

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah Daerah kabupaten Bantul yang telah berdiri sejak tahun 1953 sebagai rumah sakit *Honger Oedeem* (HO) yang berlokasi di Jl. Laksada Adisucipto Bantul dengan kapasitas pasien sebanyak 60 tempat tidur. Pada tahun 1967 kapasitas tempat tidur bertambah menjadi 90 tempat tidur.

Pada tanggal 1 April 1982 oleh menteri Kesehatan Republik Indonesia diresmikan menjadi RSUD Kabupaten Bantul dengan tipe D. Sedangkan pada tanggal 26 Februari 1993 menjadi tipe C oleh SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.202/menkes/SK/II/1993, dan ulus akreditasi penuh untuk 5 pokja pada bulan November 1998.

Kemudian tanggal 29 Maret 2003, RSUD Kabupaten Bantul menjadi RSUD Panembahan Senopati yang disahkan melalui SK Bupati Bantul No. 43 tahun 2003, dengan tujuan merubah *brand image* masyarakat dan memberikan motivasi kerja karyawan rumah sakit agar selalu memperhatikan kepentingan masyarakat.

Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu terus meningkat sejalan dengan keberhasilan pembangunan berdasarkan analisis organisasi, ternyata fasilitas dan kemampuan RSUD Panembahan Senopati Bantul telah memenuhi persyaratan. Maka selanjutnya terhitung tanggal 8 Januari 2007 Menteri Kesehatan mengeluarkan SK Men.Kes No. 142/Menkes/SK/2007 tentang peningkatan kelas RSUD Panembahan Senopati Bantul milik Pemerintah Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dari kelas C menjadi kelas B Non Pendidikan.

Pada tahun 2007 RSUD Panembahan Senopati Bantul oleh pemerintah Republik Indonesia terhitung mulai tanggal 18 April 2007 menerima Surat

keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 414/Menkes/SK/IV/2007 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Flu Burung, sebagai salah satu dari 100 rumah sakit rujukan Flu Burung di Indonesia. Sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan melakukan peningkatan pencegahan dan pengendalian infeksi. Maka diterbitkan Surat Keputusan Direktur Nomor: 19/PPI/09 Tahun 2009 tentang Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Panembahan Senopati berlaku sejak 1 Mei 2009.

Pada tahun 2015, bulan Maret lalu RSUD Panembahan Senopati Bantul memperoleh akreditasi bintang lima atau paripurna, merupakan peringkat tertinggi untuk RS Tipe B di DIY hanya RSUD Panembahan Senopati Bantul yang mendapat akreditasi paripurna. Akreditasi itu diberikan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit. Lembaga itu melakukan penilaian untuk seluruh RS baik swasta maupun negeri di DIY berdasarkan tipe RS. Guna mengetahui sejauh mana tingkat pelayanan dan kualitas RS tersebut.

Rumah sakit ini memberikan pelayanan kesehatan baik secara rawat inap dan rawat jalan. Pelayanan rawat jalan RSUD Panembahan Senopati saat ini mempunyai 18 poliklinik, pelayanan rawat inap terdiri dari 9 ruang rawat inap dan 1 ruang ICU dengan semua kapasitas berjumlah 289 tempat tidur dan melalui pintu masuk pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD). Jumlah pasien AMI dalam 1 tahun terakhir rata-rata pasien AMI sebanyak 170 orang. Manajemen pasien AMI di ICU pengobatan tergantung dari komplikasi yang terjadi, komplikasi terbanyak adalah aritmia, penyakit jantung dan syok kardiovaskuler. Untuk sakit dada dapat diberikan morfin atau petidin, kadang dengan pemberian novalgin injeksi vena hasilnya cukup baik. Untuk pencegahan sekunder dapat diberikan preparat salisilat (aspirin) dan beta bloker. Terapi trombolik digunakan untuk penderita AMI anterior yang datang kurang dari 6 jam sejak sakit dada yang pertama. *Critical patients teaching* untuk mengurangi tingkat cemas pada pasien kritis agar perawat dapat membangun rasa percaya pada diri pasien. Sehingga pasien mau mengungkapkan apa yang

dirasakan olehnya serta hendaknya. Perawat mau meningkatkan ketrampilan dalam menganggulangi masalah cemas.

2. Karakteristik Responden

a. Karakteristik Responden

1) Karakteristik umum

Sampel dalam penelitian adalah pasien akut miokard infark di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta sebanyak 30 pasien. Karakteristik pasien berdasarkan usia, pekerjaan, pendidikan, dan jenis kelamin disajikan pada tabel berikut:

Karakteristik Umum Pasien Akut Miokard Infark di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta 31 juli – 13 agustus 2015 (n=30)

Tabel 4. 1

Karakteristik responden	Frekuensi	Persentase
• Usia		
Anak-anak	0	0,0
Remaja	0	0,0
Dewasa	9	30,0
Lansia	21	70,0
• Pekerjaan		
Kerja	23	76,7
Tidak kerja	7	23,3
• Pendidikan		
SD	16	53,3
SMP	5	16,7
SMA	5	16,7
Sarjana	4	13,3
• Jenis Kelamin		
Laki-laki	16	53,3
Perempuan	14	46,7

Berdasarkan tabel 4.1 di atas diketahui bahwa pasien akut miokard infark terbanyak berusia lansia sebanyak 21 (70,0%), sebanyak 23 (76,7%) pasien berstatus bekerja. Dilihat dari tingkat pendidikan terakhir pasien mayoritas tamat SD sebanyak 16 (53,3%). Dan lebih dari separuh pasien yaitu 16 (53,3%) adalah laki-laki.

2) Karakteristik klinis

Berdasarkan tabel 4. 2 diketahui bahwa sifat serangan pasien akut miokard infark sekali dan berulang masing-masing sebanyak 15 (50,0%), sebanyak 22 (73,3%) pasien mengalami hipertensi. Dilihat dari respirasi mayoritas dalam kategori takipnea sebanyak 19 (63,3%). Kategori denyut nadi pasien dalam kategori takikardi dan tingkat nyeri yang dirasakan pasien kategori berat masing-masing sebanyak 18 (60,0%). Pasien terbanyak dari ruang poli sebanyak 22 (73,3%).

Karakteristik pasien berdasarkan sifat serangan, tekanan darah, respirasi, nadi, dan tingkat nyeri disajikan pada tabel berikut:

Karakteristik Klinis Pasien Akut Miokard Infark di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta 31 juli – 13 agustus 2015 (n=30)

Tabel 4. 2

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
• Sifat Serangan	15	50,0
Sekali	15	50,0
Berulang		
• Tekanan Darah	22	73,3
Hipertensi	6	20,0
Normal	2	6,7
Hipotensi		
• Respirasi	19	63,3
Takipnea	8	26,7
Normal	3	10,0
Bradipnea		
• Nadi	18	60,0
Takikardi	8	26,7
Normal	4	13,3
Bradikardi		
• Tingkat Nyeri		
Tidak ada nyeri	0	0,0
Sakit sedikit	0	0,0
Agak mengganggu	12	40,0
Mengganggu aktivitas	18	60,0
Sangat mengganggu	0	0,0
• Ruang		
POLI	22	73,3
IGD	8	26,7

3. Tingkat Kecemasan Pasien *Akut Miokard Infark*

Gambaran tingkat kecemasan pasien akut miokard di RSUD Panembahan Senopati Bantul disajikan pada tabel berikut:

Berdasarkan tabel 4. 3 diketahui bahwa tingkat kecemasan pasien akut miokard dalam kategori berat sebanyak 20 (66,7%), dan ada yang panik sebanyak 3 (10,0%).

Tingkat Kecemasan Pasien Akut Miokard Infark di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta 31 juli – 13 agustus 2015 (n=30)

Tabel 4. 3

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Persentase
Tidak ada kecemasan	0	0,0
Ringan	3	10,0
Sedang	4	13,3
Berat	20	66,7
Panik	3	10,0
Total	30	100,0

4. Tingkat Kecemasan Pasien *Akut Miokard Infark* Berdasarkan Karakteristik Umum

Gambaran tingkat kecemasan pasien berdasarkan jenis kelamin, usia, pekerjaan, dan pendidikan disajikan pada tabel berikut:

Tingkat Kecemasan Pasien Akut Miokard Infark Berdasarkan Karakteristik Umum di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta 31 Juli – 13 Agustus 2015 (n=30)

Berdasarkan tabel 4. 4 di dibawah diketahui bahwa perempuan yang mengalami tingkat panik sebanyak (6,67%), pada laki-laki juga mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak (30,0%). Pada lansia yang mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak (46,67%) dan lansia yang panik sebanyak (10,0%). Dewasa yang mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak (20,0%). Pada pasien yang bekerja mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak (46,67%) dan yang tidak bekerja mengalami kecemasan berat (20,0%). Tamat

SD yang mengalami tingkat panik (6,67%). Begitu juga dengan tingkat SMP yang mengalami tingkat panik sebanyak (3,33%). SMA dan Sarjana tidak ada yang mengalami tingkat panik.

Tabel 4. 4

Karakteristik	Tingkat Kecemasan							
	Ringan		Sedang		Berat		Panik	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Jenis Kelamin								
Laki-laki	2	6,67	4	13,33	9	30,0	1	3,33
Perempuan	1	3,33	0	0,0	11	36,67	2	6,67
Usia								
Dewasa	0	0,0	3	10,0	6	20,0	0	0,0
Lansia	3	10,0	1	3,33	14	46,67	3	10,0
Pekerjaan								
Kerja	2	6,67	4	13,33	14	46,67	3	10,0
Tidak Kerja	1	3,33	0	0,0	6	20,0	0	0,0
Pendidikan								
SD	1	3,33	1	3,33	12	40,0	2	6,67
SMP	0	0,0	0	0,0	4	13,33	1	3,33
SMA	1	3,33	1	3,33	3	10,0	0	0,0
Sarjana	1	3,33	2	6,67	1	3,33	0	0,0

5. Tingkat Kecemasan Pasien Akut Miokard Infark Berdasarkan Karakteristik Klinis

Gambaran tingkat kecemasan pasien berdasarkan pengalaman terhadap serangan AMI, nyeri, tekanan darah, respirasi, nadi, dan tempat disajikan pada tabel berikut:

Tingkat Kecemasan Pasien Akut Miokard Infark Berdasarkan Karakteristik Klinis di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta 31 juli – 13 agustus (n=30)

Berdasarkan tabel 4. 5 di bawah diketahui bahwa pada pasien serangan AMI sekali yang mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak (36,67%) dan serangan AMI berulang yang mengalami panik sebanyak (6,67%). Pasien dengan tekanan darah hipertensi yang mengalami tingkat panik sebanyak

(10,0%). Pasien pada takipnea yang mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak (43,33%), pada pasien takipnea yang mengalami tingkat panik sebanyak (6,67%), pada pasien bradipnea yang mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak (6,67%). Pasien dengan kategori takikardi yang mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak (40,0%) dan tingkat panik (6,67%). Pada pasien pada kategori nyeri sangat mengganggu yang mengalami kecemasan berat sebanyak (46,67%) dan yang mengalami panik sebanyak (10,0%). Sebagian besar pasien di IGD mengalami panik sebanyak (6,67%).

Tabel 4. 5

Karakteristik	Tingkat Kecemasan							
	Ringan		Sedang		Berat		Panik	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Sifat Serangan								
Sekali	0	0,0	3	10,0	11	36,67	1	3,33
Berulangan	3	10,0	1	3,33	9	30,0	2	6,67
Tekanan Darah								
Hipertensi	2	6,67	3	10,0	14	46,67	3	10,0
Normal	1	3,33	0	0,0	5	16,67	0	0,0
Hipotensi	0	0,0	1	3,33	1	3,33	0	0,0
Respirasi								
Takipnea	2	6,67	2	6,67	13	43,33	2	6,67
Normal	0	0,0	2	6,67	5	16,67	1	3,33
Bradipnea	1	3,33	0	0,0	2	6,67	0	0,0
Nadi								
Takikardi	1	3,33	3	10,0	12	40,0	2	6,67
Normal	2	6,67	1	3,33	4	13,33	1	3,33
Bradikardi	0	0,0	0	0,0	4	13,33	0	0,0
Tingkat Nyeri								
Mengganggu aktivitas	3	10,0	3	10,0	6	20,0	0	0,0
Sangat mengganggu	0	0,0	1	3,33	14	46,67	3	10,0
Ruang Penelitian								
POLI	3	10,0	4	13,33	14	46,67	1	3,33
IGD	0	0,0	0	0,0	6	20,0	2	6,67

B. Pembahasan

1. Kecemasan Umum Responden

Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas individu merasa tidak nyaman atau takut dan mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal dia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam itu terjadi, tidak ada obyek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus kecemasan. Kecemasan merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu (Videbeck & Sheilla, L. 2008).

Kecemasan sering terjadi pada pasien dengan sindrom koroner akut maupun penyakit kardiovaskuler lainnya. Meskipun prevalensinya cukup tinggi, kedua kondisi psikiatrik ini sering tidak disadari oleh petugas kesehatan dan tidak mendapatkan penanganan selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Hal ini tentu dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien (Jeff et al, 2010). Pasien penyakit jantung dan pembuluh darah sering merasa cemas, ketakutan dan depresi. Hampir semua pasien menyadari bahwa jantung adalah organ yang penting dan ketika jantung mulai rusak maka kesehatan juga terancam. Ketika penyakitnya meningkat dan manifestasinya memburuk, pasien sering memiliki ketakutan yang berlebihan akan cacat permanen dan kematian. Para pasien mengekspresikan ketakutan dengan berbagai cara seperti mimpi buruk, insomnia, kecemasan akut, depresi dan memungkiri kenyataan (Kim *et al*, 2000).

Gambaran tingkat kecemasan pasien akut miokard di RSUD Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta dalam kategori berat sebanyak 20 (66,7%), Tanda-tanda yang sering muncul pada pasien yang cemas adalah gelisah, kekhawatiran, tarik nafas menjadi pendek dan cepat. Hal ini ditandai dengan respirasi meningkat, TD meningkat, HR meningkat. Hal ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Stuart (2013) bahwa respon cemas pada pasien berbeda-beda berdasarkan ruangan. Hasil penelitian ini sesuai dengan Furwanti, Nurcahyati, dan Azizah (2014) pada Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Panembahan Senopati Bantul, hasil menunjukkan bahwa pasien

di IGD paling banyak mengalami kecemasan berat, karena berbagai persepsi pasien tentang keselamatan akan penyakitnya dan berbagai tindakan medis.

2. Kecemasan Berdasarkan Jenis Kelamin

Kecemasan juga dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin. Dilihat hasil penelitian bahwa kecemasan berat laki-laki sebanyak (36,67%) dan panik sebanyak (3,33%). Kecemasan berat laki-laki sebanyak (30,0%) dan panik sebanyak (6,67%). Berkaitan dengan kecemasan yang dipengaruhi oleh jenis kelamin, perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibandingkan dengan laki-laki hal ini dikarenakan laki-laki cenderung lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Penelitian ini sejalan dengan Santoso bahwa perempuan lebih cemas dibandingkan dengan laki-laki (Santoso, 2009). Penelitian ini sesuai dengan temuan yang didapatkan oleh Kim *et al* (2000) yang menjabarkan bahwa perempuan dengan infark miokard yang mengalami kecemasan lebih banyak dibandingkan laki-laki, hal ini dapat dijelaskan secara parsial oleh sebab status pernikahan dan penghasilan yang rendah pada saat terkena infark miokard. Berdasarkan penelitian Kim, faktor-faktor yang cenderung mempengaruhi perbedaan kecemasan perempuan dan laki-laki adalah faktor sosiodemografis seperti umur, status pernikahan, perawatan diri, aktivitas sosial dimana pada beberapa faktor tersebut perempuan diduga lebih rentan, namun hal ini masih memerlukan penelitian lebih lanjut.

3. Kecemasan Berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa kecemasan berat banyak dialami pada usia lansia 46,67% karena kecemasan pada lansia takut akan kematian karena penyakit yang dialami. Hal ini tidak sesuai pada teori yang dikemukakan oleh Lutfi & Malya (2008), yakni 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. Kematangan individu dapat dilihat langsung secara objektif dengan periode umur, sehingga berbagai proses pengalaman, pengetahuan, keterampilan, kemandirian terkait sejalan dengan bertambahnya umur. Hasil ini tidak sesuai dengan Elan (2014) hasil penelitian karakteristik

menunjukkan kecemasan berat banyak dialami pada usia kurang dari 30 tahun. Hasil penelitian ini berbeda dengan teori dan penelitian sebelumnya dikarenakan jumlah responden lebih banyak pada lansia.

4. Kecemasan Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan juga mempengaruhi tingkat kecemasan hasil analisis menunjukkan tingkat kecemasan berat pada pasien yang bekerja sebanyak (46,67%). Pasien tingkat kecemasan berat pada responden yang tidak bekerja sebanyak (20,0%). Penelitian ini tidak sesuai dengan teori Taufik (2008), bahwa seseorang yang tidak berkerja mengalami kecemasan yang tinggi dibanding yang bekerja (Taufik, 2008). Hal ini dihubungkan dengan tingkat penghasilan seseorang karena membutuhkan perawatan yang cukup sehingga memerlukan biaya yang besar pula, keadaan ini dapat mempengaruhi kecemasan karena tidak memiliki penghasilan. Hasil penelitian ini berbeda dengan teori dan penelitian sebelumnya dikarenakan jumlah responden lebih banyak pada lansia.

5. Kecemasan Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan pasien dengan tingkat kecemasan berat lebih banyak terjadi pada pasien tamat SD (40,0%) dan SMP (13,33%) serta tamat SMA (10,0%) dan Sarjana (3,33%). Hal ini menunjukkan status pendidikan yang rendah pada seseorang, akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami stres dibanding dengan mereka yang status pendidikannya tinggi. Faktor pendidikan seseorang mempengaruhi kecemasan, klien dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi, meggunakan koping efektif dan konstruktif adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan luar sekolah dan berlangsung sepanjang hidup (Tarwoto dan Wartonah, 2003). Tingkat kecemasan sangatlah berhubungan dengan tingkat pendidikan seseorang dimana seseorang akan dapat mencari informasi atau menerima informasi dengan baik sehingga akan cepat mengerti akan kondisi dan keparahan penyakitnya dan dengan keadaan yang seperti ini akan menyebabkan peningkatan kecemasan pada orang tersebut (Hawari, 2012).

6. Kecemasan Berdasarkan Pengalaman serangan AMI

Tingkat kecemasan pasien *akut miokard infark* berdasarkan pengalaman hasil analisis menunjukkan pasien dengan serangan AMI sekali (36,67%) lebih banyak mengalami kecemasan berat serta serangan AMI berulang (30,0%). Pengalaman pertama pasien dalam pengobatan merupakan pengalaman-pengalaman yang sangat berharga yang terjadi pada individu terutama untuk masa-masa yang akan datang. Pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari. Apabila pengalaman individu tentang kemoterapi kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan yang akan dilakukan tim kesehatan (Kaplan, 2007). Pengalaman masa lalu terhadap penyakit baik yang positif maupun yang negatif dapat mempengaruhi perkembangan dalam menggunakan coping. Keberhasilan seseorang pada masa lalu dapat membantu individu mengembangkan mekanisme coping yang akan digunakan, sebaliknya kegagalan atau reaksi emosional menyebabkan seseorang menggunakan coping yang maladaptif terhadap stresor tertentu (Kuraesin, 2009).

7. Kecemasan Berdasarkan Manifestasi Klinis

Hasil analisis tingkat kecemasan pasien *akut miokard infark* berdasarkan Manifestasi Klinis pada pasien dengan mengganggu aktivitas mengalami kecemasan berat sebanyak 20,0% , pasien dengan nyeri kategori sangat mengganggu sebanyak 46,67%. Manifestasi klinis dari infar miokardium adalah nyeri dada yang tiba-tiba dan berlangsung terus menerus terletak di bagian bawah sternum dan perut atas. Nyeri akan terasa semakin berat sampai tidak tertahankan. Nyeri ini adalah gejala utama yang muncul. Nyeri bisa menyebar ke bahu dan lengan biasanya lengan kiri dan dirasakan tajam dan berat. Napas pendek, pucat, keringat dingin, pusing, dan mual muntah (Bare dan smeltzer, 2001).

Gambaran tingkat kecemasan pasien *akut miokard infark* berdasarkan Manifestasi Tanda-Tanda Vital pada pasien dengan tekanan darah hipertensi tingkat kecemasan berat 46,67%, panik 10,0% dan pasien hipotensi mengalami

tingkat kecemasan sedang dan berat masing-masing 3,33%. Sebagian besar pasien mengalami tingkat kecemasan berat baik pada takipnea (43,33%), dan bradipnea (6,67%). Pasien dengan nadi kategori takikardi mengalami tingkat kecemasan berat sebanyak 40,0% serta bradikardi sebanyak (13,33%). Kecemasan adalah keadaan yang ditandai dengan ketakutan, agitasi, rangsangan otonom, *fearfull withdrawal*, atau kombinasi dari hal tersebut. Kecemasan mengaktifkan *sympathetic nervous system* (SNS). Tingkat katekolamin meningkat, yang dapat memberikan beban yang signifikan pada sistem kardiovaskular, terutama pada pasien sakit kritis. Aktivasi SNS menyebabkan takikardia dan hipertensi, yang mengarah pada peningkatan kebutuhan oksigen miokard. Kecemasan pada pasien di unit perawatan kritis dapat disebabkan oleh nyeri, ketidaknyamanan, dan tanda-tanda lainnya seperti tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan diukur setiap jam selama 6 jam pertama atau sampai stabil. Tekanan darah diukur pada kedua lengan pada waktu masuk. Temperatur diukur pada waktu masuk dan setiap 6-8 jam.

8. Karakteristik Responden Berdasarkan Ruangan

Berdasarkan hasil analisis sebagian besar pasien mengalami panik di IGD sebanyak (6,67%). Kondisi ruang gawat darurat akan menimbulkan suatu kecemasan yang dialami pasien yang berada di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD). Kegawatdaruratan juga menjadi salah satu bagian yang sering dialami dalam kehidupan sehari-hari. Kondisi gawat merupakan sesuatu yang mengancam nyawa meliputi kasus trauma berat, akut miokard infark, sumbatan jalan nafas, *tension pneumothorax*, luka bakar disertai trauma inhalasi, sedangkan darurat yaitu perlu mendapatkan penanganan atau tindakan dengan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban, seperti cedera vertebra, fraktur terbuka, trauma capitis tertutup, dan appendicitis akut (Musliha, 2010).

C. Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini tidak dilakukan dengan metode wawancara secara langsung dengan responden di IGD karena keadaan pasien belum stabil dan harus menunggu di ICU.