

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Central Double Lumen (CDL)*

2.1.1 Definisi

Secara medis, *Central Double Lumen (CDL)* didefinisikan sebagai kateter vena sentral yang ditempatkan pada vena utama di area leher, dada, atau lipat paha. Alat ini difungsikan secara spesifik untuk memfasilitasi proses cuci darah jangka pendek (hingga tiga bulan) pada penderita Gagal Ginjal Kronis, di mana ujung kateter diposisikan di dekat atrium kanan.

Akan tetapi, intervensi pemasangan CDL ini memiliki dimensi komplikasi ganda. Secara fisik, tindakan tersebut berpotensi mencederai anatomi jaringan sekitarnya. Secara psikologis, prosedur pembedahan sering kali dipersepsikan oleh pasien sebagai ancaman terhadap integritas diri dan tubuh. Akumulasi dari rasa nyeri dan perasaan terancam inilah yang pada akhirnya menjadi pemicu utama munculnya ketegangan mental, ketakutan, dan kecemasan praoperasi (Muhtadini dan Permana 2024).

2.1.2 Indikasi Pemasangan

Indikasi utama pemakaian *Catheter Double Lumen (CDL)* ditujukan untuk memfasilitasi akses hemodialisis pada situasi kegawatdaruratan medis. Perangkat ini didesain sebagai akses vaskular

temporer dengan durasi pemakaian yang umumnya direkomendasikan kurang dari tiga minggu.

Kateter tersebut akan segera diekstraksi (dilepas) manakala pasien tidak lagi membutuhkan terapi pengganti ginjal, atau ketika akses dialisis yang lebih definitif (permanen) telah siap digunakan. Secara klinis, intervensi pemasangan CDL memegang peranan krusial sebagai langkah preventif untuk memitigasi berbagai komplikasi yang berkontribusi langsung terhadap peningkatan angka morbiditas (kesakitan) dan mortalitas (kematian) (Sinta Fresia et al, 2024)

2.1.3 Lokasi Pemasangan

1. *Vena Jugularis Interna Dextra* (Kanan): Rute paling lurus menuju atrium kanan, risiko malposisi paling rendah.
2. *Vena Femoralis*: Digunakan pada pasien imobilisasi atau kondisi darurat, namun risiko kontaminasi kuman lebih tinggi.
3. *Vena Subklavia*: Hindari jika pasien akan melakukan prosedur *Cimino* (AVF) di masa depan karena risiko *stenosis* (penyempitan vena).

2.1.4 Komplikasi Pemasangan

1. Infeksi: Merupakan komplikasi paling umum, berupa infeksi di area kulit tempat pemasangan (*exit site*) atau infeksi aliran darah terkait kateter (CRBSI).
2. Trombosis/Bekuan Darah: Pembentukan bekuan darah di dalam kateter atau pembuluh darah yang dapat menyumbat aliran.

3. Perdarahan: Terjadi di lokasi pemasangan kateter.
4. Malposisi: Posisi ujung kateter tidak tepat, yang dapat mengganggu aliran darah saat dialisis.
5. Pneumotoraks/Hemotoraks: Komplikasi serius akibat tertusuknya paru-paru saat pemasangan di vena subklavia.
6. Disfungsi Mekanis: Kateter tertekuk (*kinking*) atau pecah.
7. Stenosis Vena Sentral: Penyempitan vena akibat penggunaan kateter jangka panjang.
8. Tindakan insersi kateter membawa risiko penyulit klinis, salah satunya adalah munculnya gangguan irama jantung. Manifestasi komplikasi ini umumnya berupa disritmia atrium maupun ventrikel. Secara spesifik, penggunaan akses melalui vena subklavia memiliki tingkat insidensi yang cukup terukur, di mana komplikasi disritmia atrium dilaporkan terjadi pada 40% kasus, sementara risiko terjadinya disritmia ventrikel menyentuh angka 20%.

2.1.5 Epidemiologi

Tinjauan data *Indonesian Renal Registry* (2017) merepresentasikan peningkatan linear pada jumlah pasien hemodialisis baru di Indonesia seiring dengan bertambahnya unit layanan dialisis. Tercatat sebanyak 77.892 pasien berada dalam perawatan aktif dan 30.831 merupakan pasien baru. Karakteristik populasi didominasi oleh

kelompok umur 45 hingga 64 tahun, dengan rincian gender laki-laki sebesar 56% dan perempuan 44%.

Sebagai prasyarat utama intervensi medis ini, prosedur hemodialisis sangat bergantung pada akses vaskular. Secara fungsional, akses tersebut difungsikan sebagai sarana penghubung sistemik yang memfasilitasi pertukaran antara sirkulasi darah di dalam tubuh dengan sirkulasi buatan (*ekstrakorporeal*).

2.2 *Slow Deep Breathing*

2.2.1 Definisi

Slow Deep Breathing didefinisikan sebagai intervensi keperawatan berbasis relaksasi yang berfokus pada manajemen pola pernapasan. Dalam praktiknya, pasien diedukasi untuk melakukan ekspirasi lambat setelah melakukan inspirasi dan penahanan napas maksimal (Ilma dan Aisah 2024). Keuntungan klinis dari metode ini mencakup penurunan persepsi nyeri, perluasan ventilasi paru, dan peningkatan kadar oksigenasi darah.

Secara mekanis, laju napas yang diperlambat ini dirancang untuk menekan hiperaktivitas saraf simpatis dan merangsang kinerja saraf parasimpatis. Hasil akhir dari aktivasi parasimpatis tersebut adalah terciptanya kondisi relaksasi sistemik, yang ditandai dengan penurunan tanda-tanda vital (denyut jantung dan tekanan darah) serta tercapainya ketenangan psikologis. (Jafari et al., 2020 dalam Ike Nurjana Tamrin, 2023).

Dari aspek klinis, implementasi *Slow Deep Breathing* (SDB) dilakukan dengan menginstruksikan pasien untuk menarik napas melalui hidung secara perlahan selama 3 detik, menahannya sejenak dalam waktu 6 detik, lalu menghembuskannya lewat mulut selama 6 detik. Prosedur ini dianjurkan berlangsung selama 10–15 menit dalam satu sesi dan bersifat repetitif sesuai kebutuhan (Safitri *et al.*, 2025). Mengingat teknik ini sangat praktis, aman, dan tidak memerlukan instrumen khusus, SDB dinilai sangat ideal untuk diaplikasikan oleh perawat di lingkungan kamar bedah guna meminimalkan ansietas prabedah (Abdul Azis *et al.*, 2024).

Secara patofisiologis, relaksasi pernapasan ini mampu meredakan ketegangan mental melalui optimalisasi ventilasi paru dan saturasi oksigen (Atvennia, Rakizahsyafrie, dan Tranado 2025). Tarikan napas dalam akan memicu peregangan pada arkus aorta dan sinus karotis, yang kemudian merangsang medula oblongata selaku pusat regulasi kardiovaskular untuk mengaktifkan refleks baroreseptor.

Sinyal saraf ini diteruskan menuju aksis *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal* (HPA) di otak. Pengendalian sistem neuroendokrin ini pada akhirnya akan meregulasi sekresi *Corticotropin-Releasing Hormone* (CRH) dan *Adrenocorticotrophic Hormone* (ACTH), sehingga produksi kortisol sebagai hormon pemicu kecemasan dapat distabilkan dan ditekan (Wahyuningsih *et al.*, 2020).

2.2.2 Standar Operasional Prosedur Tindakan *Slow Deep Breathing*

Tabel 2. 1 SOP Tindakan *Slow Deep Breathing*

Prosedur Tindakan	A. Tahap Pra-Interaksi 1. Melakukan telaah rekam medis pasien untuk memvalidasi indikasi tindakan. 2. Memverifikasi rencana intervensi pemberian terapi <i>Slow Deep Breathing</i>. 3. Menyiapkan kelengkapan alat, bahan, dan instrumen kuesioner. 4. Mempersiapkan lingkungan ruangan yang tenang, kondusif, dan menjaga privasi pasien. B. Tahap Orientasi 1. Mengucapkan salam terapeutik dan memperkenalkan diri kepada pasien. 2. Melakukan identifikasi pasien sesuai standar sasaran keselamatan pasien rumah sakit. 3. Menjelaskan secara komprehensif mengenai prosedur dan tujuan intervensi yang akan dilakukan. 4. Meminta persetujuan (<i>informed consent</i>) serta menanyakan kesiapan pasien sebelum memulai terapi. C. Tahap Kerja 1. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin, idealnya pada posisi <i>semi-Fowler</i> atau duduk bersandar relaks. 2. Menginstruksikan pasien untuk meletakkan kedua telapak tangan di atas area abdomen (perut). 3. Membimbing pasien untuk menarik napas dalam secara perlahan melalui hidung selama 3 detik, sembari merasakan abdomen mengembang di bawah telapak tangan. 4. Meminta pasien untuk menahan napas secara teratur selama 6 detik. 5. Menginstruksikan pasien untuk menghembuskan napas secara lambat melalui mulut (seperti postur bersiul/meniup) selama 6 detik hingga abdomen terasa mengempis. 6. Mengulangi siklus pernapasan (langkah 3 hingga 5) hingga 40 siklus selama 10 menit.
-------------------	---

Dokumentasi	1. Mencatat respons subjektif dan objektif pasien sebelum dan sesudah terapi diberikan. 2. Mendokumentasikan hasil pengukuran Tanda-Tanda Vital (TTV) dan nilai skor kuesioner HARS di dalam rekam medis terintegrasi.
-------------	---

Sumber: (Agustina Kemenkes Poltekkes Malang 2025)

2.3 Ansietas

2.3.1 Definisi

Berdasarkan tinjauan *American Psychological Association* (APA) kecemasan direpresentasikan sebagai dampak psikologis dari stres yang memunculkan ketegangan emosi, pikiran khawatir, serta reaksi somatik seperti lonjakan nadi dan tekanan darah. Pada fase praoperasi, kemunculan ansietas ini jarang disebabkan oleh faktor tunggal (Irwandi 2020).

Mayoritas pasien mengalami ketakutan akibat minimnya informasi medis mengenai jalannya operasi. Lebih lanjut, beban psikologis dari jenis prosedur bedah, kegagalan komunikasi terapeutik oleh petugas anestesi, serta peran dukungan keluarga turut menjadi elemen penentu yang sangat memengaruhi stabilitas mental pasien. (Agustina Suryanah et al, 2024).

Ansietas merupakan suatu kondisi emosional yang ditandai dengan perasaan khawatir, gelisah, dan ketidaknyamanan, yang kerap kali bermanifestasi pada munculnya keluhan fisik. Dalam konteks perioperatif, kecemasan yang dialami pasien menjelang tindakan pembedahan pada dasarnya adalah respons adaptif dan lumrah terhadap

stresor yang memicu ketegangan (Masluchah & Sutrisno, 2010, dalam Tamah, 2019).

Mengingat urgensi stabilitas psikologis pasien, perawat memegang peranan sentral dalam keseluruhan proses intervensi medis ini. Salah satu fungsi advokasi perawat adalah membekali pasien dengan edukasi prabedah yang komprehensif terkait prosedur yang akan dijalani, sehingga eskalasi kecemasan tersebut dapat diminimalisasi (Rismawan, 2019 dalam (Intan Rizki Dwi Saputri, Tri Johan Agus Yuswanto 2022).

Penelitian internasional yang dilakukan oleh Woldegerina (2017) di Ethiopia, sebagaimana disitasi dalam Harahap (2021), memberikan gambaran mengenai prevalensi ansietas pada fase perioperatif. Dari total 178 partisipan (terdiri atas 98 perempuan dan 80 laki-laki), ditemukan bahwa 59,6% atau sebanyak 106 pasien mengalami kecemasan prabedah.

Fenomena ini didominasi oleh kekhawatiran terhadap proses pemulihan pasca-anestesi (53,9%) dan antisipasi terhadap nyeri pascaoperasi (51,7%). Selain aspek fisik, dimensi psikososial seperti masalah keluarga (43,3%) serta ketakutan terhadap kematian (40%) juga menjadi determinan signifikan. Stresor tambahan lainnya, meski dalam persentase yang lebih kecil, meliputi kekhawatiran akan ketergantungan fisik dan risiko kecacatan permanen yang masing-masing mencapai 2,75%.

2.3.2 Ciri Ansietas

Menurut (Ari Agus Romadhoni, 2024), manifestasi ansietas dapat diidentifikasi melalui beberapa dimensi perilaku dan psikologis sebagai berikut:

1. Aspek Afektif dan Kognitif: Munculnya perasaan khawatir yang persisten, keraguan dalam mengambil keputusan, serta pandangan yang pesimistis atau was-was terhadap masa depan.
2. Karakteristik Interpersonal: Penurunan rasa percaya diri, kecenderungan menyalahkan pihak lain sebagai mekanisme pertahanan diri, serta sikap defensif yang kaku (*rigid*).
3. Manifestasi Psikomotor: Ketidaktenangan fisik yang ditandai dengan gerakan motorik yang tidak terkoordinasi (gelisah) dan ketidakmampuan untuk duduk dengan tenang.
4. Respon Somatik dan Emosional: Adanya keluhan fisik yang bersifat somatisasi, hipersensitivitas emosional (mudah tersinggung), serta kecenderungan untuk membesar-besarkan masalah (*dramatisasi*).
5. Pola Komunikasi dan Reaksi: Adanya perilaku perseverasi (mengulang-ulang pertanyaan atau pernyataan) serta reaksi emosional yang intens atau histeris saat berada di bawah tekanan.

2.3.3 Gejala Klinis Ansietas

Menurut (Ari Agus Romadhoni, 2024), manifestasi klinis dari ansietas dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa dimensi gangguan sebagai berikut:

1. Gangguan Kognitif dan Afektif: Individu sering kali mengalami kekhawatiran yang persisten, premonisi (firasat) buruk, ketakutan terhadap pola pikir diri sendiri, serta peningkatan iritabilitas (mudah tersinggung).
2. Agitasi Psikomotor dan Sensorik: Ditandai dengan perasaan tegang, ketidakmampuan untuk relaks, serta respons *hyperarousal* seperti mudah terkejut dan kegelisahan motorik.
3. Respons Fobia: Timbulnya kecemasan situasional, baik saat berada dalam kesendirian maupun saat berada di tengah keramaian (kerumunan orang).
4. Gangguan Pola Tidur: Adanya hambatan dalam siklus istirahat-tidur yang disertai dengan mimpi-mimpi buruk yang menegangkan.
5. Disfungsi Kognitif: Penurunan kemampuan konsentrasi serta gangguan pada daya ingat jangka pendek.
6. Manifestasi Somatik: Munculnya serangkaian gangguan sistemik yang meliputi gangguan sensorik (tinnitus), kardiovaskular (palpitasi atau berdebar-debar), respirasi (sesak napas), serta

gangguan pada sistem pencernaan, perkemihan, dan keluhan nyeri kepala kronis.

2.3.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi ansietas

Murdiningsih dan Ghofur (2013) mengklasifikasikan determinan yang memengaruhi tingkat kecemasan seseorang ke dalam dua kategori utama, yakni faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik:

1. Faktor Intrinsik (Internal)

- a. **Kematangan Usia:** Ansietas merupakan fenomena yang dapat bermanifestasi pada seluruh rentang usia. Namun, insidensi tertinggi secara epidemiologi ditemukan pada kelompok usia dewasa (21–45 tahun), dengan prevalensi yang cenderung lebih tinggi pada wanita dibandingkan pria.
- b. **Riwayat Pengalaman Klinis:** Pengalaman masa lalu individu terkait prosedur pengobatan merupakan elemen predisposisi yang signifikan. Minimnya paparan atau adanya trauma pada intervensi medis sebelumnya cenderung meningkatkan kerentanan individu terhadap kecemasan saat menghadapi tindakan medis baru.
- c. **Konsep Diri dan Konflik Peran:** Individu yang mengemban peran ganda, baik dalam struktur keluarga maupun keterlibatan sosial, memiliki risiko eskalasi ansietas yang lebih tinggi. Hal ini berkaitan dengan adanya distorsi konsentrasi dan beban tanggung jawab yang tumpang tindih.

2. Faktor Ekstrinsik (Eksternal)

- a. Kondisi Medis dan Diagnosis: Penegakan diagnosis penyakit tertentu secara klinis berkorelasi erat dengan munculnya gejala ansietas, meskipun tingkat keparahannya bervariasi tergantung pada jenis dan progresivitas penyakit tersebut.
- b. Tingkat Pendidikan: Latar belakang pendidikan berperan dalam membentuk pola kognitif, perilaku, dan kemampuan pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang adekuat memudahkan individu dalam mengidentifikasi stresor serta memahami stimulus medis yang diberikan.
- c. Aksesibilitas Informasi: Informasi prabedah yang meliputi tujuan, prosedur, risiko, hingga alternatif tindakan merupakan hak pasien yang krusial. Pemenuhan kebutuhan informasi yang komprehensif sangat efektif dalam membantu pasien membentuk persepsi yang lebih tenang dan terukur.
- d. Kapasitas Adaptasi: Kemampuan adaptasi dipengaruhi oleh kualitas stimulus internal dan eksternal. Proses ini menuntut respons perilaku yang dinamis dan sering kali mendorong individu untuk mengoptimalkan sumber dukungan di lingkungannya.

Stuart (2007) memaparkan berbagai sudut pandang teoretis untuk memahami mekanisme terjadinya ansietas secara multidimensi:

1. Pandangan Psikoanalisa: Ansietas dipahami sebagai representasi konflik emosional antara Id (dorongan instinktif) dan Super Ego (hati nurani dan norma). Dalam hal ini, Ego berperan sebagai mediator, dan kemunculan ansietas merupakan sinyal peringatan bagi Ego akan adanya ancaman atau bahaya emosional.
2. Pandangan Interpersonal: Teori ini menekankan bahwa ansietas berakar dari rasa takut terhadap penolakan sosial atau ketidaksetujuan interpersonal. Trauma masa lalu, seperti kehilangan atau perpisahan, menciptakan kerentanan psikologis, terutama pada individu dengan harga diri (self-esteem) yang rendah.
3. Pandangan Perilaku (Behavioristik): Ansietas dipandang sebagai konsekuensi dari frustrasi yang menghambat pencapaian tujuan individu. Pakar teori pembelajaran meyakini bahwa kecemasan adalah dorongan yang dipelajari sebagai bentuk upaya menghindari rasa sakit, di mana individu yang terpapar ketakutan berlebih sejak dini cenderung menunjukkan respons cemas yang menetap di masa depan.
4. Kajian Genetik dan Keluarga: Terdapat kecenderungan bahwa gangguan ansietas memiliki pola herediter dalam keluarga. Selain

itu, sering ditemukan adanya tumpang tindih klinis antara gejala ansietas dengan gangguan depresi dalam lingkup domestik.

5. Mekanisme Biologis: Secara neurobiologis, otak memiliki reseptor spesifik terhadap benzodiazepines. Peran neuroregulator inhibisi, khususnya *Gamma-Aminobutyric Acid* (GABA), menjadi kunci dalam mekanisme biologi ansietas. Kondisi kesehatan umum dan riwayat kesehatan keluarga bertindak sebagai faktor predisposisi yang dapat menurunkan ambang batas individu dalam menghadapi stresor.

2.3.5 Tingkat Ansietas

Stuart (2007) mengklasifikasikan ansietas ke dalam empat tingkatan berdasarkan respons individu terhadap stresor. Dua tingkatan awal dijelaskan sebagai berikut:

1. Ansietas Ringan

Ansietas ringan sering kali bermanifestasi sebagai respons terhadap ketegangan hidup sehari-hari. Pada tingkat ini, ansietas bersifat adaptif dan konstruktif karena mampu meningkatkan kewaspadaan serta memperluas lapang persepsi individu, yang pada gilirannya menstimulasi kreativitas, pertumbuhan, dan efektivitas proses belajar.

- a. Respons Fisiologis: Munculnya tanda-tanda somatik ringan seperti takipnea (napas pendek) yang bersifat intermiten, peningkatan tanda-tanda vital (nadi dan tekanan darah) dalam

batas ambang normal, ketidaknyamanan gastrointestinal ringan, serta manifestasi motorik halus seperti bibir bergetar atau pengerutan pada wajah.

- b. Respons Kognitif: Lapang persepsi berada pada kondisi optimal sehingga individu mampu mengolah rangsangan yang kompleks, mempertahankan konsentrasi secara penuh pada masalah, dan melaksanakan pemecahan masalah secara efektif.
- c. Respons Perilaku dan Emosional: Ditandai dengan agitasi fisik ringan seperti ketidakmampuan untuk duduk tenang (*restlessness*), tremor halus pada ekstremitas atas (tangan), dan fluktuasi pada intonasi suara.

2. Ansietas Sedang

Pada tingkat sedang, individu mulai mengalami penyempitan lapang persepsi. Perhatian pasien menjadi lebih selektif, di mana fokus hanya tertuju pada hal-hal yang dianggap krusial, sementara stimulus lain dikesampingkan, meskipun individu masih mampu menerima arahan dari luar.

- a. Respons Fisiologis: Manifestasi fisik menjadi lebih menetap, ditandai dengan peningkatan frekuensi napas (napas pendek yang sering), takikardia, dan peningkatan tekanan darah yang lebih nyata. Gejala lain meliputi xerostomia (mulut kering),

gangguan eliminasi (diare), serta kegelisahan fisik yang meningkat.

- b. Respons Kognitif: Lapang persepsi mengalami penyempitan secara signifikan. Individu cenderung mengabaikan rangsangan eksternal dan hanya terfokus pada objek atau situasi yang menjadi pusat kecemasannya.
- c. Respons Perilaku dan Emosional: Munculnya perilaku komulsi ringan seperti gerakan meremas tangan, pola komunikasi yang lebih cepat dengan volume bicara yang meningkat, gangguan pola tidur (insomnia), serta perasaan tidak nyaman yang menetap secara subjektif.

3. Kecemasan Berat

Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang terhadap sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk menghentikan ketegangan individu dengan kecemasan berat memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pikiran pada suatu area lain. Respon fisiologi: nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, berkeringat, ketegangan dan sakit kepala. Respon kognitif: lapang persepsi, amat sempit, tidak mampu menyelesaikan masalah. Respon perilaku dan emosi perasaan ancaman meningkat.

4. Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detail perhatian hilang. Hilangnya kontrol, menyebabkan individu tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Respon fisiologis: nafas pendek, rasa terkecek, sakit dada, pucat, hipotensi, koordinasi motorik rendah. Respon kognitif: lapang persepsi sangat sempit, tidak dapat berpikir logis. Respon perilaku dan emosi: mengamuk, marah, ketakutan dan kehilangan kendali

2.3.6 Cara Menilai Ansietas

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) merupakan instrumen klinis yang dirancang untuk mengevaluasi tingkat keparahan simptomatologi ansietas. Sebagai alat ukur yang telah diadaptasi secara global, HARS versi Indonesia telah teruji memiliki validitas dan reliabilitas yang tinggi dalam mengukur distress psikologis. Instrumen ini mencakup 14 butir penilaian yang merepresentasikan spektrum gejala ansietas secara komprehensif, meliputi: ansietas psikis, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur (insomnia), disfungsi kognitif (intelektual), depresi, gejala somatik sensorik dan muskuloskeletal (otot), serta gangguan pada sistem kardiovaskular, respirasi, gastrointestinal, urogenital, dan otonom, hingga perilaku klinis selama proses wawancara (Amrullah *et al.*, 2021).

Penentuan derajat kecemasan didasarkan pada akumulasi skor dari keseluruhan item, dengan kategorisasi sebagai berikut:

1. Skor < 14: Tidak ditemukan manifestasi ansietas.
2. Skor 14 – 20: Ansietas ringan.
3. Skor 21 – 27: Ansietas sedang.
4. Skor 28 – 41: Ansietas berat.
5. Skor 42 – 56: Ansietas sangat berat atau berada pada tingkat panik.

Keberadaan ansietas yang tidak terkompensasi dapat berdampak sistemik terhadap penurunan kualitas hidup hingga peningkatan risiko mortalitas. Oleh karena itu, pasien pada fase praoperasi memerlukan penatalaksanaan psikologis yang adekuat guna memitigasi gangguan kesehatan jiwa dan memastikan stabilitas kondisi pasien selama periode perioperatif (Kadek, Putri, dan Irawan 2025). Cara mengisi serta memberikan penilaian pada kuesioner HARS:

1. Skala Penilaian (*Scoring*)

Setiap poin pertanyaan dinilai berdasarkan derajat keparahan gejala yang dirasakan:

Tabel 2. 2 Skala Penilaian (*Scoring*) Kuesioner HARS

0	Tidak Ada	Tidak ditemukan manifestasi klinis dari gejala yang dimaksud.
1	Ringan	Gejala bersifat intermiten (jarang muncul) dengan intensitas yang rendah.
2	Sedang	Gejala muncul dengan frekuensi yang cukup sering dan mulai dirasakan secara nyata.
3	Berat	Gejala bersifat persisten (selalu muncul) dengan intensitas yang berat.
4	Sangat Berat	Gejala sangat mendominasi dan menyebabkan disfungsi atau melumpuhkan aktivitas sehari-hari.

2. Aspek yang dinilai pada kuesioner HARS

Berikut adalah 14 aspek yang harus diobservasi atau ditanyakan:

Tabel 2. 3 Aspek Penilaian Kuesioner HARS

No.	Aspek Gejala (Variabel)	Kriteria Klinis / Manifestasi Gejala
1.	Ansietas Psikis	Munculnya perasaan khawatir, premonisi (firasat) buruk, ketakutan terhadap pikiran sendiri, serta peningkatan iritabilitas (mudah tersinggung).
2.	Ketegangan Motorik	Ketegangan fisik secara umum, manifestasi lesu, ketidakmampuan untuk relaks, respon kejut yang meningkat, labilitas emosional (mudah menangis), serta adanya tremor/gemetar.
3.	Fobia (Ketakutan)	Munculnya rasa takut spesifik terhadap kondisi gelap, orang asing, situasi kesendirian, binatang, atau berada di tengah keramaian (agora fobia).
4.	Gangguan Tidur	Adanya hambatan dalam memulai tidur (<i>insomnia initial</i>), sering terbangun di malam hari, kualitas tidur yang tidak adekuat, serta gangguan mimpi buruk.
5.	Fungsi Kognitif / Intelektual	Penurunan kapasitas konsentrasi, gangguan daya ingat (memori), serta adanya perasaan bingung yang persisten.
6.	Gejala Depresif	Kehilangan minat (<i>anhedonia</i>), perasaan sedih mendalam, gangguan pola bangun dini hari, serta fluktuasi suasana hati (<i>mood</i>).
7.	Gejala Somatik (Muskular)	Keluhan nyeri otot (<i>mialgia</i>), kaku pada persendian, kedutan otot (<i>tics</i>), bruksisme (gigi beradu), serta instabilitas pada suara.
8.	Gejala Somatik (Sensoris)	Gangguan visus (penglihatan kabur), perubahan warna kulit (merah/pucat), merasa lemah

No.	Aspek Gejala (Variabel)	Kriteria Klinis / Manifestasi Gejala
		secara fisik, serta adanya tinnitus (telinga berdenging).
9.	Gejala Kardiovaskular	Manifestasi palpitasi (detak jantung cepat/kuat), nyeri dada non-spesifik, serta sensasi berdenyut pada pembuluh darah.
10.	Gejala Respirasi	Perasaan tertekan pada dada, sensasi tercekik, frekuensi napas panjang yang meningkat, serta dispnea (sesak napas).
11.	Gejala Gastrointestinal	Disfagia (sulit menelan), rasa mual, gangguan eliminasi alvi (konstipasi), penurunan berat badan, serta sensasi penuh pada abdomen.
12.	Gejala Urogenital	Peningkatan frekuensi berkemih, inkontinensia urin, serta adanya gangguan pada fungsi ereksi atau siklus menstruasi.
13.	Gejala Otonom	Kondisi mulut kering (<i>xerostomia</i>), wajah memerah, hiperhidrosis (mudah berkeringat), pusing (<i>vertigo</i>), hingga fenomena piloereksi (bulu kuduk berdiri).
14.	Perilaku Klinis (Wawancara)	Agitasi fisik, kegelisahan motorik, tremor pada jari, pengerutan dahi, serta pola pernapasan pendek dan cepat saat berkomunikasi.

3. Kelebihan kuesioner HARS

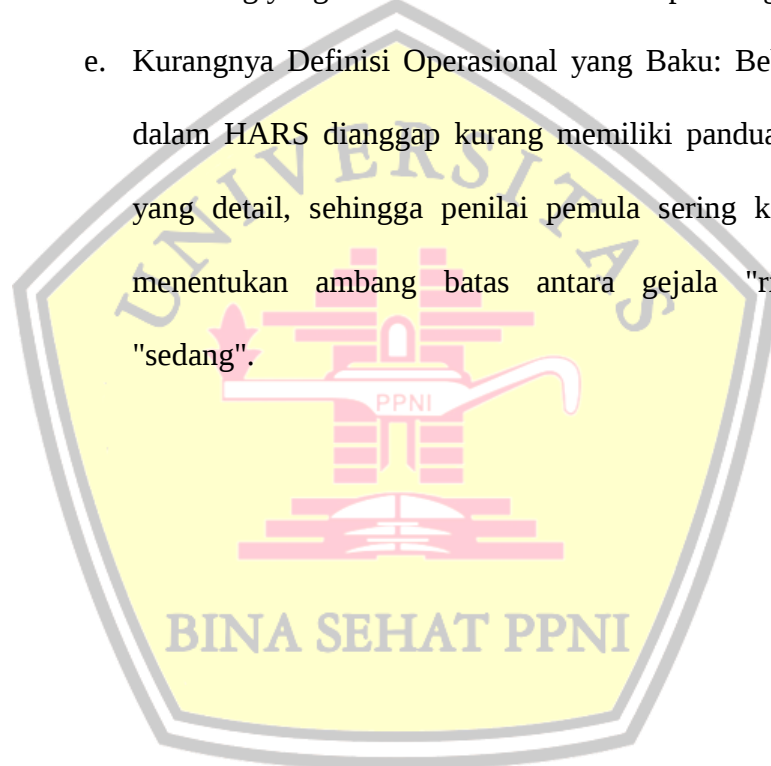
- a. Komprehensif (Menyeluruh): HARS tidak hanya mengukur gejala psikologis (seperti rasa takut atau cemas), tetapi juga mencakup gejala somatik (fisik) yang sangat luas, mulai dari gangguan pencernaan hingga gejala kardiovaskular.
- b. Sensitivitas Tinggi terhadap Perubahan: Skala ini sangat efektif digunakan untuk mengukur efektivitas suatu terapi atau intervensi. Karena memiliki rentang skor 0-4 pada banyak

poin, perubahan kecil pada kondisi pasien biasanya akan terlihat pada total skor.

- c. Terstandarisasi secara Global: Sebagai instrumen klasik, HARS sudah divalidasi dalam berbagai bahasa dan budaya, sehingga hasilnya mudah dibandingkan dengan hasil penelitian lain di seluruh dunia.
 - d. Membedakan Jenis Kecemasan: Struktur poinnya memungkinkan praktisi untuk melihat apakah kecemasan pasien lebih dominan pada aspek psikis (gejala 1-6 dan 14) atau aspek somatik/fisik (gejala 7-13).
4. Kekurangan kuesioner HARS
- a. Subjektivitas Penilai (Inter-rater Reliability): HARS adalah *clinician-rated scale*, artinya hasil sangat bergantung pada persepsi pewawancara. Jika dua orang penilai berbeda mewawancarai pasien yang sama, ada risiko perbedaan interpretasi skor (misal: antara skor 2 dan 3).
 - b. Tumpang Tindih dengan Gejala Depresi: Beberapa poin dalam HARS (seperti gangguan tidur, sulit konsentrasi, dan kehilangan minat) juga merupakan gejala utama depresi. Hal ini terkadang menyulitkan untuk membedakan murni kecemasan atau depresi (komorbiditas).
 - c. Kurang Fokus pada Gangguan Panik: Meskipun ada kategori "kecemasan berat sekali", HARS lebih dirancang untuk

mengukur kecemasan umum (*Generalized Anxiety*) daripada mendiagnosis serangan panik yang spesifik.

- d. Membutuhkan Waktu dan Keahlian: Berbeda dengan kuesioner mandiri yang bisa diisi sendiri oleh responden (seperti GAD-7), HARS membutuhkan wawancara klinis yang memakan waktu (sekitar 15-30 menit) dan dilakukan oleh seseorang yang terlatih secara medis atau psikologis.
- e. Kurangnya Definisi Operasional yang Baku: Beberapa item dalam HARS dianggap kurang memiliki panduan penilaian yang detail, sehingga penilai pemula sering kali bingung menentukan ambang batas antara gejala "ringan" dan "sedang".

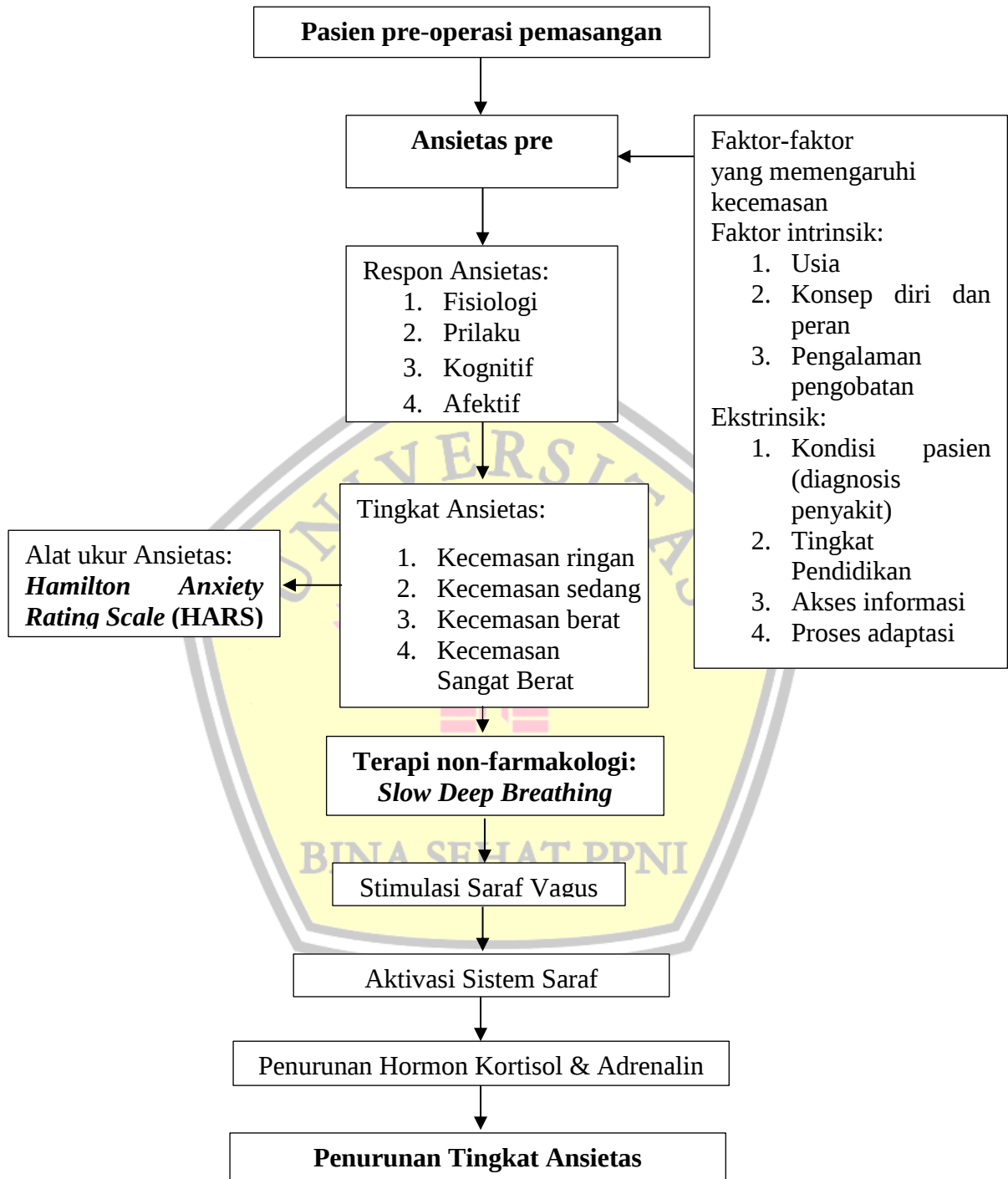


Tabel 2. 4 Tinjauan Jurnal Keperawatan

Judul Jurnal	Penulis	Metode Penelitian	Sampel	Hasil Utama	Kesimpulan
Efektivitas <i>Guided Imagery, Slow Deep Breathing</i> dan Aromaterapi Mawar Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi	(Intan Rizki Dwi Saputri, Tri Johan Agus Yuswanto 2022)	<i>Literature review</i> dengan seleksi menggunakan alat <i>Garuda, JBI Critical Appraisal framework PICOTS</i> dan <i>Google Scholar</i>	15 jurnal dari <i>database Portal Garuda, PubMed, dan Google Scholar</i>	Ketiga terapi terbukti efektif menurunkan kecemasan dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$	<i>Guided imagery, Slow Deep Breathing</i> , dan aromaterapi mawar efektif menurunkan kecemasan pada pasien pre operasi
Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam Untuk Menurunkan Kecemasan Pasien Pre Operasi <i>General Anastesi</i>	(Rudi Hamarno, Taufan Arif, Devi Ayu Oktavia 2024)	<i>Quasi-experimental</i> dengan pendekatan <i>Non-Equivalent Group Design Pre and Post Test</i>	20 responden yang dibagi menjadi dua kelompok (<i>purposive sampling</i>)	Terjadi penurunan kecemasan dengan rata-rata 4.00 pada kelompok perlakuan ($p\text{-value} 0.000$)	Teknik relaksasi napas dalam terbukti dapat menurunkan tingkat kecemasan
<i>Effectiveness of Deep Breath Relaxation Techniques and Music Therapy on Reducing Anxiety</i>	(Mohamad Malikul Mulki, Ta'adi, Lanny Sunarjo 2020)	<i>Quasi-experimental design, pretest, and post-test</i> dengan <i>non-equivalent group</i>	42 pasien yang terbagi dalam kelompok intervensi dan kontrol (<i>consecutive sampling</i>)	Kelompok intervensi lebih baik secara signifikan dalam menurunkan tingkat kecemasan dibandingkan	Teknik relaksasi napas dalam dan terapi musik secara efektif menurunkan tingkat kecemasan pada pasien pre-operasi

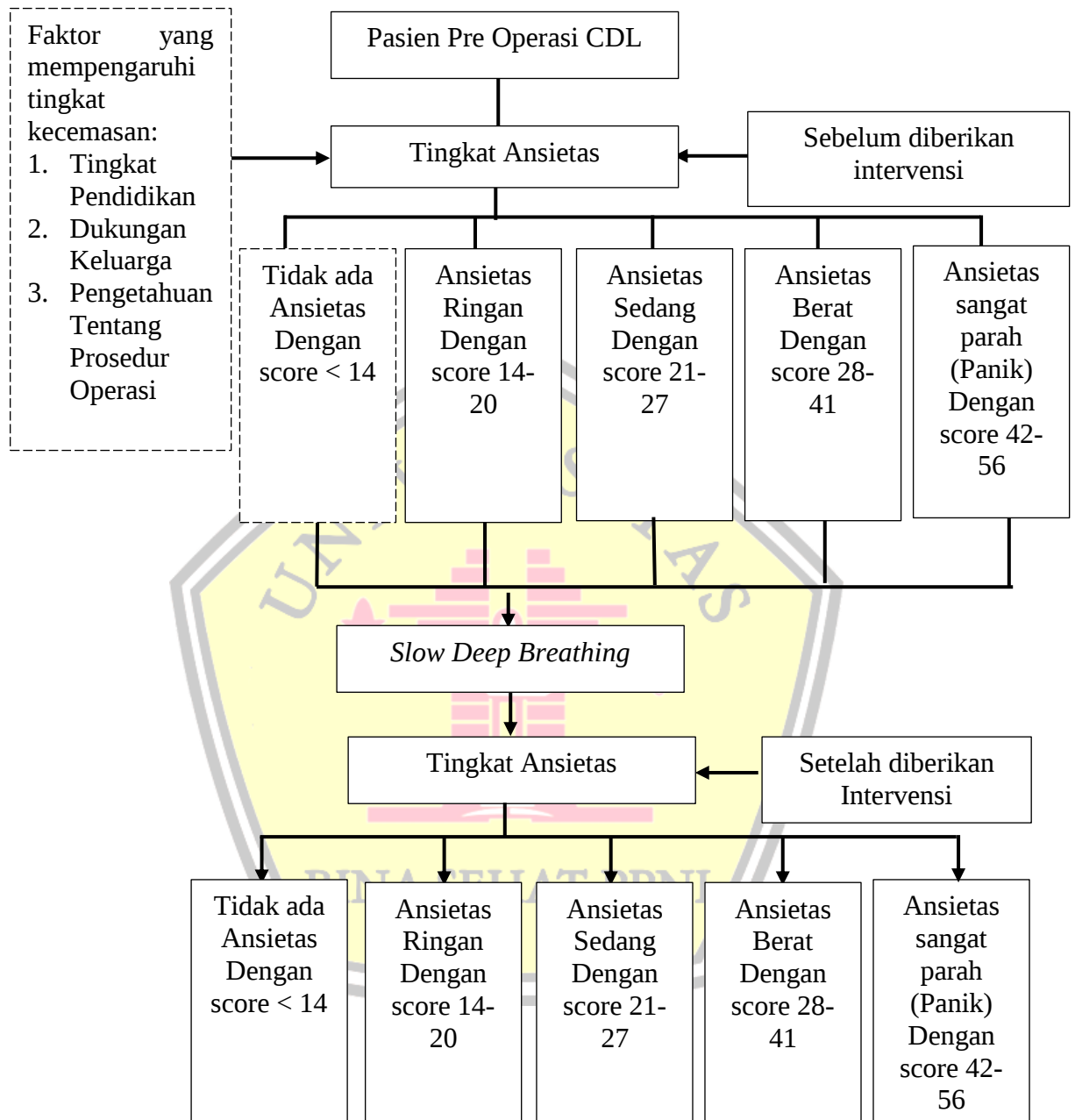
Judul Jurnal	Penulis	Metode Penelitian	Sampel	Hasil Utama	Kesimpulan
<i>Level among Pre-operative Patients</i>				kelompok kontrol (p -value = 0.000)	
Pengaruh <i>Slow Deep Breathing</i> Terhadap Penanganan Kecemasan Pada Pasien Post Op Apendektomi di RSUD Sleman	(Ike Nurjana Tamrin Syamir 2023)	<i>Quasy-experiment dengan tipe pre-post test without control group design</i>	31 responden (<i>accidental sampling</i>)	Pemberian <i>Slow Deep Breathing</i> memiliki pengaruh signifikan pada penurunan tingkat kecemasan dengan nilai p -value 0,001	<i>Slow Deep Breathing</i> dapat diterapkan untuk penanganan tingkat kecemasan pasien post op Apendektomi di RSUD Sleman Yogyakarta
Pengaruh <i>Slow Deep Breathing</i> Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi <i>Seccio Caesarea</i>	(Rohiatul Zahroh, Dewi Maslahtul 2017)	<i>One Group Pre test-Post test design</i>	46 responden (<i>purposive sampling</i>)	Hasil uji statistik <i>Wilcoxon signed Rank Test</i> menunjukkan adanya penurunan tingkat kecemasan (p = 0,000)	Terdapat pengaruh pemberian <i>Slow Deep Breathing</i> terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre operasi <i>seccio caesarea</i>

2.4 Kerangka Teori

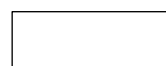


Gambar 2. 1 Kerangka Konseptual

2.4 Kerangka Konseptual



Keterangan:



: diteliti



: tidak diteliti

Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian

2.5 Hipotesis

Hipotesis penelitian ini merumuskan adanya pengaruh yang signifikan dari implementasi intervensi *Slow Deep Breathing* terhadap penurunan tingkat ansietas pada pasien pre-operasi pemasangan CDL. Melalui hipotesis ini, peneliti bermaksud menguji efektivitas teknik relaksasi tersebut dalam menstabilkan kondisi psikis pasien sebelum tindakan bedah dilakukan.

1. Hipotesis kerja (H_a)

Terdapat efektifitas pemberian *Slow Deep Breathing* terhadap penurunan tingkat ansietas pada pasien pre operasi pemasangan *Central Double Lumen* (CDL) di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

2. Hipotesis Nol (H_0)

H_0 ditolak jika $p \text{ value } (0.000) < (0.05) \alpha$, yang artinya tidak ada pengaruh pemberian *Slow Deep Breathing* terhadap penurunan tingkat ansietas pada pasien pre operasi pemasangan *Central Double Lumen* (CDL) di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.