterapkan oleh rumah sakit bahwa pasien yang di IGD dapat didampingi keluarga walaupun dibatasi hanya 1 orang saja.

Dengan mendampingi, keluarga dapat membentuk strategi coping yang dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan pada pasien, karena dengan dukungan keluarga, pasien dapat mengidentifikasi, mengekspresikan serta mengungkapkan rasa takut dan cemasnya sehingga kecemasan dapat berkurang (Stuart, 2007). Dukungan dari keluarga juga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan keluarga sangat di perlukan dalam perawatan pasien, dapat membantu menurunkan kecemasan, meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan.

Dukungan keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan

kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan (Setiadi, 2008). Efek dari dukungan keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Disamping itu, pengaruh positif dari dukungan keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress (Setiadi, 2008).

g. Kecemasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di IGD RSUD Bangil Kab. Pasuruan menunjukkan bahwa dari 83 responden, ada 62 responden (74,7%) yang mengalami kecemasan dan 21 responden (25,3%) tidak mengalami kecemasan.

Tumbuan *et al.*, (2015) kecemasan yang dialami pasien di IGD biasanya terkait dengan nyeri yang dirasakan maupun berbagai macam prosedur atau tindakan asing yang harus dijalani pasien. Kecemasan pasien adalah suatu kekhawatiran yang dialami pasien karena perawatan yang dialaminya dirumah sakit (Nurlaili, 2013). Kecemasan yang berlebih dapat memperburuk kondisi kesehatan fisik dan mental pasien, cemas juga berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya. (Kusumawati & Yudi, 2010).

Kecemasan merupakan respon emosional terhadap penilaian yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut, tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik. Keadaan tersebut dapat terjadi dalam berbagai situasi kehidupan maupun berbagai gangguan sakit, serta

suatu sinyal yang menyadarkan dan memperingatkan adanya bahaya yang mengancam serta memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi kecemasan. Adanya ancaman yang potensial dan penguasaan sumber-sumber menentukan tingkat kecemasan pada situasi tertentu (Gunarsa, 2010).

Menurut peneliti kecemasan pasien timbul dari berbagai macam faktor, yaitu dari kondisi pasien (penyakit), tingkat pengetahuan pasien akan sakit yang dialaminya, tidak terbiasa dan tidak nyaman dengan lingkungan di IGD, rasa nyeri yang dirasakan terkait tindakan pengobatan yang diterima, status ekonomi pasien, serta waktu menunggu yang terlalu lama.

2. Hubungan *Response time* dengan Kecemasan

Berdasarkan uji statistik *Chi-Square response time* perawat dengan kecemasan pasien kategori triase P2 label kuning di IGD RSUD Bangil Kab.Pasuruan menunjukkan bahwa terdapat nilai harapan atau *expected count* kurang dari 5 (4,30) sehingga di uji kembali dengan menggunakan uji alternatif *fisher* dan didapatkan nilai $p = 0,561$ hal ini berarti nilai p lebih besar dari α (0,05) dengan demikian dapat dikatakan bahwa H_0 diterima atau tidak ada hubungan yang signifikan antara *response time* perawat dengan tingkat kecemasan pasien kategori triase kuning di instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab.Pasuruan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 49 (59,0%) responden menerima pelayanan IGD atau *response time* yang baik (<15 menit) dan juga mengalami kecemasan, hal ini berlawanan dengan pernyataan bahwa

penanganan yang lama membuat pasien merasa cemas atau meningkatkan kecemasan pasien. Serta bertolak belakang dengan penelitian sebelumnya dimana pada penelitian tumbuan, *et al.*, (2015) memperoleh hasil responden terbanyak yaitu 21 dari 77 pasien menerima pelayanan IGD atau *response time* yang buruk dan mengalami kecemasan. Dan didapatkan nilai *p value* 0,001 dimana dapat dikatakan H_0 ditolak atau ada hubungan antara *response time* dan tingkat kecemasan.

Dari hasil penelitian, peneliti beranggapan bahwa hasil penelitian yang menunjukkan *response time* perawat di IGD baik namun pasien masih mengalami kecemasan. Hal ini disebabkan karena kecemasan merupakan sesuatu hal yang multifaktorial, dipengaruhi oleh berbagai faktor baik internal maupun eksternal. Sedangkan *response time* hanya salah satu faktor eksternalnya saja. Penyebab dari kecemasan yang meningkat bukan juga disebabkan oleh faktor pelayanan IGD melainkan disebabkan oleh faktor dari pasien sendiri meliputi kondisi mereka sendiri yang tidak nyaman karena nyeri dan keletihan, serta pengetahuan yang dimiliki mengenai situasi yang dirasakan, adanya pengalaman negatif masuk rumah sakit ataupun pikiran yang tidak rasional (Blackburn & Davidson dalam (Annisa & Ildil, 2016)) sehingga menyebabkan meningkatnya kecemasan pasien saat di IGD.

Hasil dari penelitian ini disimpulkan bahwa *response time* di RSUD Bangil tidak berpengaruh terhadap kecemasan, namun ditempat lain atau penelitian yang lain dengan jumlah sampel lebih banyak lagi dengan homogenitas sampel yang lebih baik lagi bisa saja hasilnya berbeda dengan penelitian ini.

3. Hubungan Komunikasi Perawat dengan Kecemasan

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-square* pada tabel 5.9 mengenai hubungan komunikasi perawat dengan kecemasan pasien kategori triase P2 label kuning di IGD RSUD Bangil Kab.Pasuruan menunjukkan bahwa didapatkan hasil nilai $p = 0,000$ hal ini berarti nilai p lebih kecil dari α (0,05) dengan demikian dapat dikatakan bahwa H_0 ditolak atau ada hubungan yang signifikan antara komunikasi perawat dengan tingkat kecemasan pasien kategori triase kuning di instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab.Pasuruan. Adanya hubungan dapat diartikan bahwa komunikasi terapeutik yang dibangun antara perawat dan klien tidak berjalan dengan baik atau kurang sehingga menimbulkan kecemasan pada pasien.

Hasil Dari penelitian ini, rata-rata responden dengan komunikasi perawat yang kurang sejumlah 45 (54,2%) orang dengan frekuensi kecemasan sejumlah 42 (32,5%) orang, serta rata-rata responden dengan komunikasi perawat yang baik sejumlah 38 (45,8%) orang dengan frekuensi kecemasan mencapai 20 (24,1%) orang. Hal ini juga berarti bahwa semakin kurang komunikasi perawat maka akan semakin tinggi pasien untuk mengalami kecemasan. Dengan melakukan teknik komunikasi terapeutik yang baik maka dapat menurunkan kecemasan pasien, dan dapat membantu agar pasien merasa bahwa interaksinya dengan perawat merupakan kesempatan untuk berbagi perasaan serta informasi dalam rangka mencapai tujuan keperawatan yang optimal (Potter & Perry, 2005 dalam Bariroh (2012)).

Christianawati (2007) dalam penelitiannya yang berjudul "*Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Dalam menghadapi Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS. Panti Wilasa Citarum Semarang*" sejalan dengan hasil dari penelitian ini dimana dia mengemukakan bahwa komunikasi terapeutik sangat mempengaruhi terhadap tingkat kecemasan pasien dalam menghadapi tindakan keperawatan. Kurangnya komunikasi terapeutik pada saat melakukan tindakan keperawatan merupakan salah satu penyebab kecemasan pasien. Pada dasarnya salah satu tujuan komunikasi terapeutik adalah membantu pasien untuk memperjelas, mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan, maka untuk mengurangi kecemasan tersebut perlu adanya komunikasi (Nurjanah,2009)

Smetz (1994) menjelaskan bahwa perawat jarang melakukan komunikasi interpersonal dengan pasien, dan dikemukakan oleh Ellis (2009) bahwa hal tersebut disebabkan oleh (1) kurangnya kesadaran diri perawat, (2) kurangnya pelatihan keterampilan interpersonal yang sistematis, (3) kurangnya kerangka konseptual dan, kurangnya kejelasan tujuan. Menurut Abraham (1997) bahwa ketidakmampuan perawat dalam menerapkan komunikasi terapeutik akan berdampak negatif bagi mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit serta akan menimbulkan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan.

Pasien yang dirawat di IGD akan mengalami kekuatiran akibat lingkungan dan situasi yang baru, jika kekuatiran tidak di komunikasikan maka akan mengganggu hubungan perawat dengan pasien, serta akan

dapat meningkatkan kecemasan pasien. Kecemasan bila berlanjut dapat mempengaruhi status kesehatan klien dan dapat merubah prosedur diagnosa yang telah ditentukan. Untuk dapat meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam menghadapi suatu tindakan perawatan salah satunya maka komunikasi terapeutik perawat dan pasien perlu di bangun dan ditingkatkan agar pasien dapat memilih alternatif coping yang positif bagi dirinya (Stuart, 2007).

Menurut asumsi penulis, perawat memegang penting dalam layanan kesehatan kepada pasien, komunikasi merupakan alat penghubungnya. Upaya penurunan kecemasan dapat dilakukan dengan menjalin hubungan komunikasi yang baik, dalam hal ini komunikasi terapeutik. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara komunikasi perawat dengan kecemasan pada pasien.

4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi-square* pada tabel 5.10 mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien kategori triase P2 label kuning di IGD RSUD Bangil Kab.Pasuruan menunjukkan bahwa didapatkan hasil nilai $p = 0,016$ hal ini berarti nilai p lebih kecil dari $\alpha (0,05)$ dengan demikian dapat dikatakan bahwa H_0 ditolak atau ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien kategori triase kuning di instalasi gawat darurat RSUD Bangil Kab.Pasuruan.

Dari hasil penelitian, rata-rata responden dengan dukungan keluarga yang kurang sejumlah 30 (36,1%) orang dengan frekuensi kecemasan sejumlah 28 (32,5%) orang, serta rata-rata responden dengan dukungan

keluarga yang baik sejumlah 53 (63,9%) orang dengan frekuensi kecemasan mencapai 35 (42,2%) orang. Hal ini disebabkan karena dukungan keluarga berkaitan dengan tingkat kecemasan seseorang dimana peran keluarga adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan. Kecemasan dapat terjadi jika ada konflik dalam keluarga (Setiadi, 2008). Penelitian yang dilakukan Jenita (2010) dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruang RB2 RSUP HAM Sumatera Utara” memperoleh hasil bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi dari 62 responden penelitian yang dianalisa menggunakan uji *Spearman Rank* dengan dukungan keluarga terbesar adalah kategori baik 53,2% dan paling sedikit adalah kategori kurang 17,7%. Untuk kategori kecemasan tertinggi adalah kecemasan ringan 46,8% dan yang paling sedikit adalah kategori berat 24,2%.

Dukungan keluarga yang adekuat diharapkan menurunkan kecemasan pasien, sehingga pasien bisa fokus pada pengobatan dan kesembuhannya. Hal ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh friedman (1998) yakni dengan adanya dukungan keluarga yang tinggi maka pasien akan merasa lebih tenang dan nyaman dalam menjalani pengobatan. Menurut Clancy (2005) menyatakan bahwa dukungan keluarga dalam hal memotivasi dan meminimalkan rasa cemas akibat hospitalisasi adalah hal yang sangat penting dalam menunjang untuk memenuhi kebutuhan fisik, serta emosional pada saat pasien dirawat. Dukungan keluarga yang baik maka kecemasan akibat dari perpisahan dapat teratasi sehingga pasien akan

merasa nyaman saat menjalani perawatan. Pasien yang merasa nyaman saat perawatan mencegah terjadinya penurunan sistem imun sehingga berpengaruh pada proses kesembuhannya.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kecemasan, sehingga dukungan keluarga perlu ditingkatkan agar dapat mengurangi kecemasan. Selain itu perlu adanya informasi dari para petugas kesehatan terhadap keluarga pasien untuk selalu memperhatikan anggota keluarganya, karena efek dari dukungan keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Disamping itu pengaruh positif dari dukungan keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress (Setiadi, 2008).

5. Model Persamaan pada Analisis Multivarian

Penelitian ini merupakan penelitian analisis multivarian dengan variabel independen yaitu komunikasi perawat dan dukungan keluarga serta variabel dependen yaitu kecemasan. Tujuan utama penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor dominan yang berpengaruh terhadap kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning. Dari hasil analisis multivarian persamaan yang didapatkan dari model pada tabel 5.14 sebagai berikut :

$$\begin{aligned} \text{Kecemasan} &= \text{Konstanta} + a_1x_1 \\ \text{Kecemasan} &= 0.105 + 2.534 (\text{Komunikasi Perawat}) \end{aligned}$$

Persamaan yang diperoleh adalah untuk memprediksi *probabilitas* kecemasan dengan kategori *triage* P2 Label kuning. Berdasarkan tabel 5.14 dapat diketahui dari analisis multivarian variabel Komunikasi Perawat ($p=0,000$), maka dapat disimpulkan bahwa komunikasi perawat berpengaruh terhadap kecemasan dengan nilai OR komunikasi perawat ($OR=12.600$). Dari tabel 5.14 dapat dianalisis bahwa pasien kategori *triage* P2 label kuning dengan komunikasi perawat yang kurang baik memiliki resiko 12,600 kali lebih besar untuk mengalami kecemasan dibandingkan dengan pasien yang mendapatkan komunikasi yang baik. Melalui hasil model persamaan itu selain mengidentifikasi atau menemukan ORnya tetapi juga dapat mengidentifikasi dan mengetahui nilai *probabilitasnya*.

Hasil perhitungan dari persamaan diatas didapatkan nilai *probabilitas* pasien untuk mengalami kecemasan 2,639. Kemudian dari nilai *probabilitas* pasien untuk mengalami kecemasan, selanjutnya didapatkan nilai *probabilitas* pasien dengan komunikasi kurang untuk mengalami kecemasan yaitu :

$$P = \frac{1}{1 + \frac{1}{2,7^{2,639}}}$$

$$P = 0,932249322$$

Dengan demikian, didapatkan *probabilitas* 93%. *Probabilitas* merupakan peluang atau kemungkinan dari suatu kejadian, terjadi atau tidak dan seberapa besar kemungkinan kejadian tersebut berpeluang untuk terjadi. Jadi sesuai dari hasil perhitungan dalam penelitian ini didapatkan nilai *probabilitas* atau besarnya peluang seorang pasien yang mendapatkan

komunikasi perawat yang kurang baik untuk mengalami kecemasan adalah sebesar 93%.

Dalam pemodelan multivarian pada penelitian ini kecemasan dipengaruhi oleh komunikasi perawat sedangkan dukungan keluarga tidak berpengaruh terhadap kecemasan. Komunikasi perawat lebih berpengaruh terhadap tingkat kecemasan dikarenakan komunikasi perawat merupakan salah satu wadah untuk membantu pasien dalam menurunkan kecemasan pasien, dimana pasien dapat berbagi perasaan dan informasi dalam rangka mencapai tujuan keperawatan yang optimal (Potter & Perry dalam Bariroh, 2012). Komunikasi perawat juga merupakan variabel penting, dalam penelitian ini komunikasi perawat yang kurang menimbulkan kecemasan pada pasien. Hal ini sesuai dengan hipotesis peneliti bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi perawat dengan kecemasan pada pasien. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi perawat dengan kecemasan pasien.

Christianawati (2007) mengemukakan bahwa komunikasi terapeutik sangat mempengaruhi terhadap tingkat kecemasan pasien dalam menghadapi tindakan keperawatan. Kurangnya komunikasi terapeutik pada saat melakukan tindakan keperawatan merupakan salah satu penyebab kecemasan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Robert & Sherly (2013) yang mengemukakan bahwa komunikasi perawat lebih berpengaruh di bandingkan faktor-faktor yang lain seperti usia, jenis kelamin, status sosial, tingkat pendidikan, pengetahuan, pengalaman masuk rumah sakit dan

dukungan keluarga, dari model akhir multivariat didapatkan *p-value* 0,022 dengan nilai OR komunikasi terapeutik (OR=17,867).

Dalam pemodelan multivarian faktor yang tidak berpengaruh yaitu faktor dukungan keluarga, dari hasil penelitian ini pasien dengan dukungan keluarga baik mengalami kecemasan mencapai 35 responden dibandingkan dengan dukungan keluarga yang kurang baik dengan prevalensi kecemasan mencapai 27 orang, sehingga tidak terlalu berpengaruh terhadap kecemasan pasien.

B. Keterbatasan Penelitian

1. Dalam penelitian ini jumlah sampel sebanyak 83 sampel, diharapkan untuk penelitian selanjutnya menambahkan jumlah sampel sehingga hasil penelitian lebih baik dan lebih representatif.
2. Dalam penelitian ini sampel tidak homogen sehingga hasil tidak sesuai dengan yang diharapkan peneliti, diharapkan untuk penelitian selanjutnya homogenitas sampel lebih di kontrol seperti jumlah sampel laki-laki dan perempuan sama banyak sehingga kita dapat membandingkan antara laki-laki dan perempuan mana yang lebih berpengaruh dengan kecemasan, begitu pula dengan usia dan lain-lain.
3. Kecemasan merupakan suatu variabel yang multifaktorial dimana terdapat faktor eksternal dan faktor internal yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada pasien. Dalam penelitian ini peneliti hanya meneliti faktor eksternalnya saja dimana variabel independen hanya 3 variabel saja, diharapkan untuk penelitian selanjutnya bisa menambah jumlah variabel independennya lebih banyak lagi tidak hanya dari faktor eksternalnya saja melainkan mencakup

juga faktor internalnya juga sehingga dapat mengetahui lebih banyak faktor yang mempengaruhi kecemasan.

4. Dalam penelitian ini menggunakan desain penelitian adalah desain *observasional* dengan menggunakan metode pendekatan *cross sectional*, diharapkan untuk penelitian selanjutnya menggunakan desain penelitian yang berbeda, misalnya menggunakan *kohort*, jadi pengamatan pasien tidak hanya di IGD saja melainkan sampai pasien di ruang rawat inap.
5. Waktu melakukan observasi sering berbentrok ketika dalam satu situasi pasien dengan kategori P2 yang masuk kriteria Inklusi masuk bersamaan dan lebih dari 2 responden sehingga peneliti kesulitan. Diharapkan untuk penelitian selanjutnya agar mengatur sistematisa cara pengambilan data yang lebih efektif lagi.

BAB VII

PENUTUP

Kesimpulan dan saran disusun berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya. Bab ini akan memaparkan kesimpulan penelitian yang berjudul analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien kategori *triage* P2 label kuning di IGD RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan serta beberapa saran yang dapat diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan maupun untuk penelitian selanjutnya.

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien kategori *triage* P2 label kuning di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Penelitian yang dilakukan memberikan gambaran bahwa pasien kategori *triage* P2 label kuning di IGD RSUD Bangil mayoritas tiga teratas dalam rentang usia dewasa akhir sebesar 20.5%, lansia awal 24.1% dan lansia akhir 27.7%, dengan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki. Sebagian besar tingkat pendidikan responden yaitu SMA dengan jumlah 44 dari 83 responden, sebagian besar mendapatkan response time yang baik sebesar 79.5%, terdapat 54.2% (45 responden) komunikasi perawat yang kurang dan dukungan keluarga tertinggi yaitu dukungan keluarga yang baik sejumlah 53 responden. Serta mayoritas pasien dengan kategori *triage* P2 label Kuning yang masuk ke IGD RSUD Bangil mengalami kecemasan sejumlah 62 dari 83 responden atau sebesar 74.7% responden.

2. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara *response time* dengan kecemasan pada pasien kategori *triage* P2 label kuning ($p=0,561$).
3. Terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi perawat dengan kecemasan pada pasien kategori *triage* P2 label kuning ($p=0,000$).
4. Terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kecemasan pada pasien kategori *triage* P2 label kuning ($p=0,016$).
5. Faktor yang paling mempengaruhi adalah faktor yang masuk dalam pemodelan sampai step akhir multivarian, yakni komunikasi perawat ($p=0,000$) dengan nilai OR (OR=12,600).
6. Model persamaan kecemasan yang diperoleh melalui analisis multivarian yakni:

$$\text{Kecemasan} = \text{konstanta} + a_1x_1$$

$$\text{Kecemasan} = 0,105 + 2,534 (\text{Komunikasi Perawat})$$

Nilai *probabilitas* pasien untuk mengalami kecemasan 2,639.

Nilai *probabilitas* pasien dengan komunikasi perawat yang kurang untuk mengalami kecemasan adalah 93%.

B. SARAN

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi baru untuk keperawatan khususnya di bidang ilmu gawat darurat, agar memberikan pelayanan secara cepat dan tepat tanpa mengesampingkan aspek psikologis dari pasien.
2. Bagi institusi pendidikan
 - a. Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan gawat darurat serta penerapannya

dalam praktik keperawatan dimana keunggulan program studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Widyagama Husada adalah kegawat daruratan.

- b. Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas program studi S1 ilmu keperawatan STIKES Widyagama Husada khususnya di bidang kegawatdaruratan dan dapat memperbanyak referensi atau kepustakaan *emergency nursing* dan *mental health nursing*.

3. Bagi peneliti selanjutnya

- a. Masih diperlukan penelitian lebih lanjut yang berhubungan dengan kecemasan pada pasien kategori *triage* P2 label kuning dengan memperhatikan faktor lain yang belum peneliti teliti.
- b. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut pada kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning dengan metode penelitian yang lebih baik dan jumlah sampel yang lebih banyak.
- c. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut pada kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning dengan memperhatikan homogenitas sampel antara laki-laki dan perempuan, serta pada kategori usia.
- d. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut pada kecemasan pasien kategori *triage* P2 label kuning dengan memperhatikan sistematika cara pengambilan data yang lebih efektif lagi.

4. Bagi tempat penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada Instalasi Gawat Darurat khususnya di RSUD Bangil untuk menerapkan komunikasi antar perawat dan pasien pada pasien kategori *triage* P2 label kuning. Dimana pelayanan di IGD tidak hanya penanganan yang cepat dan tepat

melainkan juga penanganan yang mencakup dengan masalah psikologis pasien terkhususnya masalah kecemasan pada pasien. Masalah kecemasan tersebut dapat di atasi dengan menjalin hubungan komunikasi yang baik, dalam hal ini komunikasi terapeutik. Komunikasi perlu dibangun antara perawat dan pasien agar pasien dapat memilih alternatif koping yang positif bagi dirinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham. (1997). *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. Jakarta : EGC.
<http://ris.uksw.edu/download/jurnal/kode/j01145>. Diakses tanggal 02 Juli 2018 Pukul 10.00 WIB
- A'an Dwi. (2015). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Yang Dirawat Di Ruang Intensif Care RSUD RSUD Provinsi NTB*. Jurnal Kesehatan Prima. Vol 10, No 2
- Adianti, et al., (2010). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dengan Pola Kematian Pada Penyakit Degenerative Di Indonesia*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Vol 13, No 1, 42-53.
- AHCA. (2008). *Report of Findings 2007 AHCA Survey Nursing Staff Vacancy and Turnover In Nursing Facilities American Health Care Association*.
- Alsagaff H. Mukty HA (2009). *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Alton, Thygerson. (2011). *First Aid : Pertolongan Pertama*. Jakarta : Penerbit Erlangga
- Annisa, D. F., & Ildil, I. (2016). *Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia)*. *Konselor*, 5(2), 93–99.
- Astutik, W. (2011). *Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kecemasan keluarga pasien dalam Menghadapi Perawatan di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Daerah UNIT SWADANA Pare*.
- Australian Government Department of Health and Aging. (2009). Emergency Triage Education Kit. In *Emergency Triage Education Kit* (pp. 1–70). CANBERRA CITY: Common health of Australia. <http://www.health.gov.au/publicat.html>

- Azwar. (2007). *Reliabilitas dan Validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Bariroh, Yuk (2012). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Dalam Menghadapi Tindakan Keperawatan Invasif Di Ruang Cempaka Rsud Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta*. Stikes Aisyiyah Yogyakarta
- Budiaji, W. (2016). *Hubungan Pengetahuan Tentang Triase Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Label Kuning Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit DR. Moewardi Surakarta*. Surakarta.
- Budiman. (2007). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid 1 Edisi IV*. Jakarta : FKUI
- Christianawati, D., (2007). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Dalam menghadapi Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS. Panti Wilasa Citarum Semarang*. Skripsi Tidak Dipublikasikan. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang
- Clancy, M. dan Collins, B. (2005). *Focus on patient safety : Patient safety in nursing practice*. Journal of Nursing Care Quality. 20 (3), 193 – 197.
- Damayanti, M. (2008). *Komunikasi Terapeutik Dalam Praktik Keperawatan, Edisi 1*. Bandung : PT. Refika Aditama
- De. Araujo, L., Susilo, E., Widodo G. (2014). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kecemasan Pasien Di Ruang Triase Instalasi Gawat Darurat Hospital Nacional Guido Valadares*. Ungaran : Jurnal STIKES Ngudi Waluyo.
- Depkes RI (2008). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: DepartemenKesehatanRI.
http://labdata.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2007/lap_rkd07.pdf. Diakses Tanggal 2 November 2017 Pukul 21.00 WIB

- Dinkes prov jatim. (2015). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2014*. Jawa Timur: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>. Diakses Tanggal 2 April 2018 Pukul 01.00 WIB
- Dorland. (2012). *Kamus Saku Kedokteran Dorland*. Jakarta: EGC
- Ellis. (2009). *Komunikasi Interpersonal Dalam Keperawatan Teori dan Praktik*. Alih Bahasa: Susi Purwoko; Editor: Setiawan. Jakarta: EGC
- Friedman, M. dan Marilyn. (1998). *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik*. Jakarta : EGC
- Furwanti, E. (2014). *Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Panembahan Senopati Bantul*. UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA. <http://library.umy.ac.id/katalog.php?opo=lihatderilkatalog&id=49977>. Diakses tanggal 22 Oktober 2017 Pukul 17.20 WIB.
- Gunarsa, Singgih D. (2010). *Psikologi keperawatan*. Jakarta: PP BPK Gunung Mulia
- Gurning, et al.,(2012). *Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan IGD terhadap tindakan triase berdasarkan prioritas, 1-9*. Universitas Riau.
- Hawari, D.(2010). *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*. Jakarta: FKUI
- Hidayat, A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan Dengan Tehnik Analisa Data Edisi I*, Jakarta: Salemba.
- Hogan, B.E and Burnstein,B.L.(2007). *Disaster Medicine*. Second Edition. Lippincott William & Wilkins. A Wolter Kluwer Bussines
- Hosnaniah, J. (2014). *Pelaksanaan Triage Di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Reksa Waluya Kota Mojokerto*. Laporan Penelitian, 13(mei), 1-6 <http://www.repository.poltekkesmajapahit.ac.id/index.php/PUB-KEP/article/view File/536/450>. Diakses tanggal 02 Mei 2018 Pukul 17.45 WIB

- Jason, P.J, *et al.*, (2003). *Forensic Medicine : Clinical and Pathological Aspects*. London : Greenwich Medical Media.Ltd
- Jenita, Ruspita Nadeak. (2010). *Hubungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi di Ruang RB2 RSUP HAM*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Kartikawati, D. (2013). *Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kencana, *et al.*, (2012). *Hubungan Persepsi Pasien Tentang Perawat IGD RSUD Wates Kulon Progo Yogyakarta Dengan Kecemasan Pasien di Ruang IGD RSUD Wates Kulon Progo*. Universitas Respati Yogyakarta.
- Kepmenkes. (2009). *15. KMK No. 856 ttg Standar IGD di RS.pdf*.
- Kuraesin, N. D (2009). *Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien yang akan menghadapi operasi di RSUP Fatmawati*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. 61-88
- Kusumawati, F and Hartono,Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kusnadi, J. (2015) *Keperawatan Jiwa*. Tangerang : Binarupa Aksara
- Latipun, F. S. (2016). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Keberfunsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan, 4(2), 140–160*.
- Lestari, T (2015). *Kumpulan Teori Untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Luthfiyaningtyas, S. (2016). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien sindrom koroner akut di rsud tugurejo semarang skripsi*. Universitas Diponegoro Semarang.
- Menteri Kesehatan RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan*

Kesehatan Nasional. Kementerian Kesehatan RI, 1-48. <https://doi.org/10.1002/cplu.201490022>

- Musliha. (2010). *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mutaqqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nunung, N. (2010). *Ilmu Komunikasi Dalam Konteks Keperawatan Untuk Mahasiswa/Ners. Edisi 1*. Jakarta : CV. Trans Info Medika
- Nurhasim, S. (2015). *Pengetahuan Perawat tentang Response Time dalam Penanganan Gawat Darurat di Ruang Triage RSUD Karanganyar*. STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA.
- Nurjanah, I. (2009). *Komunikasi Keperawatan (Dasar- Dasar Komunikasi Bagi Perawat)*, Jakarta: Mocomedika.
- Nurlaili. (2013). *Hubungan Perilaku Caring Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta*. Surakarta
- Notoadmodjo,S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pusponegoro & Sujudi. (2016). *Kegawatdaruratan Dan Bencana*. Jakarta : Rayyana Komunikasindo.
- PUSBANKES 118, (2012). *Komunikasi di Ruang Instalasi Gawat Darurat*. Jakarta : EGC.
- Ramsi, IF *et al.*, (2014). *Basic life support, edisi 13*. Jakarta : EGC.
- Robert & Sherly. (2013). *Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pasien DI IGD RS Sele Be Solu Sorong*. *The Indonesian Journal Of Health Science*, 3(2), 112–120

- Samsul Hadi. (2014). *Singapore patient acuity category scale PACS dan emergency severity index ESI*. dikutip dalam:
<https://bloggersitus.wordpress.com/2014/05/19/singapore-patient-acuitycategory-scale-pacs-dan-emergency-severity-index-esi/>, diakses 10 April 2018 Pukul 20.15 WIB.
- Sastrodiningrat, A.G. (2007) *Pemahaman Indikator-Indikator Dini Dalam Menentukan Prognosa Cedera Kepala Berat*. Universitas Sumatera Utara.
<http://repositoryusu.ac.id/handle/123456789/753> Diakses tanggal 18 Desember 2017 Pukul 24.00 WIB.
- Sastrapratedja, M. (2007). *Dimensi Etis Sains dan Teknologi*. Penerbit Sigma, U. Sanata Darma, Yogyakarta
- Setiadi. (2008). *Konsep Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Setianto, B. (2007). Pengetahuan Pelayanan Fisik Lanjut Usia. www.pjnhk.go.id
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sumijatun. (2005). *Psikiater Nabajemen Stres, Cemas, Dan Depresi*. Jakarta: EGC
- Sun, Y., Heng, et al., (2009). *Forecasting daily attendances at an emergency department to aid resource planning*. *BMC Emergency Medicine*, 9.
<https://doi.org/10.1186/1471-227X-9-1>
- Surtiningsih, et al., (2016). *Penerapan Response Time Perawat Pelaksanaan Penentuan Prioritas Penanganan Kegawatdaruratan Pada Pasien Kecelakaan Di IGD RSD BALUNG*. *The Indonesian Journal Of Health Science*, 6(2), 124–132.
- Susanti, et al., (2015). *Hubungan antara tingkat keparahan pms dengan tingkat kecemasan dan kualitas tidur pada remaja putri*. *J.K.Mesencephalon*, 3 (April), 23–31.

- Susilo, *et al.*, (2014). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kecemasan Pasien di Ruang Triase Instalasi Gawat Darurat Hospital Nacional Guido Valadares*, 1–11.
- Smetz. (1994). *Psikologi kesehatan*. Jakarta. Gramedia Widiasarana Indonesia. <http://ris.uksw.edu/download/jurnal/kode/J01145>. Diakses tanggal 02 Juli 2018 Pukul 12.15 WIB
- Stuart,G.W.(2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa, Edisi 5*. Jakarta: EGC. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/34273/1/reference.pdf>
- Sylvia P.A, *et al.*, (2006). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Syofyanti. R.A. (2014). *Hubungan pelayanan keperawatan gawat darurat dengan tingkat kepuasan pasien di instalasi gawzt darurat RSSN Bukittinggi tahun 2014*.
Diunduh dari : jurnal.umsb.ac.id/wpcontent/uploads/2014/09/JurnalRicha-pdf.pdf
- Tirtojiwo. (2012). *Anxiety (Kecemasan)*. Diakses dari <http://tirtojiwo.org/wp-content/uploads/2012/06/kuliah-anxiety.pdf> pada tanggal 2 November 2017 Jam 12.00 WIB.
- Tumbuan, *et al* (2015). *Hubungan Response Time Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Kategori Triase Kuning Di IGD RSU GMIM Kalooran Amurang*, 3(Mei), 1–8.
- Vassallo, J., Smith, J. E., & Wallis, L. A. (2017). *Major incident triage and the implementation of a new triage tool, the MPTT-24*. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, *jramc-2017-000819*. <https://doi.org/10.1136/jramc-2017-000819>.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Penelitian

JADWAL PELAKSANAAN SKRIPSI

Keterangan	Maret				April				Mei				Juni				Juli				Agustus			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Acc Judul	■	■																						
Penyusunan Proposal			■	■	■	■	■	■																
Studi Pendahuluan						■																		
Seminar Proposal								■																
Penelitian dan analisa data									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Ujian Skripsi																					■	■		

Lampiran 2 : *Informed Consent*



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi "B" BAN PT

Program Studi : *D3-Kebidanan *S-1 Kesehatan Lingkungan *S-1 Keperawatan *Ners

Jl.Sudimoro 16 Malang Jawa Timur,Telp. (0341) 406150, Fax (0341) 471277

PENGANTAR INFORMED CONSENT

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Brian Sesar Rosely

NIM : 1406.14201.290

Status : Mahasiswa Semester VIII Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang.

Judul Penelitian: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pada Pasien
Kategori Triage P2 Label Kuning Di Instalasi Gawat Darurat RSUD
Bangil.

Dengan ini mengharapkan atas kesediaan Bapak/Ibu untuk ikut serta membantu dalam penelitian ini. Adapun *checklist* berisi data - data pasien akan saya jaga kerahasiannya.

Demikian permohonan ini saya buat, atas perhatiannya dan kesediaan waktunya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya

(Brian Sesar Rosely)

Lampiran 3 : Surat Persetujuan Menjadi Responden

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya telah membaca lembar permohonan persetujuan penelitian dan mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat penelitian yang berjudul Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien Kategori P2 Label Kuning Di RSUD Bangil.

Saya mengerti bahwa saya akan diminta untuk mengisi kuesioner dan menjawab pertanyaan tentang perasaan dan kondisi kesehatan saya, yang memerlukan waktu 20-30 menit. Saya mengerti bahwa resiko yang akan terjadi dalam penelitian ini tidak ada. Apabila ada pertanyaan yang menimbulkan respon emosional, maka penelitian ini akan dihentikan dan penelitian akan memberi dukungan.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai data penelitian ini akan dirahasiakan. Informasi mengenai Identitas saya tidak akan ditulis pada instrumen penelitian dan akan disimpan secara terpisah serta terjamin kerahasiaannya.

Saya mengerti saya berhak menolak untuk berperan serta dalam penelitian ini atau mengundurkan diri dari penelitian setiap saat tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak-hak saya.

Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai penelitian ini dan telah dijawab serta dijelaskan secara memuaskan. Saya secara sukarela dan sadar menyatakan bersedia berperanserta dalam penelitian ini dengan menandatangani Surat Persetujuan Menjadi Responden / Subyek Penelitian.

Bangil,

Peneliti

Responden

(.....)

(.....)

Lampiran 4 : Kuesioner A, B, C, dan D Sebelum di Uji Validitas Dan Reliabilitas

Lembar Observasi A

Judul Penelitian: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Pasien Kategori Triage P2 Label Kuning Di Instalasi Gawat Darurat Rsud Bangil

Tanggal Pengisian Kuisisioner :

Nomor Responden :

Usia : _____ tahun

Diagnosa Masuk :

A. DATA UMUM / IDENTITAS RESPONDEN

Petunjuk :

1. Isi tanggal sesuai dengan tanggal pengisian kuisisioner.
2. Nomor responden di isi oleh peneliti.

<p>1. Jenis Kelamin</p> <p><input type="checkbox"/> Laki-laki</p> <p><input type="checkbox"/> Perempuan</p> <p>2. Status</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak kawin</p> <p><input type="checkbox"/> Janda /Duda</p> <p><input type="checkbox"/> kawin</p> <p>3. Pendidikan terakhir</p> <p><input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMA</p> <p><input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi</p>	<p>4. Pekerjaan :</p> <p>.....</p> <p>5. Respon Time :</p> <p><input type="checkbox"/> >30 Menit =.....</p> <p><input type="checkbox"/> <30 Menit =.....</p>
---	--

Kuisisioner Komunikasi Terapeutik Perawat (Kuisisioner B)

Tuliskan tanda silang (X) pada kolom yang tersedia untuk pilihan jawaban yang tepat menurut saudara.

Kuisisioner ini berupa pernyataan tentang komunikasi terapeutik perawat terdiri dari 15 pernyataan yang terdiri dari :

8. fase orientasi 5 pernyataan.
9. fase kerja 5 pernyataan, dan
10. fase terminasi 5 pernyataan.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1. Tahap Orientasi			
1.	Perawat menyapa pasien saat pertama bertemu		
2.	Perawat memperkenalkan diri dengan menyebutkan namanya		
3.	Perawat tersenyum ketika berkomunikasi dengan pasien		
4.	Perawat menjelaskan tujuan dan perannya saat berkomunikasi		
5.	Pada saat pasien menyampaikan keluhannya, perawat mendengar dengan penuh perhatian		
2. Tahap Kerja			
6.	Perawat menjelaskan perencanaan perawatan yang akan dilakukan		
7.	Perawat berbicara dengan nada yang wajar (Sopan, lembut) ketika menjelaskan tujuan tindakan perawatan		
8.	Perawat memperhatikan keadaan pasien ketika melakukan perawatan		
9.	Perawat memberi informasi tindakan perawatan yang jelas tentang kondisi pasien		
10.	Perawat menyimpulkan kondisi pasien setiap selesai berdiskusi dengan pasien		
3. Tahap Terminasi			
11.	Perawat memberi respon ketika mendengar		
12.	Perawat menanyakan perasaan pasien		
13.	Perawat meminta untuk mengulang kembali apa yang telah didiskusikan diakhir pertemuan		
14.	Perawat menyarankan tindak lanjut pelaksanaan tindakan keperawatan		
15.	Perawat memberitahuakan pada pasien ketika akan menyelesaikan komunikasi dengan pasien		
SKOR			

Skor :

Ya = 2

Tidak = 1

Keterangan Hasil :

1-10 = komunikasi kurang

10-20 = komunikasi cukup

20-30 = komunikasi baik

Kuesioner Dukungan Keluarga (Kuesioner C)

Petunjuk pengisian : berikan tanda check list (√) pada setiap kolom jawaban yang tersedia di bawah ini sesuai dengan kondisi dan situasi yang anda alami.

Keterangan : SL = Selalu
 SR = Sering
 KD = Kadang-kadang
 TP = Tidak Pernah

No	Pernyataan	(SL)	(SR)	(KD)	(TP)
Dukungan Emosional					
1.	Keluarga tetap menyayangi dan memperhatikan keadaan saya sejak saya sakit dan masuk ke IGD				
2.	Keluarga memberikan perhatian yang baik setiap saya membutuhkan bantuan				
3.	Keluarga menghibur bila saya terlihat sedang sedih				
4.	Keluarga menanyakan perasaan saya saat ini				
5.	Keluarga menemani saya sejak saya masuk ke IGD				
Dukungan Informasi					
6.	Keluarga memberitahu saya tentang tindakan apa saja yang akan di lakukan perawat/dokter kepada saya				
7.	Keluarga memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter/perawat yang merawat saya				
8.	Keluarga menyarankan saya untuk tidak takut terhadap tindakan pengobatan yang akan dilakukan				
9.	Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang dapat memperburuk sakit saya				
10.	Keluarga mengatasi ketakutan saya dengan mengalihkan perhatian saya melalui pembicaraan				
Dukungan Instrumental					
11.	Keluarga secara bergantian mendampingi saya dalam menjalani pengobatan sejak masuk IGD				
12.	Keluarga selalu bersedia dimintai bantuan oleh saya sejak masuk IGD				
13.	Keluarga sangat berperan aktif dalam memberikan bantuan kepada saya				
14.	Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan saya selama sakit di IGD				
15.	Keluarga membantu memenuhi kebutuhan saya sejak masuk IGD				
Dukungan Penilaian (Penghargaan)					
16.	Keluarga mengerti bahwa sakit yang saya alami sebagai suatu musibah				
17.	Keluarga siap membantu saya dalam melakukan aktivitas saya saat sakit di IGD				
18.	Keluarga memberikan semangat kepada saya agar cepat sembuh				
19.	Keluarga menanggapi keluhan-keluhan saya				
20.	Keluarga membujuk saya agar mau dilakukan tindakan pengobatan				

Skor Hasil :

Skor 20-39 : Kurang

Skor 40-59 : Cukup

Skor 60-79 : Baik

Kuisiener *State Anxiety Inventory* (Kuisiener D)

Petunjuk :

Bacalah setiap pernyataan dan beri tanda (√) disebelah kanan pernyataan yang sesuai dengan bagaimana perasaan Anda saat ini hanya itu, pada saat ini. Tidak ada jawaban yang salah atau benar. Sebaiknya Anda tidak menghabiskan terlalu banyak waktu hanya pada salah satu pernyataan, segera berikan jawaban yang menggambarkan perasan Anda saat ini.

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Agak	Sedang	Sangat
		1	2	3	4
1.	Saya merasa sabar				
2.	Saya merasa aman				
3.	Saya merasa tegang				
4.	Saya merasa tertekan				
5.	Saya merasa tentram				
6.	Saya merasa terganggu				
7.	Saya saat ini khawatir dengan sakit yang saya alami sekarang				
8.	Saya merasa puas				
9.	Saya merasa ketakutan				
10.	Saya merasa nyaman				
11.	Saya merasa percaya diri				
12.	Saya merasa gugup				
13.	Saya gelisah				
14.	Saya merasa ragu-ragu				
15.	Saya santai				
16.	Saya merasa puas sekali				
17.	Saya cemas				
18.	Saya bingung				
19.	Saya merasa mantap				
20.	Saya merasa senang				

Keterangan :

Rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan antara lain:

Skor <35 : tidak cemas

Skor 36-50 : kecemasan ringan

Skor 51-65 : kecemasan sedang

Skor 65-80 : kecemasan berat

Lampiran 5 : Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner B, C, D

1. Hasil validitas dan Reliabilitas Kuesioner Komuikasi (B)

Item	Corrected Item-Total Correlation	Kesimpulan
Item1	.397	Valid
Item2	.533	Valid
Item3	.414	Valid
Item4	.533	Valid
Item5	.099	Tidak Valid
Item6	.661	Valid
Item7	.613	Valid
Item8	.604	Valid
Item9	.609	Valid
Item10	.382	Valid
Item11	.154	Tidak Valid
Item12	.604	Valid
Item13	.742	Valid
Item14	.641	Valid
Item15	.563	Valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	Kesimpulan
.786	15	Reliabel

2. Hasil validitas dan Reliabilitas Kuesioner Dukungan Keluarga (C)

Item	Corrected Item-Total Correlation	Kesimpulan
Item1	.470	Valid
Item2	.389	Valid
Item3	.617	Valid
Item4	.400	Valid
Item5	.543	Valid
Item6	-.098	Tidak Valid
Item7	.045	Tidak Valid
Item8	.604	Valid
Item9	.453	Valid
Item10	.574	Valid
Item11	.408	Valid
Item12	.510	Valid
Item13	.372	Valid
Item14	.623	Valid
Item15	.480	Valid
Item16	.600	Valid
Item17	.560	Valid
Item18	.391	Valid
Item19	.431	Valid
Item20	.557	Valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	Kesimpulan
.781	20	Reliabel

3. Hasil validitas dan Reliabilitas Kuesioner Kecemasan *State Anxiety Inventory (C)*

Item	Corrected Item-Total Correlation	Kesimpulan
Item1	.034	Tidak Valid
Item2	.499	Valid
Item3	.405	Valid
Item4	.561	Valid
Item5	.606	Valid
Item6	.719	Valid
Item7	.389	Valid
Item8	.408	Valid
Item9	.752	Valid
Item10	.478	Valid
Item11	.718	Valid
Item12	.766	Valid
Item13	.584	Valid
Item14	.469	Valid
Item15	.691	Valid
Item16	.601	Valid
Item17	.578	Valid
Item18	.712	Valid
Item19	.746	Valid
Item20	.775	Valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items	Kesimpulan
.899	20	Reliabel

Lampiran 6 : Kuesioner A, B, C, dan D Sesudah di Uji Validitas Dan Reliabilitas

Lembar Observasi A

Judul Penelitian: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pada Pasien
Kategori Triage P2 Label Kuning Di Instalasi Gawat Darurat RSUD
Bangil

Tanggal Pengisian Kuisisioner :
Nomor Responden :
Usia : ____ tahun
Diagnosa Masuk :

B. DATA UMUM / IDENTITAS RESPONDEN

Petunjuk :

3. Isi tanggal sesuai dengan tanggal pengisian kuisisioner.
4. Nomor responden di isi oleh peneliti.

<p>6. Jenis Kelamin</p> <p><input type="checkbox"/> Laki-laki</p> <p><input type="checkbox"/> Perempuan</p> <p>7. Status</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak kawin</p> <p><input type="checkbox"/> Janda /Duda</p> <p><input type="checkbox"/> kawin</p> <p>8. Pendidikan terakhir</p> <p><input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMA</p> <p><input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi</p>	<p>9. Pekerjaan :</p> <p>.....</p> <p>10. Respon Time :</p> <p>Jam Masuk =</p> <p>Jam Direspon =</p> <p><input type="checkbox"/> >15 Menit =.....Menit</p> <p><input type="checkbox"/> <15 Menit =.....Menit</p>
---	--

Kuisisioner Komunikasi Terapeutik Perawat (Kuisisioner B)

Tuliskan tanda centang (√) pada kolom yang tersedia untuk pilihan jawaban yang tepat menurut saudara.

Kuisisioner ini berupa pernyataan tentang komunikasi terapeutik perawat terdiri dari 15 pernyataan yang terdiri dari :

11. fase orientasi 5 pernyataan.
12. fase kerja 5 pernyataan, dan
13. fase terminasi 5 pernyataan.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
4. Tahap Orientasi			
1.	Perawat menyapa pasien saat pertama bertemu		
2.	Perawat memperkenalkan diri dengan menyebutkan namanya		
3.	Perawat tersenyum ketika berkomunikasi dengan pasien		
4.	Perawat menjelaskan tujuan dan perannya saat berkomunikasi		
5. Tahap Kerja			
5.	Perawat menjelaskan perencanaan perawatan yang akan dilakukan		
6.	Perawat berbicara dengan nada yang wajar (Sopan, lembut) ketika menjelaskan tujuan tindakan perawatan		
7.	Perawat memperhatikan keadaan pasien ketika melakukan perawatan		
8.	Perawat memberi informasi tindakan perawatan yang jelas tentang kondisi pasien		
9.	Perawat menyimpulkan kondisi pasien setiap selesai berdiskusi dengan pasien		
6. Tahap Terminasi			
10.	Perawat menanyakan perasaan pasien		
11.	Perawat meminta untuk mengulang kembali apa yang telah didiskusikan diakhir pertemuan		
12.	Perawat menyarankan tindak lanjut pelaksanaan tindakan keperawatan		
13.	Perawat memberitahukan pada pasien ketika akan menyelesaikan komunikasi dengan pasien		
SKOR			

Skor :

- Ya = 2
Tidak = 1

Keterangan Hasil :

- 15-20 = komunikasi kurang
21-26 = komunikasi baik

Kuesioner Dukungan Keluarga (Kuesioner C)

Petunjuk pengisian : berikan tanda centang (√) pada setiap kolom jawaban yang tersedia di bawah ini sesuai dengan kondisi dan situasi yang anda alami.

Keterangan : SL = Selalu
 SR = Sering
 KD = Kadang-kadang
 TP = Tidak Pernah

No	Pernyataan	(SL)	(SR)	(KD)	(TP)
Dukungan Emosional					
1.	Keluarga tetap menyayangi dan memperhatikan keadaan saya sejak saya sakit dan masuk ke IGD				
2.	Keluarga memberikan perhatian yang baik setiap saya membutuhkan bantuan				
3.	Keluarga menghibur bila saya terlihat sedang sedih				
4.	Keluarga menanyakan perasaan saya saat ini				
5.	Keluarga menemani saya sejak saya masuk ke IGD				
Dukungan Informasi					
6.	Keluarga menyarankan saya untuk tidak takut terhadap tindakan pengobatan yang akan dilakukan				
7.	Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang dapat memperburuk sakit saya				
8.	Keluarga mengatasi ketakutan saya dengan mengalihkan perhatian saya melalui pembicaraan				
Dukungan Instrumental					
9.	Keluarga secara bergantian mendampingi saya dalam menjalani pengobatan sejak masuk IGD				
10.	Keluarga selalu bersedia dimintai bantuan oleh saya sejak masuk IGD				
11.	Keluarga sangat berperan aktif dalam memberikan bantuan kepada saya				
12.	Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan saya selama sakit di IGD				
13.	Keluarga membantu memenuhi kebutuhan saya sejak masuk IGD				
Dukungan Penilaian (Penghargaan)					
14.	Keluarga mengerti bahwa sakit yang saya alami sebagai suatu musibah				
15.	Keluarga siap membantu saya dalam melakukan aktivitas saya saat sakit di IGD				
16.	Keluarga memberikan semangat kepada saya agar cepat sembuh				
17.	Keluarga menanggapi keluhan-keluhan saya				
18.	Keluarga membujuk saya agar mau dilakukan tindakan pengobatan				

Skor Hasil :

Skor 20-46 : Kurang

Skor 47-72 : Baik

Kuisiener *State Anxiety Inventory* (Kuisiener D)

Petunjuk :

Bacalah setiap pernyataan dan beri tanda centang (√) disebelah kanan pernyataan yang sesuai dengan bagaimana perasaan Anda saat ini hanya itu, pada saat ini. Tidak ada jawaban yang salah atau benar. Sebaiknya Anda tidak menghabiskan terlalu banyak waktu hanya pada salah satu pernyataan, segera berikan jawaban yang menggambarkan perasan Anda saat ini.

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Agak	Sedang	Sangat
1.	Saya merasa aman				
2.	Saya merasa tegang				
3.	Saya merasa tertekan				
4.	Saya merasa tentram				
5.	Saya merasa terganggu				
6.	Saya saat ini khawatir dengan sakit yang saya alami sekarang				
7.	Saya merasa puas				
8.	Saya merasa ketakutan				
9.	Saya merasa nyaman				
10.	Saya merasa percaya diri				
11.	Saya merasa gugup				
12.	Saya gelisah				
13.	Saya merasa ragu-ragu				
14.	Saya santai				
15.	Saya merasa puas sekali				
16.	Saya cemas				
17.	Saya bingung				
18.	Saya merasa mantap				
19.	Saya merasa senang				

Keterangan :

Rentang penilaian 20-76, dengan pengelompokan antara lain:

Skor <35 : tidak cemas

Skor 36-50 : kecemasan ringan

Skor 51-65 : kecemasan sedang

Skor 65-76 : kecemasan berat

Lampiran 7 : Surat Permohonan Studi Pendahuluan



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPMI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi
 Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Nomor : 1072/A-1/STIKES/II/2018
 Lampiran : -
 Perihal : Studi Pendahuluan

Malang, 21 Maret 2018

Kepada
 Yth. Kabag Diklat
 RSUD Bangil Kab. Pasuruan
 di- Tempat

Dengan hormat,

Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Widyagama Husada akan menyusun Skripsi Tahun Akademik 2017/2018, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.

Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada Bapak/ibu agar berkenan memberikan Ijin kepada mahasiswa kami dibawah ini untuk melakukan Studi Pendahuluan Penelitian.

Adapun nama mahasiswa/i dan judul penelitian skripsi sebagai berikut:

Nama	: Brian Sesar Rosly
NIM	: 140614201290
Judul TA	: Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien Kategori Triage ATS III Label Kuning Di RSUD Bangil



Demikian, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.



STIKES Widyagama Husada
 Wakil Ketua Bidang III,
Tiwi Yurijastuti, S.Si., M.Kes

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A : Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
 Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277
 Website : www.widyagamahusada.ac.id

Lampiran 8 : Surat Persetujuan Studi Pendahuluan

	PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153 Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789	
		Bangil, 12 April 2018
Nomor	: 445.1/ 912 /424.202/2018	Kepada
Lampiran	: -	Yth. Wakil Ketua Bidang III
Hal	: Persetujuan Studi Pendahuluan	Stikes Widyagam Husada
		Jl. Taman Borobudur 3A
		MALANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 1073/A-1/STIKES//2018 tanggal 21 Maret 2018 perihal Studi Pendahuluan atas nama:


Nama : BRIAN SESAR ROSLY
NIM : 140614201290
Judul Penelitian : Faktor – faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien Kategori Triase ATS III Label Kuning di RSUD Bangil

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Studi Pendahuluan di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 12 – 18 April 2018 dengan ketentuan:

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang
Kasi Diklat


DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan

Lampiran 9 : Tabulasi data Mentah

Responden	Usia	JK	Pendidikan	Respon Time	KP	DK	Kecemasan
R1	34	P	PT	4 mnt 1 dtk	24	63	23
R2	53	L	SMA	9 mnt 15 dtk	20	46	31
R3	49	L	SMA	15 mnt 22 dtk	19	66	30
R4	58	L	SMA	10 mnt 17 dtk	20	46	38
R5	22	P	SMA	8 mnt 29 dtk	20	45	64
R6	43	L	SMA	11 mnt 9 dtk	20	44	36
R7	63	P	SMP	5 mnt 21 dtk	19	46	41
R8	15	P	SMP	7 mnt 8 dtk	23	54	35
R9	28	P	PT	16 mnt 23 dtk	23	53	48
R10	45	P	SMA	6 mnt 8 dtk	18	48	55
R11	65	P	SMP	16 mnt 52 dtk	23	43	62
R12	61	L	SMA	13 mnt 27 dtk	17	46	53
R13	54	L	SD	15 mnt 5 dtk	19	53	50
R14	45	P	SMA	15 mnt 14 dtk	20	51	48
R15	51	L	SMA	4 mnt 7 dtk	21	49	34
R16	42	P	SMA	4 mnt 11 dtk	20	44	51
R17	23	L	SMA	13 mnt 12 dtk	22	51	31
R18	43	P	SD	7 mnt 5 dtk	20	46	48
R19	61	P	SMP	8 mnt 27 dtk	21	54	43
R20	53	L	SMA	16 mnt 57 dtk	22	50	57
R21	58	L	SD	15 mnt 20 dtk	22	51	44
R22	51	L	SMA	7 mnt 33 dtk	21	54	35
R23	39	L	PT	8 mnt 5 dtk	20	54	44
R24	65	P	SD	7 mnt 7 dtk	18	44	39
R25	17	L	SMP	4 mnt 27 dtk	20	48	36
R26	64	L	SD	15 mnt 4 dtk	19	55	49
R27	46	P	SMA	10 mnt 27 dtk	20	50	44
R28	41	P	SMA	3 mnt 52 dtk	21	49	48
R29	27	L	SMA	13 mnt 10 dtk	22	51	35
R30	52	P	SMP	4 mnt 2 dtk	21	52	23
R31	43	P	SD	14 mnt 9 dtk	20	46	43
R32	20	L	SMP	7 mnt 30 dtk	20	44	56
R33	45	L	SMA	3 mnt 11 dtk	19	45	50
R34	40	P	SMP	15 mnt 11 dtk	22	54	23
R35	65	L	SMP	4 mnt 19 dtk	22	47	31
R36	48	L	SD	3 mnt 17 dtk	21	49	57

R37	23	P	SD	12 mnt 26 dtk	22	50	42
R38	54	L	SMA	12 mnt 18 dtk	19	44	51
R39	48	L	SMA	5 mnt 15 dtk	21	44	46
R40	58	L	PT	3 mnt 16 dtk	22	52	35
R41	57	P	SD	15 mnt 54 dtk	20	52	61
R42	41	L	SMA	4 mnt 11 dtk	21	48	42
R43	22	P	SMA	7 mnt 28 dtk	21	52	50
R44	31	L	SMP	3 mnt 19 dtk	18	46	45
R45	62	L	SMA	10 mnt 17 dtk	20	52	49
R46	53	P	SMA	9 mnt 22 dtk	22	55	35
R47	23	L	SMA	3 mnt 47 dtk	19	51	46
R48	29	P	SMA	8 mnt 23 dtk	20	46	42
R49	38	L	SMA	7 mnt 3 dtk	20	44	47
R50	63	L	PT	9 mnt 42 dtk	24	46	33
R51	40	L	SMP	8 mnt 53 dtk	21	50	44
R52	39	L	PT	14 mnt 8 dtk	21	51	52
R53	45	P	SD	10 mnt 57 dtk	19	46	53
R54	24	L	SMP	6 mnt 12 dtk	21	51	27
R55	52	P	SD	7 mnt 18 dtk	22	54	42
R56	63	L	SMA	15 mnt 17 dtk	19	46	51
R57	20	P	SMA	16 mnt 53 dtk	20	44	60
R58	52	L	SMA	7 mnt 29 dtk	20	44	48
R59	55	L	SD	4 mnt 27 dtk	21	54	50
R60	28	P	SMA	12 mnt 37 dtk	24	52	33
R61	50	P	SD	4 mnt 47 dtk	22	55	24
R62	32	L	SMA	3 mnt 22 dtk	20	44	38
R63	38	L	SMA	6 mnt 21 dtk	18	46	46
R64	31	L	SMA	17 mnt 57 dtk	19	53	60
R65	32	L	SMA	15 mnt 2 dtk	23	48	55
R66	28	L	SMA	2 mnt 12 dtk	20	49	48
R67	64	P	SD	7 mnt 29 dtk	19	52	52
R68	58	L	SMA	15 mnt 19 dtk	18	50	51
R69	61	L	SMP	6 mnt 53 dtk	19	54	51
R70	64	P	SD	15 mnt 21 dtk	22	52	34
R71	45	L	SMA	8 mnt 3 dtk	20	45	55
R72	44	L	SMA	5 mnt 19 dtk	21	49	51
R73	58	P	SD	5 mnt 47 dtk	20	53	50
R74	29	P	SMA	5 mnt 2 dtk	21	51	53
R75	64	P	SD	13 mnt 44 dtk	21	48	35
R76	18	P	SMA	5 mnt 11 dtk	23	52	52
R77	55	P	SMA	5 mnt 32 dtk	19	46	39

R78	53	P	PT	7 mnt 10 dtk	20	45	33
R79	47	P	SMA	5 mnt 27 dtk	21	45	46
R80	53	P	SD	15 mnt 19 dtk	19	45	40
R81	65	L	SD	5 mnt 56 dtk	20	51	41
R82	59	L	SMA	4 mnt 11 dtk	19	49	40
R83	24	P	SMA	15 mnt 22 dtk	22	54	34

Lampiran 10 : Tabulasi Data (*coding*)

Responden	Usia	JK	Pendidikan	RT	Komunikasi	Dukungan	Kecemasan
R1	3	2	4	1	2	2	1
R2	5	1	3	1	1	1	1
R3	5	1	3	2	1	2	1
R4	6	1	3	1	1	1	2
R5	2	2	3	1	1	1	2
R6	4	1	3	1	1	1	2
R7	6	2	2	1	1	1	2
R8	1	2	2	1	2	2	1
R9	3	2	4	2	2	2	2
R10	4	2	3	1	1	2	2
R11	6	2	2	1	2	1	2
R12	6	1	3	2	1	1	2
R13	5	1	1	2	1	2	2
R14	4	2	3	1	1	2	2
R15	5	1	3	1	2	2	1
R16	2	2	3	1	1	1	2
R17	2	1	3	1	2	2	1
R18	4	2	1	1	1	1	2
R19	6	2	2	1	2	2	2
R20	5	1	3	2	2	2	2
R21	6	1	1	2	2	2	2
R22	5	1	3	1	2	2	1
R23	4	1	4	1	1	2	2
R24	6	2	1	1	1	1	2
R25	2	1	2	1	1	2	2
R26	6	1	1	2	1	2	2
R27	5	2	3	1	1	2	2
R28	4	2	3	1	2	2	2
R29	3	1	3	1	2	2	1
R30	5	2	2	1	2	2	1
R31	4	2	1	1	1	1	2
R32	2	1	2	1	1	1	2
R33	4	1	3	1	1	1	2
R34	4	2	2	2	2	2	1
R35	6	1	2	1	2	2	1
R36	5	1	1	1	2	2	2
R37	2	2	1	1	2	2	2
R38	5	1	3	1	1	1	2

R39	5	1	3	1	2	1	2
R40	6	1	4	1	2	2	1
R41	6	2	1	2	1	2	2
R42	4	1	3	1	2	2	2
R43	2	2	3	1	2	1	2
R44	3	1	2	1	1	2	2
R45	6	1	3	1	1	2	2
R46	5	2	3	1	2	2	1
R47	2	1	3	1	1	2	2
R48	3	2	3	1	1	1	2
R49	4	1	3	1	1	1	2
R50	6	1	4	1	2	1	1
R51	4	1	1	1	2	2	2
R52	4	1	4	1	2	2	2
R53	4	2	1	1	1	1	2
R54	2	1	2	1	2	2	1
R55	5	2	1	1	2	2	2
R56	6	1	3	2	1	1	2
R57	2	2	3	2	1	1	2
R58	5	1	3	1	1	1	2
R59	5	1	1	1	2	2	2
R60	3	2	3	1	2	2	1
R61	5	2	1	1	2	2	1
R62	3	1	3	1	1	1	2
R63	4	1	3	1	1	1	2
R64	3	1	3	2	1	2	2
R65	6	1	3	2	2	2	2
R66	3	1	3	1	1	2	2
R67	6	2	1	1	1	2	2
R68	6	1	3	2	1	2	2
R69	6	1	2	1	1	2	2
R70	6	2	1	2	2	2	1
R71	4	1	3	1	1	1	2
R72	4	1	3	1	2	2	2
R73	6	2	1	1	1	2	2
R74	3	2	3	1	2	2	2
R75	6	2	1	1	2	2	1
R76	2	2	3	1	2	2	2
R77	5	2	3	1	1	1	2
R78	5	2	4	1	1	1	1
R79	5	2	3	1	2	1	2

R80	5	2	1	1	1	1	2
R81	6	1	1	2	1	2	2
R82	6	1	3	1	1	2	2
R83	2	2	3	2	2	2	1

Keterangan Koding :

1. Usia : 1 = 12 – 16 Tahun (Remaja Awal)
2 = 17 – 25 Tahun (Remaja Akhir)
3 = 26 – 35 Tahun (Dewasa Awal)
4 = 36 – 45 Tahun (Dewasa Akhir)
5 = 46 – 55 Tahun (Lansia Awal)
6 = 56 – 65 Tahun (Lansia Akhir)
2. Jenis Kelamin : 1 = Laki-Laki
2 = Perempuan
3. Pendidikan Terakhir : 1 = Sekolah Dasar
2 = Sekolah Menengah Pertama
3 = Sekolah Menengah Atas
4 = Perguruan Tinggi
4. Response time : 1 = Baik (<15 menit)
2 = Buruk (>15 menit)
5. Komunikasi Perawat : 1 = Komunikasi Kurang (15-20)
2 = Komunikasi Baik (21-26)
6. Dukungan Keluarga : 1 = Dukungan Keluarga Kurang (20-46)
2 = Dukungan Keluarga Baik (47-72)
7. Kecemasan : 1 = Cemas (<35)
2 = Tidak Cemas (36-76)

Lampiran 11 : Output SPSS

OUTPUT SPSS**1. Hasil Analisa Univarian**

a. Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remaja Awal	1	1.2	1.2	1.2
	Remaja Akhir	12	14.5	14.5	15.7
	Dewasa Awal	10	12.0	12.0	27.7
	Dewasa Akhir	17	20.5	20.5	48.2
	Lansia Awal	20	24.1	24.1	72.3
	Lansia Akhir	23	27.7	27.7	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Usia * Kecemasan Crosstabulation

Count		Kecemasan		Total
		Tidak Cemas	Cemas	
Usia	Remaja Awal	1	0	1
	Remaja Akhir	3	9	12
	Dewasa Awal	3	7	10
	Dewasa Akhir	1	16	17
	Lansia Awal	8	12	20
	Lansia Akhir	5	18	23
Total		21	62	83

b. Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	45	54.2	54.2	54.2
	Perempuan	38	45.8	45.8	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Jenis Kelamin * Kecemasan Crosstabulation

Count		Kecemasan		Total
		Tidak Cemas	Cemas	
Jenis Kelamin	Laki-laki	10	35	45
	Perempuan	11	27	38
Total		21	62	83

c. Tingkat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	20	24.1	24.1	24.1
	SMP	12	14.5	14.5	38.6
	SMA	44	53.0	53.0	91.6
	PT	7	8.4	8.4	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Pendidikan Terakhir * Kecemasan Crosstabulation

Count

		Kecemasan		Total
		Tidak Cemas	Cemas	
Pendidikan Terakhir	SD	3	17	20
	SMP	5	7	12
	SMA	9	35	44
	PT	4	3	7
Total		21	62	83

d. Response time

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik (<15 menit)	66	79.5	79.5	79.5
	Buruk (>15 menit)	17	20.5	20.5	100.0
Total		83	100.0	100.0	

e. Komunikasi Perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	45	54.2	54.2	54.2
	Baik	38	45.8	45.8	100.0
Total		83	100.0	100.0	

f. Dukungan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	30	36.1	36.1	36.1
	Baik	53	63.9	63.9	100.0
Total		83	100.0	100.0	

g. Kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Cemas	21	25.3	25.3	25.3
	Cemas	62	74.7	74.7	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

2. Hasil Analisa Bivarian

Respon Time * Kecemasan Crosstabulation

			Kecemasan		Total
			Tidak Cemas	Cemas	
Respon Time	Baik (<15 menit)	Count	17	49	66
		Expected Count	16.7	49.3	66.0
		% within Respon Time	25.8%	74.2%	100.0%
		% within Kecemasan	81.0%	79.0%	79.5%
		% of Total	20.5%	59.0%	79.5%
	Buruk (>15 menit)	Count	4	13	17
		Expected Count	4.3	12.7	17.0
		% within Respon Time	23.5%	76.5%	100.0%
		% within Kecemasan	19.0%	21.0%	20.5%
		% of Total	4.8%	15.7%	20.5%
Total		Count	21	62	83
		Expected Count	21.0	62.0	83.0
		% within Respon Time	25.3%	74.7%	100.0%
		% within Kecemasan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	25.3%	74.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.036 ^a	1	.851		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.036	1	.850		
Fisher's Exact Test				1.000	.561
Linear-by-Linear Association	.035	1	.851		
N of Valid Cases ^b	83				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,30.

b. Computed only for a 2x2 table

Komunikasi Perawat * Kecemasan Crosstabulation

		Kecemasan		Total
		Tidak Cemas	Cemas	
Komunikasi Perawat Kurang	Count	3	42	45
	Expected Count	11.4	33.6	45.0
	% within Komunikasi Perawat	6.7%	93.3%	100.0%
	% within Kecemasan	14.3%	67.7%	54.2%
	% of Total	3.6%	50.6%	54.2%
Baik	Count	18	20	38
	Expected Count	9.6	28.4	38.0
	% within Komunikasi Perawat	47.4%	52.6%	100.0%
	% within Kecemasan	85.7%	32.3%	45.8%
	% of Total	21.7%	24.1%	45.8%
Total	Count	21	62	83
	Expected Count	21.0	62.0	83.0
	% within Komunikasi Perawat	25.3%	74.7%	100.0%
	% within Kecemasan	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	25.3%	74.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18.059 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	15.969	1	.000		
Likelihood Ratio	19.275	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	17.841	1	.000		
N of Valid Cases ^b	83				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,61.

b. Computed only for a 2x2 table

Dukungan Keluarga * Kecemasan Crosstabulation

			Kecemasan		Total
			Tidak Cemas	Cemas	
Dukungan Keluarga	Kurang	Count	3	27	30
		Expected Count	7.6	22.4	30.0
		% within Dukungan Keluarga	10.0%	90.0%	100.0%
		% within Kecemasan	14.3%	43.5%	36.1%
		% of Total	3.6%	32.5%	36.1%
	Baik	Count	18	35	53
		Expected Count	13.4	39.6	53.0
		% within Dukungan Keluarga	34.0%	66.0%	100.0%
		% within Kecemasan	85.7%	56.5%	63.9%
		% of Total	21.7%	42.2%	63.9%
Total		Count	21	62	83
		Expected Count	21.0	62.0	83.0
		% within Dukungan Keluarga	25.3%	74.7%	100.0%
		% within Kecemasan	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	25.3%	74.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.820 ^a	1	.016		
Continuity Correction ^b	4.621	1	.032		
Likelihood Ratio	6.465	1	.011		
Fisher's Exact Test				.018	.013
Linear-by-Linear Association	5.750	1	.016		
N of Valid Cases ^b	83				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,59.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Hasil Analisa Multivarian

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	83	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	83	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		83	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Cemas	0
Cemas	1

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	74.009 ^a	.213	.314
2	74.618 ^a	.207	.306

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	1.372	2	.504
2	.000	0	.

Block 1: Method = Backward Stepwise (Likelihood Ratio)**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	19.884	2	.000
	Block	19.884	2	.000
	Model	19.884	2	.000
Step 2 ^a	Step	-.609	1	.435
	Block	19.275	1	.000
	Model	19.275	1	.000

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a KomunikasiPerawat(1)	2.318	.722	10.296	1	.001	10.152	2.464	41.816
DukunganKeluarga(1)	.593	.771	.591	1	.442	1.810	.399	8.209
Constant	.030	.340	.008	1	.930	1.030		
Step 2 ^a KomunikasiPerawat(1)	2.534	.680	13.874	1	.000	12.600	3.322	47.794
Constant	.105	.325	.105	1	.746	1.111		

a. Variable(s) entered on step 1: KomunikasiPerawat, DukunganKeluarga.

Lampiran 12 : Surat Izin Penelitian Kepada BANKESBANGPOL



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YMPI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi
 Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Nomor : /345/IA-1/STIKES/H/2018
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Penelitian

Malang, 7 Mei 2018

Kepada

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik
 Kabupaten Pasuruan, Jawa Timur
 di- Tempat

Dengan hormat,

Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Widyagama Husada akan menyusun Skripsi Tahun Akademik 2017/2018, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.

Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada Bapak/ibu agar berkenan memberikan Ijin kepada mahasiswa kami dibawah ini untuk melakukan Izin Penelitian Penelitian.

Adapun nama mahasiswa/i dan judul penelitian skripsi sebagai berikut:

Nama	: Brian Sesar Rosly
NIM	: 140614201290
Judul TA	: Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pada Pasien Kategori Triage P2 Label Kuning Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Bangil


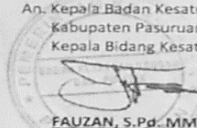
Demikian, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.



STIKES Widyagama Husada
 Wakil Ketua Bidang III,
Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes
 NDP.2012.247

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A : Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
 Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277
 Website : www.widyagamahusada.ac.id

Lampiran 13 : Surat Rekomendasi Penelitian dari BANKESBANGPOL

 <p>PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK Jl. Panglima Sudirman No. 54 Telp. (0343) 424162 Fax. (0343) 411553 Email : bakesbangpol@pasurukab.go.id</p>	
<p>REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY NO. 072 / 799 / 424.104/SUR/RES/2018</p>	
Dasar	: 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kementrian Dalam negeri (Berita negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168), 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian
Menimbang	: Surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Widyagama Husada Malang, Tanggal 14 Mei 2018 Nomor : 1399/A-1/STIKES/V/2018 perihal Permohonan Ijin Penelitian atas nama Brian S. Rosely
<p>Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Pasuruan, memberikan Rekomendasi Kepada :</p>	
Nama	: Brian S. Rosely
NIM	: 140614201290
Alamat	: Jl. Nusa Indah RT. 003 RW.005 Desa Mariyai Kec. Mariat Kab. Sorong Prov. Papua Barat
Pekerjaan/Jabatan	: Mahasiswa
Instansi/Organisasi	: STIKES Widyagama Husada Malang
Kebangsaan	: Indonesia
Judul Penelitian	: " FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN KATEGORI TRIAGE P2 LABEL KUNING DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD BANGIL "
Tujuan	: Penelitian
Bidang Penelitian	: Kesehatan
penanggung Jawab	: Brian S. Rosely
Anggota/Peserta	: 1. - 2. - 3. - 4. - 5. - 6. - 7. - 8. - 9. -
Waktu Penelitian	: 1 (satu) Bulan TMT Surat dikeluarkan
Lokasi Penelitian	: RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati Peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/kegiatan; 2. Pelaksanaan penelitian agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat; 3. Berkewajiban melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Pasuruan dalam kesempatan pertama.
<p>Pasuruan, 15 Mei 2018 An. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Pasuruan Kepala Bidang Kesatuan Bangsa</p>  FAUZAN, S.Pd., MM Pembina NIP. 196706151986021001	
TEMBUSAN :	
Yth.	1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan 2. Direktur RSUD Bangil Kab. Pasuruan 3. Arsip. 4. - 5. - 6. - 7. - 8. - 9. - 10. -

Lampiran 14 : Surat Izin Penelitian kepada RSUD Bangil



YAYASAN PEMBINA PENDIDIKAN INDONESIA (YPMI) WIDYAGAMA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
WIDYAGAMA HUSADA

Terakreditasi
 Program Studi : * D3 Kebidanan * S1 Kesehatan Lingkungan * S1 Ilmu Keperawatan * Profesi Ners

Nomor : 345 /A-1/STIKES/V/2018
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Penelitian

Malang, 7 Mei 2018

Kepada
 Yth. Kabag Diklat
 RSUD Bangil Pasuruan
 di- Tempat

Dengan hormat,

Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Widyagama Husada akan menyusun Skripsi Tahun Akademik 2017/2018, untuk itu diperlukan data-data pendukung sebagai syarat yang harus ditempuh.

Berkenaan dengan hal tersebut kami mengajukan permohonan kepada Bapak/ibu agar berkenan memberikan Ijin kepada mahasiswa kami dibawah ini untuk melakukan Izin Penelitian Penelitian.

Adapun nama mahasiswa/i dan judul penelitian skripsi sebagai berikut:

Nama	: Brian Sesar Rosly
NIM	: 140614201290
Judul TA	: Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pada Pasien Kategori Triage P2 Label Kuning Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Bangil


Demikian, atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.




STIKES Widyagama Husada
 Wakil Ketua Bidang III,
Tiwi Yuniastuti, S.Si., M.Kes
 NDP. 2012.247

Kampus B (Kantor Pusat) : Jl. Taman Borobudur Indah 3A Malang
Kampus A : Jl. Sudimoro 16, Malang, Jawa Timur
 Telp : (0341) 406150 Fax : (0341) 471277
 Website : www.widyagamahusada.ac.id

Lampiran 15 : Surat Persetujuan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL
 Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
 Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 21 Mei 2018

Nomor : 445.1/12204/424.202/2018	Kepada
Lampiran : -	Yth. Ketua Stikes Widyagama Husada
Hal : Persetujuan Penelitian	Jl. Taman Borobudur Indah 3A MALANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 1345/A-1/STIKES/V/2018 tanggal 7 Mei 2018 perihal Izin Penelitian serta surat Keterangan untuk Melakukan Penelitian/Survey/Research/ PKL/KKN dari Kepala Bakesbangpol Nomor 072/799/424.104/SUR/ RES/2018 tanggal 15 Mei 2018 atas nama :

Nama	: BRIAN SESAR ROSLY
NRP	: 140614201290
Judul Penelitian	: Faktor – faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien Kategori Triase ATS III Label Kuning di RSUD Bangil


maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung mulai tanggal 21 Mei – 20 Juni 2018,

Dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
 KABUPATEN PASURUAN
 Kepala Bidang Penunjang



Dr. MALUDWI NUGROHO
 NIP. 19600910 198709 1 001

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang IGD RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan

Lampiran 16 : Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
 Telp. (0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 6 Juni 2018

Nomor	: 445.1/1220.4/424.202/2018	Kepada
Lampiran	: -	Yth. Ketua Stikes Widyagama Husada
Hal	: Keterangan Selesai Penelitian	Jl. Taman Borobudur Indah 3A MALANG

Menyambung surat kami Nomor : 445.1/1220.4/424.202/2018 tanggal 21 Mei 2018 perihal Persetujuan Penelitian atas nama :

Nama : BRIAN SESAR ROSELY
 NIM : 140614201290
 Judul : Faktor – faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien Kategori Triase ATS III Label Kuning di RSUD Bangil

Maka dapat kami informasikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah menyelesaikan pengambilan data penelitiannya di RSUD Bangil pada tanggal 21 Mei – 5 Juni 2018.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
 KABUPATEN PASURUAN
 Kepala Bidang Penunjang



u.b
 Kasi Diklat

DIDIK MARIYONO, SKM.
 Penata Tingkat I
 NIP. 19680525 199203 1 012

Lampiran 17 : Dokumentasi



Gambar 1 & 2 : Pasien datang Ke IGD RSUD Bangil



Gambar 3 : Peneliti sedang melakukan pemeriksaan Pasien (*Proses Triage*)

4



144

Gambar 4 : Peneliti sedang melakukan Pengisian Lembar Triage

5



Gambar 5 : Peneliti sedang melakukan Pengisian Kuesioner dengan mewawancarai pasien

6



Gambar 6 : Peneliti sedang melakukan Pengisian Kuesioner dengan mewawancarai pasien

Lampiran 19 : Pernyataan Keaslian Penulisan

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan disini :

Nama : Brian Sesar Rosely

NIM : 1406.14201.290

Program Studi: S1 Ilmu Keperawatan STIKES Widyagama Husada

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 06 Agustus 2018

Mengetahui,

Kaprodi S1 Ilmu Keperawatan



(Nurma Afiani, S.Kep, Ners, M.Kep)

Yang membuat pernyataan



(Brian Sesar Rosely)

Lampiran 20 : Pernyataan Orisinalitas Skripsi

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, didalam Naskah SKRIPSI ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik disuatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya ataupun pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis di kutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata didalam naskah SKRIPSI ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia SKRIPSI ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (SARJANA) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang undangan yang berlaku. (UU No 20 Tahun 2003, Pasal 25 Ayat 2 dan Pasal 70).

Malang, 06 Agustus 2018

Mahasiswa

Materai 6000

ttd

Lampiran 21 : Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE



Brian Sesar Rosely

Sorong, 07 Januari 1997

Motto : *“Kuat dalam Hati, Satu dalam Kasih”*

Riwayat Pendidikan

TK Aisyiyah Bustanul Athfal 3 Kabupaten Sorong Lulus Tahun 2002

SD Inpres 51 Kabupaten Sorong Lulus Tahun 2008

SMP Negeri 8 Kabupaten Sorong Lulus Tahun 2011

SMK Kesehatan Tambrauw Kota Sorong Lulus Tahun 2014




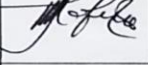
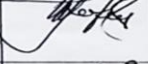
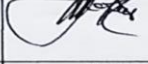
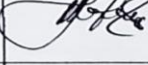
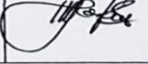
S1 Ilmu Keperawatan STIKES Widyagama Husada

Lampiran 22 : Catatan Konsultasi


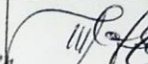


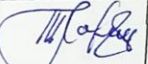
PEMBIMBING 1

Form 3:

CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 1

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1.	26/3 2018	Tambah waktu tunggu.	
2.	28/3 2018	ACC Instrumen, uji instrumen.	
3.	11/4 2018	- lanjut uji validitas reliabilitas.	
4.	17/4 2018	- konsul Hasil validitas - DO Buik pertanyaan	
5.	18/4 2018	- konsul BAB 4 - Revisi sesuai saran	
6.	20/4 2018	- konsul lagi bawa BAB 1 - IV	
7.	22/4 2018	- Bertas komplit.	
8.	23/4 2018	ACC Ujian Proposal	

Buku Pedoman Dan Konsultasi Skripsi

9.	29/6 2018	Revisi BAB 5. Uji coba Multivariat	
10.	6/7 2018	Revisi analisa + pembahasan, kesimpulan	
11.	17/7 2018	BAB 6 Revisi, lengkapi lampiran Buat abstrak	
12.	28/7 2018.	Bertas komplit.	
13.	29/7 2018.	Revisi Abstrak ACC Jelang Aktif	

PEMBIMBING 2

FORM 4:
CATATAN KONSULTASI PEMBIMBING 2

NO.	TANGGAL	KEGIATAN DAN SARAN	PARAF PEMBIMBING
1	26/3 2018	- penulisan paragraf SPOK Kerangka latar Belakang	
2	3/4 2018	- Definisi operasional Kerangka time	
3	7/4 2018	- jumlah sampel	
4	18/04 2018	- kegunaan	
5	23/04 2018	acc ujra proposal	
6	08/07 2018	interpretasi multivariat	
7	15/07 2018	penulisan multivariat	
8	19/07 2018	penulisan kegunaan Tinjauan kegunaan	

Buku Pedoman Dan Konsultasi Skripsi

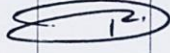
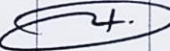
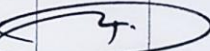
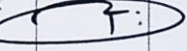
STIKES WIDYAGAMA HUSADA

9	23/4 2018	lempar skripsi	
10	25/7 2018	acc ujra / sinyal Akhir	

Lampiran 23 : Lembar Rekomendasi Ujian

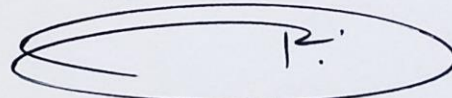
**LEMBAR REKOMENDASI
PERBAIKAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG**

Nama Penguji : Mizam Ari Kurniyanti. S.Kep., Ns., M.Kep

Tanggal	REKOMENDASI		
	BAB	URAIAN	TTD
01-08- 2018	ABSTRAK	1. Tidak boleh lebih dari 250 kata	
	BAB V	1. Gambaran Lokasi Penelitian 2. Tingkat kecemasan ditambahkan di bagian karakteristik responden	
	BAB I - VII	1. Cek Penulisan 2. Spasi 3. Huruf besar setelah titik koma	
	BAB VI	1. Tambahkan dipembahasan karakteristik dengan tingkat kecemasan	

Malang, 1 Agustus 2018

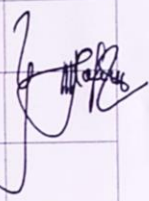
Penguji,



Mizam Ari Kurniyanti. S.Kep., Ns., M.Kep

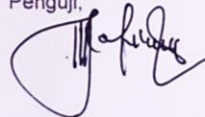
**LEMBAR REKOMENDASI
PERBAIKAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG**

Nama Penguji : Nurma Afiani. S.Kep., Ns., M.Kep

Tanggal	REKOMENDASI		TTD
	BAB	URAIAN	
01 - 08 - 2018	Artikel Ilmiah	1. Buat artikel ilmiah → kumpulkan ke LPPMK	
	ABSTRAK	1. Abstrak versi Bahasa Inggris Konsulkan Lab Bahasa.	
	Hardcover + CD	1. Full text Word.pdf → CD → Perpustakaan 2. Hardcover → Perpustakaan	

Malang, 1 Agustus 2018



Penguji,



Nurma Afiani. S.Kep., Ns., M.Kep

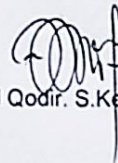
**LEMBAR REKOMENDASI
PERBAIKAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG**

Nama Penguji : Abdul Qodir. S.Kep., Ns., M.Kep

Tanggal	REKOMENDASI		
	BAB	URAIAN	TTD
30 April 2018 01-08- 2018	BAB VI	1. Karakteristik Responden pembahasannya difokuskan pada variabel dependen (Kecemasan) 2. Dalam Pembahasan jangan mencantumkan kata-kata pengamatan lebih baik dari hasil penelitian	
	BAB I - VII	Cek semua penulisan	

Malang, 1 Agustus 2018

Penguji,



Abdul Qodir. S.Kep., Ns., M.Kep