BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Slow Deep Breathing*

1. Definisi *Slow Deep Breathing*

Menurut Hasanah dan Ph (2021), *slow deep breathing* merupakan relaksasi yang dilaksanakan dengan sadar untuk mengelola nafas dengan cara dalam dan pelan. Relaksasi napas dilakukan dengan memejamkan mata dan nafas perut disertai nafas pelan, berirama, dan nyaman.

Menurut Ochtami (2019), *slow deep breathing* atau relaksasi napas dalam dapat diartikan sebagai suatu teknik relaksasi sederhana, dimana paru-paru menghirup oksigen sebanyak mungkin, merupakan gaya pernapasan yang pada dasarnya dilakukan dengan lambat, dalam dan rileks sehingga memungkinkan seseorang merasa lebih tenang.

Menurut Sartika *et al*., (2018), *slow deep breathing* merupakan relaksasi yang dilakukan secara sadar untuk mengatur pernapasan secara dalam dan lambat. Terapi relaksasi banyak digunakan dalam kehidupan sehari-hari untuk dapat mengatasi berbagai masalah, misalnya stres, ketegangan otot, nyeri, hipertensi, gangguan pernapasan, dan lain-lain. Relaksasi secara umum merupakan keadaan menurunnya kognitif, fisiologi, dan perilaku.

Relaksasi dapat diaplikasikan sebagai terapi non farmakologis untuk mengatasi stres, hipertensi, ketegangan otot, nyeri dan gangguan

pernafasan. Terjadi perpanjangan serabut otot, menurunnya aktivitas otak dan fungsi tubuh lain pada saat terjadinya relaksasi. Respon relaksasi ditandai dengan penurunan tekanan darah, menurunnya denyut nadi, jumlah pernafasan serta konsumsi oksigen. Latihan *slow deep breathing* terdiri dari pernafasan abdomen (diafragma) dan *purse lip breathing* dapat digunakan sebagai asuhan keperawatan mandiri dengan mengajarkan melakukan nafas dalam (menahan inspirasi secara maksimal), nafas lambat dan cara menghembuskan nafas secara perlahan dengan metode bernafas fase ekshalasi yang panjang.

2. Manfaat *Slow Deep Breathing*

Menurut Septiawan *et al*., (2018), *slow deep breathing* memiliki beberapa manfaat yang telah diteliti yaitu sebagai berikut :

a. Menurunkan tekanan darah

Slow deep breathing memberi manfaat bagi hemodinamik tubuh. *Slow deep breathing* memiliki efek peningkatan fluktuasi dari interval frekuensi pernapasan yang berdampak pada peningkatan efektifitas barorefleks dan dapat mempengaruhi tekanan darah. *Slow deep breathing* juga meningkatkan *central inhibitory rhythmus* sehingga menurunkan aktivitas saraf simpatis yang akan menyebabkan penurunan tekanan darah pada saat barorefleks diaktivasi. *Slow deep breathing* dapat mempengaruhi peningkatan volume tidal sehingga mengaktifkan *heuring-breurer reflex* yang berdampak pada penurunan aktivitas kemorefleks, peningkatan sensitivitas barorefleks, menurunkan aktivitas

saraf simpatis, dan menurunkan tekanan darah. *Slow deep breathing* meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis dan meningkatkan suhu kulit perifer sehingga mempengaruhi penurunan frekuensi denyut jantung, frekuensi napas dan aktivitas elektromiografi.

b. Menurunkan kadar glukosa darah

Slow deep breathing memiliki manfaat sebagai penurunan kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus. *Slow deep breathing* memberi pengaruh terhadap kerja saraf otonom dengan mengeluarkan neurotransmitter endorphin. Neurotransmitter endorphin menyebabkan penurunan aktivitas saraf simpatis, peningkatan saraf parasimpatis, peningkatan relaksasi tubuh, dan menurunkan aktivitas metabolisme. Hal tersebut menyebabkan kebutuhan tubuh terhadap insulin akan menurun.

c. Menurunkan nyeri

Slow deep breathing merupakan metode relaksasi yang dapat mempengaruhi respon nyeri tubuh. *Slow deep breathing* menyebabkan penurunan aktivitas saraf simpatis, peningkatan aktivitas saraf parasimpatis, peningkatan relaksasi tubuh, dan menurunkan aktivitas metabolisme. Hal tersebut menyebabkan kebutuhan otak dan konsumsi otak akan oksigen berkurang sehingga menurunkan respon nyeri tubuh.

d. Menurunkan tingkat kecemasan

Slow deep breathing merupakan salah satu metode untuk membuat tubuh lebih rileks dan menurunkan kecemasan. Relaksasi akan memicu penurunan hormon stres yang akan mempengaruhi tingkat kecemasan

melakukan penelitian dan didapatkan hasil bahwa *slow deep breathing* mempengaruhi tingkat kecemasan pada penderita hipertensi.

3. Prosedur Pelaksanaan Latihan *Slow Deep Breathing*

Menurut Sumartini dan Miranti (2019), *slow deep breathing* adalah gabungan dari metode napas dalam (*deep breathing*) dan napas lambat sehingga dalam pelaksanaan latihan pasien melakukan napas dalam frekuensi kurang dari atau sama dengan 10 kali per menit.

Menurut Regina (2013) dalam penelitian Latifah (2022), tahapan prosedur pelaksanaan *slow deep breathing* meliputi:

a. Posisikan keluarga pasien senyaman mungkin.
b. Letakkan kedua tangan di atas perut.
c. Keluarga pasien di anjurkan untuk menarik nafas dari hidung secara pelan dalam waktu 3 detik sampai dengan perut terasa mengembang.
d. Selama 3 detik nafas di tahan.
e. Kerutkan bibir, secara perlahan keluarkan nafas lewat mulut dalam waktu 6 detik sampai dengan perut bergerak ke bawah.
f. Selama 15-30 menit anjurkan ulangi untuk langkah awal (a) sampai dengan akhir (e).
g. Latihan *slow deep breathing* dilakukan 2 kali sehari durasi 15 – 30 menit, dilakukan pagi dan sore hari selama 2 hari berturut – turut.

4. Mekanisme Fisiologi *Slow Deep Breathing*

Menurut Perciavalle *et al*., (2017), pernapasan dengan metode latihan *slow deep breathing* akan menyebabkan relaksasi sehingga menstimulasi

pengeluaran hormon endorphine yang berefek langsung terhadap sistem saraf otonom dan menyebabkan penurunan kerja sistem saraf simpatis dan peningkatan kerja sistem saraf parasimpatis sehingga terjadi penurunan tekanan darah. Selain itu, dengan ekshalasi yang panjang daripada metode latihan *slow deep breathing* akan menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan intratoraks di paru selama inspirasi yang akan menyebabkan peningkatan kadar oksigen di dalam jaringan tubuh.

Oksigen yang meningkat akan mengaktivasi refleks kemoreseptor yang banyak terdapat di badan karotis, badan aorta dan sedikit pada rongga toraks dan paru. Aktivasi kemoreseptor ini akan mentransmisikan sinyal saraf ke pusat pernapasan tepatnya dimedula oblongata yang juga menjadi tempat *medullary cardiovascular centre*. *Slow deep breathing* dapat menurunkan kecemasan dengan mengaktifkan sistem saraf parasimpatik dan meningkatkan suplai oksigen ke otak.

B. Zikir

1. Definisi Zikir

Menurut Hazri Adlany *et al*., (2002), zikir ditinjau secara etimologi bermula dari kata "*dzakara*" yang diartikan sebagai menyebut, mensucikan, menggabungkan, menjaga, mengerti, mempelajari, memberi dan nasehat. Dengan begitu zikir berarti mensucikan dan mengagungkan, juga dapat diartikan menyebut dan mengucapkan nama Allah atau menjaga dalam ingatan (mengingat). Ditinjau secara terminologi zikir merupakan suatu usaha manusia dalam mendekatkan diri kepada Allah dengan cara

mengingat Allah dan mengingat keagungan-Nya. Adapun realisasi untuk mengingat Allah dengan cara memuji-Nya, membaca fiman-Nya, menuntut ilmu-Nya dan memohon kepada-Nya.

Sedangkan menurut Al Mahfani (2006), zikir adalah segala proses komunikasi seorang hamba dengan sang Kholiq untuk senantiasa ingat dan tunduk kepada-Nya dengan cara mengumandangkan takbir, tahmid, tasbih, memanjatkan doa, membaca Al-Quran, dan lain-lain yang dapat dilakukan kapan saja dan dimana saja, baik sendiri atau berjamaah, dengan aturan-aturan yang telah ditentukan.

Sejumlah cendikiawan barat cenderung mendefinisikan zikir dari sudut pandang latihan spiritual yang biasa dilakukan para penganut tarikat. Menurut Junaidi (2007) menyebutkan bahwa *Arberry*, *Alfred Duillaume*, serta *Spencer Trimingham* hampir sepakat mendefinisikan zikir sebagai suatu latihan spiritual yang bertujuan untuk menyatakan kehadiran Tuhan seraya membayangkan wujud-Nya. Atau suatu metode yang dipergunakan untuk mencapai konsentrasi spiritual dengan menyebut nama Tuhan secara ritmis dan berulang-ulang.

2. Jenis Zikir

Menurut Harahap dan Reza (2008), istilah yang mengungkapkan macam-macam zikir sangat banyak, diantaranya adalah zikir dengan hati saja atau zikir *khafi* (samar) dan zikir lisan atau *jahr* (jelas). Selain zikir yang dilakukan dengan hati dan lisan, ada pula istilah zikir ruh, zikir sosial, zikir

fardi (individu), zikir *jama'i* (berjamaah), zikir mutlak (tidak terikat dengan waktu), dan zikir *muqoyyad* (terikat dengan waktu) .

a. Zikir Lisan

Menurut Harahap dan Reza (2008), zikir lidah (lisan) adalah dengan mengucapkan nama Allah dengan lidah serta berulang-ulang bertasbih, bertahmid, bertakbir, dan bertahlil. Zikir dalam arti sempit diartikan sebagai kegiatan yang dilakukan dengan lisan atau lidah saja. Zikir dengan lisan semata adalah peringkat zikir terendah.

b. Zikir *Qalbu*

Menurut AlSyafi"i (2010), berzikir dengan hati berarti berucap sesuatu dengan lisan dan menghadirkan makna sedalam-dalamnya kedalam hati. Menurut Ghadeer (2006), zikir hati yaitu menghadapkan hati sepenuhnya hanya pada Allah. Mengingat Allah adalah ketika manusia berhadapan dengan hal yang haram, lalu ia takut pada Allah lalu meninggalkan yang haram tersebut. Al-Imam Abul-Hasanat Muhammad, Abdul-Hayyi Al-Lumnawi Al-Hindi menjelaskan bahwa sesungguhnya zikir adalah lawan dari lupa, dan zikir itu asalnya merupakan perbuatan qalbu (hati) dan bukan lisan. Menurut Ilham dan Debby (2003), berzikir dengan hati memiliki pengaruh yang istimewa yang tidak ada dalam zikir lisan.

c. Zikir *Af'al*

Menurut Harahap dan Reza (2008), zikir *af'al* (perbuatan) diartikan sebagai refleksi dari zikir lisan dan zikir hati. Ini merupakan zikir yang bersifat aktif dan berdimensi sosial. Zikir ini diwujudkan dalam

perbuatan sehari-hari, seperti menyantuni kaum duafa, menginfakkan harta untuk kepentingan sosial, dan melakukan hal-hal yang berguna bagi pembangunan bangsa serta agama. Para Ulama berpendapat bahwa sebaik-baiknya zikir adalah zikir dengan hati dan lisan secara bersamaan, dan berzikir dengan hati saja lebih baik dari berzikir dengan lisan saja. Menurut Al-Syafi"I (2010), tidak diragukan lagi bahwa berzikir dengan lisan namun hatinya lalai (tidak berzikir) memiliki faedah yang kecil.

3. Pengaruh Zikir Terhadap Kecemasan

Berbagai penelitian dan studi mengenai strategi untuk menurunkan kecemasan telah banyak dilakukan, diantara intervensi yang diterapkan adalah zikir yang secara ilmiah terbukti dapat menurunkan kecemasan seseorang.

Menurut penelitian Abdillah *et al*., (2013), menunjukkan bahwa metode intervensi psikoterapi islami memberikan efek positif untuk menurunkan *General Anxiety Disorder* (GAD) pada mahasiswa, pada penelitian lain Maimunah (2011), menunjukkan bahwa pelatihan relaksasi dengan zikir dapat digunakan sebagai salah satu cara untuk menurunkan kecemasan kehamilan pada ibu hamil pertama.

Menurut penelitian Supradewi (2008), menyimpulkan bahwa pelatihan zikir efektif untuk menurunkan afek negatif pada mahasiswa. Menurut penelitian Yuliza (2012), untuk mengetahui pengaruh zikir terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre-operasi SC (*Sectio Caesarea)* menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan.

C. Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Menurut Muyasaroh *et al*., (2020), kecemasan adalah kondisi psikologis seseorang yang penuh dengan rasa takut dan khawatir, dimana perasaan takut dan khawatir akan sesuatu hal yang belum pasti akan terjadi. Kecemasan berasal dari bahasa Latin (*anxius*) dan dari bahasa Jerman (*anst*), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif dan rangsangan fisiologis.

Menurut *American Psychological Association* (APA) dalam Muyasaroh *et al*., (2020), kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stres, dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya).

Menurut Lubis (2010), kecemasan adalah gangguan kecemasan yang disebabkan oleh konflik yang tidak disadari mengenai keyakinan, nilai, krisis situasional, maturasi, ancaman pada diri sendiri, penyakit yang dipersepsikan sebagai ancaman kehidupan atau kebutuhan untuk bertahan yang tidak terpenuhi.

Menurut Stuart (2007), kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal.

2. Tingkat Kecemasan

Seseorang pasti mengalami kecemasan pada kondisi tertentu, menurut Peplau dalam (Siahaan, 2022), terdapat 4 (empat) tingkat kecemasan, yaitu:

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiaannya.

c. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk

mengurangi ketegangan. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu : persepsinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya.

d. Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

a. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart (2007), beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kecemasan. Faktor faktor tersebut antara lain :

1) Teori Psikoanalitik

Menurut teori psikoanalitik *Sigmund Freud*, kecemasan timbul karena konflik antara elemen kepribadian yaitu id (insting) dan super ego (nurani). Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang sedang superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan norma budayanya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elememen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

2) Teori Interpersonal

Menurut teori ini kecemasan timbul dari perasan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan Juga berhubungan dengan perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik.

3) Teori behavior

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

4) Teori perspektif keluarga

Kecemasan dapat timbul karena pola interaksi yang tidak adaptif dalam keluarga.

5) Teori perspektif biologi

Fungsi biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus *Benzodiapine*. Reseptor ini mungkin membantu mengatur

kecemasan. Penghambat *asam gamma-aminobutyric* (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan sebagaimana endomorfin. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap kecemasan. Kecemasan dapat disertai gangguan fisik dan menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

b. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart (2007), faktor presipitasi adalah faktor-faktor yang dapat menjadi pencetus terjadinya kecemasan. Faktor pencetus tersebut adalah :

1) Ancaman terhadap integritas seseorang yang meliputi ketidakmampuan fisiologis atau menurunnya kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi dari seseorang.

Menurut Isaac (2004), faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah jenis kelamin dan pekerjaan:

1) Jenis kelamin

Gangguan lebih sering dialami wanita daripada pria. Perempuan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan subjek yang berjenis kelamin laki-laki. Dikarenakan perempuan lebih peka terhadap emosinya yang pada akhirnya peka juga terhadap perasaan

cemasnya. Perempuan cenderung melihat hidup atau peristiwa yang dialaminya dari segi detail sedangkan laki-laki cenderung global atau tidak detail.

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi dengan bekerja bisa memperoleh pengetahuan dan penghasilan.

4. Tanda Dan Gejala Kecemasan

Menurut Carpenito (2010), sindrom kecemasan bervariasi tergantung tingkat kecemasan yang dialami seseorang yang manifestasi gejalanya terdiri dari:

a. Gejala fisiologis

Peningkatan frekuensi nadi, tekanan darah, nafsu, gemetar, mual muntah, sering berkemih, diare, insomnia, kelelahan dan kelemahan, kemerahan atau pucat pada wajah, mulut kering, nyeri (dada, punggung dan leher), gelisah, pingsan dan pusing.

b. Gejala emosional

Individu mengatakan merasa ketakutan, tidak berdaya, gugup, kehilangan percaya diri, tegang, tidak dapat rileks, individu juga memperlihatkan peka terhadap rangsang, tidak sabar, mudah marah, menangis, cenderung menyalahkan orang lain, mengkritik diri sendiri dan orang lain.

c. Gejala kognitif

Tidak mampu berkonsentrasi, kurangnya orientasi lingkungan, pelupa (ketidakmampuan untuk mengingat) dan perhatian yang berlebihan.

5. Pengukuran Tingkat Kecemasan

Kecemasan dapat diukur biasanya dengan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). HARS adalah penilaian kecemasan pada semua orang dewasa, remaja dan lansia. Kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) terdiri dari 14 pertanyaan yang di desain untuk mengukur tingkat stres.

Indikator yang digunakan dalam penelitian ini adalah indikator kecemasan dengan item pertanyaan terdiri dari 14 pertanyaan. Skala HARS terdiri dari perasaan ansietas/ cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatic (otot), gejala somatic (sensorik), gejala kardiovaskular, gejala pernapasan, gejala gastrointestinal, gejala urogenital, gejala otonom, dan tingkah laku pada wawancara.

Pengkategorian dari hasil pengisian kuesioner dibagi dalam lima jenjang untuk menghindari kesalahan interpretasi yaitu nilai 0 = normal, 1 = ringan, 2 = sedang, 3 = berat, dan 4 = sangat berat. Alat ukur ini terdiri 14 item pertanyaan yang masing-masing di nilai sesuai dengan intregitas kejadian. Menurut *Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F*. (1995), total hasil ukurnya apabila 0 – 14 = normal, 15 – 20 = kecemasan ringan, 21 – 27 =

kecemasan sedang, 28 – 41 = kecemasan berat, dan 42 – 56 = kecemasan sangat berat.

6. Penanganan Gangguan Kecemasan

Jika kecemasan itu sudah sangat mengganggu dalam kehidupan sehari-hari maka diperlukan tindakan untuk mengatasinya. Menurut Hawari (2005), penanganan gangguan kecemasan dapat meliputi:

a. Terapi humanistika

Terapi humanistika adalah terapi yang berfokus pada membantu klien mengidentifikasi dan menerima dirinya yang sejati dan bukan dengan bereaksi pada kecemasan setiap kali perasaan-perasaan dan kebutuhan-kebutuhannya yang sejati mulai muncul ke permukaan.

b. Terapi psikofarmaka

Terapi psikofarmaka berfokus pada penggunaan obat anti cemas (*anxiolytic*) dan obat-obat anti depresan seperti Diazepam, Clobazam, Bromazepam, Lorazepam, Meprobamate, Alprazolam, Oxazolam, Chlordiazepoxide HCl, Hidroxyzine HCl.

c. Terapi somatik

Terapi somatik dilakukan dengan memberikan obat-obatan untuk mengurangi keluhan-keluhan fisik pada organ tubuh yang bersangkutan yang timbul sebagai akibat dari stres, kecemasan dan depresi yang berkepanjangan.

d. Psikoterapi

Terapi dilakukan dalam sebuah group dan biasanya dipilih group terapi dengan kondisi anggota yang satu tidak jauh beda dengan anggota yang lain sehingga proses penyembuhanan dapat berjalan lebih efektif. Dalam psikoterapi ini dilakukan terapi pernafasan dan teknik relaksasi ketika menghadapi kecemasan serta sugesti kecemasan yang muncul adalah tidak realistis.

e. Terapi psikososial

Terapi psikososial adalah untuk memulihkan kembali kemampuan adaptasi agar yang bersangkutan dapat kembali berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-hari baik di rumah, sekolah/ kampus, di tempat kerja maupun di lingkungan pergaulan sosialnya.

f. Terapi psikoreligius

Pendekatan agama akan memberikan rasa nyaman terhadap pikiran, kedekatan kepada Allah, zikir dan doa-doa yang disampaikanakan memberikan harapan positif.

g. Pendekatan keluarga

Dukungan (support) keluarga cukup efektif dalam mengurangi kecemasan.

h. Konseling

Konseling dapat dilakukan secara efisien dan efektif bila ada motivasi dari kedua belahpihak, antara klien (orang yang mendapat konsultasi) dan konselor (orang yang memberikan konsultasi).

D. Keluarga Pasien

1. Definisi Keluarga

Menurut Yahya (2021), keluarga merupakan dua orang atau lebih yang hidup bersama dalam ikatan dan kedekatan emosional baik yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan tidak memiliki batas keanggotaan dalam keluarga.

Menurut Riyadi *et al*., (2021), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih yang terikat oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, yang tinggal bersama dalam satu rumah tangga, dan berinteraksi satu sama lain dalam peran masing-masing untuk menciptakan dan mempertahankan kebudayaan. Keluarga juga dapat diartikan sebagai kumpulan individu yang memiliki kesamaan tujuan, nilai, dan norma, yang saling memberikan dukungan, perlindungan, dan pengasuhan.

2. Fungsi Keluarga

BKKBN dalam Susanto *et al.*, (2022), menjelaskan fungsi sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai segala tujuan. Berikut adalah secara umum fungsi keluarga menurut BKKBN:

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi keluarga berhubungan dengan fungsi internal keluarga berupa kasih sayang, perlindungan, dan dukungan psikososial bagi para anggotanya. Keberhasilan fungsi afektif dapat

dilihat melalui keluarga yang gembira dan bahagia. Anggota keluarga mampu mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan yang dimiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Adanya masalah yang timbul dalam keluarga dikarenakan fungsi afektif yang tidak terpenuhi.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial dan membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

e. Fungsi Perawatan/ Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang berguna untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produtivitas tinggi. Kemampuan keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan kesehatan mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga.

E. Ruang *Intensive Cardiovascular Care Unit* (ICCU)

1. Definisi Ruang ICCU

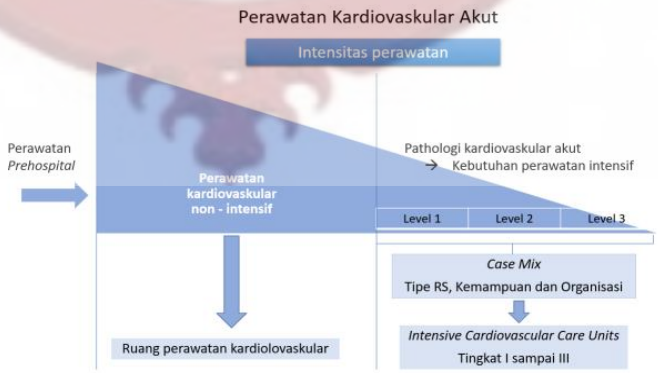
Menurut *Bonnefoy-Cudraz* (2018), *Intensive Cardiovascular Care Unit* (ICCU) merupakan unit mandiri di Rumah Sakit yang secara khusus memberikan pelayanan intensif terhadap pasien dengan kondisi kardiovaskular akut dan kritis. Pada fase akut tujuan utama perawatan ICCU adalah pemantauan ketat tanda vital dan topangan terhadap kondisi hemodinamik yang mengalami gangguan akibat penyakit kardiovaskular. Selain itu, ICCU selayaknya memiliki sarana dan prasarana pendukung untuk dapat melakukan diagnosis dan tatalaksana terhadap kondisi kardiovaskular akut dan kritis sesuai dengan panduan terkini. Pengaturan administratif ICCU dianjurkan untuk dijalankan dalam satu tim khusus yang dikepalai oleh dokter spesialis jantung dan pembuluh darah.

Menurut Kasaoka (2017), seiring dengan berkembangnya penanganan intervensi jantung non bedah dan kemajuan tatalaksana SKA (Sindrom Koroner Akut) maka angka harapan hidup pasien jantung meningkat. Hal ini menyebabkan bertambahnya jumlah pasien usia lanjut dengan penyakit jantung yang lebih kompleks dan komorbiditas yang beragam sehingga pada kondisi akut seringkali dibutuhkan tatalaksana pasien secara tim bersama disiplin lain yang terkait, untuk berkoordinasi mengenai penanganan terbaik bagi pasien.

2. Klasifikasi Ruang ICCU

Menurut Bagaswoto *et al*., (2019), pasien dengan penyakit kardiovaskular akut dapat datang dalam berbagai tingkat kegawatan yang membutuhkan tingkat perawatan intensif yang berbeda-beda. Tatalaksana awal pasien kardiovaskular akut yang dimulai di IGD selayaknya terkait dan berkesinambungan dengan rencana tatalaksana di ICCU dan karenanya dibutuhkan suatu pedoman yang mengarahkan tatalaksana pasien sejak dari IGD hingga sampai di ruangan perawatan biasa ataupun ICCU

Klasifikasi ICCU berdasarkan sumber daya yang dimiliki, disertai penentuan sistem jejaring yang memungkinkan perpindahan pasien sesuai dengan tingkat perawatan yang dibutuhkan, dapat membantu efisiensi penggunaan sumber daya secara optimal (Gambar 2.1). Pasien dapat disarankan untuk dirawat di tingkat ICCU tertentu sesuai dengan stratifikasi risiko berdasarkan kondisi penyakitnya dan ketersediaan fasilitas yang dibutuhkannya.



Gambar 2.1. Kebutuhan Pelayanan Tata Laksana Pasien Dengan Penyakit Kardiovaskular Akut Dan Kritis Di RS (*Bonnefoy-Cudraz*, et al, 2018)

Menurut *Bonnefoy-Cudraz* et al. (2018), secara umum tingkat pelayanan ICCU ditentukan oleh jenis layanan Rumah Sakit, jumlah dan kemampuan staf, serta ketersediaan fasilitas dan pelayanan penunjang. Level ICCU secara umum dibagi menjadi tiga tingkat dengan kemampuan yang semakin komprehensif yakni level I, II dan level III. Semakin tinggi kelas suatu Rumah Sakit maka selayaknya semakin tinggi pula level pelayanan ICCU Rumah Sakit tersebut. Untuk Rumah Sakit umum kelas A dan B direkomendasikan memiliki ICCU level III atau II, sedangkan Rumah Sakit umum kelas C dan D direkomendasikan memiliki ICCU level II atau I. Sedangkan untuk Rumah Sakit khusus, disesuaikan dengan jenis layanan Rumah Sakit khusus tersebut. Adapun jenis layanan yang direkomendasikan untuk masing-masing level adalah seperti yang tertera di bawah ini:

a. ICCU level I

Pelayanan ICCU level I merupakan unit pelayanan intensif yang terpisah dari ICU, dilaksanakan oleh spesialis jantung dan pembuluh darah beserta timnya. ICCU secara fisik dapat berada di dalam ICU namun pelayanan medis untuk penderita penyakit kardiovaskular akut diberikan oleh tim yang berdedikasi untuk kondisi kegawatan kardiovaskular tersebut. ICCU level I memiliki kemampuan minimal sebagai berikut:

1) Resusitasi jantung paru serta penanganan pasca resusitasi
2) Pemantauan tanda vital dan hemodinamik non invasif lengkap (monitor EKG, *pulse oxymetry*, dll)

3) Kardioversi dan defibrilasi
4) Pemeriksaan echokardiografi trans thorakal
5) Alat pacu jantung eksternal/ transkutan
6) Terapi nutrisi, baik enteral maupun parenteral
7) Terapi fibrinolitik
8) Tatalaksana ventilasi non invasif
9) Pemasangan dan pemantauan akses vena sentral
10) Pericardiosentesis pada keadaan emergensi
11) Fasilitas tambahan lain di RS: *X-Ray portable* dan *CT Scan*, pemeriksaan laboratorium 24 jam (kimia darah, analisa gas darah, elektrolit, enzim jantung, profil koagulasi).

b. ICCU level II

Pelayanan ICCU level II merupakan unit pelayanan intensif yang terpisah dari ICU baik secara ruangan fisik maupun tim yang melaksanakan perawatan pasien. ICCU level II memiliki kemampuan pelayanan sesuai dengan ICCU level I, ditambah dengan pelayanan lain sebagai berikut:

1) Pericardiocentesis
2) Pemasangan dan pemantauan pacu jantung sementara transvena (*Temporary Pacemaker*/ TPM)
3) Pemantauan hemodinamik invasif
4) Tatalaksana temperatur terukur/ terapi hipotermia pasca henti jantung

5) Pemeriksaan echokardiografi trans thorakal dan/ atau tanpa trans esophageal. Fasilitas tambahan lain di Rumah Sakit: seperti pada ICCU level I ditambah dengan adanya laboratorium kateterisasi dengan layanan intervensi koroner perkutan primer dan pemasangan pacu jantung permanen, layanan terapi pengganti ginjal baik di dalam unit ataupun di unit nefrologi/ penyakit dalam, kemampuan pemantauan neurologi untuk evaluasi prognostic, penggunaan ventilasi mekanik jika tersedia.

c. ICCU Level III

Pelayanan ICCU level III merupakan unit pelayanan intensif yang terpisah dari ICU baik secara ruangan fisik maupun tim yang melaksanakan perawatan pasien. ICCU memiliki kemampuan topangan hemodinamik yang menyeluruh dengan alat-alat mutakhir. Perawatan di ICCU level III terutama ditujukan untuk pasien penyakit kardiovaskular akut dan kritis kompleks dengan gangguan multi organ. ICCU level III memiliki kemampuan pelayanan sesuai dengan ICCU level I dan II, ditambah dengan pelayanan lain sebagai berikut:

1) Pemasangan dan pengelolaan alat bantu topangan hemodinamik seperti *Intra-Aortic Balloon Pump*/ IABP.
2) Pemasangan dan pengelolaan terapi pengganti ginjal (*renal replacement therapy*) baik dalam bentuk hemofiltrasi, hemodialisa maupun *continuous renal replacement therapy*/ CRRT.
3) Tatalaksana jalan nafas lanjut dan ventilasi mekanik.

4) Fasilitas tambahan lain di Rumah Sakit: seperti pada ICCU level I dan II ditambah dengan adanya laboratorium kateterisasi dengan layanan intervensi koroner perkutan primer 24 jam, dan kemampuan untuk melakukan intervensi kardiovaskular kompleks baik koroner maupun struktural (*Valvuloplasty*, TEVAR/ EVAR, embolisasi, *Transcutaneous Aortic Valve Replacement*/ TAVR ataupun *Transcutaneous Mitral Valve Repair*, dll), layanan bedah jantung komprehensif (bedah pintas arteri koroner, operasi aorta kompleks, penggantian/ perbaikan katup jantung), layanan terapi ablasi dan *Cardiovascular Resynchronization Therapy*/ CRT.

3. Karakteristik Pasien Ruang ICCU

Menurut Ilham dan Safir (2023), karakeristik pasien yang membutuhkan perawatan di ICCU adalah sebagai berikut:

a. Pasien yang membutuhkan intervensi medis secepatnya oleh tim *Intensive Cardiac Care*.
b. Pasien yang membutuhkan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh terutama sistem kardiovaskular secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan.
c. Pasien sakit kritis yang membutuhkan pemantauan secara kontinyu dan intervensi secepatnya untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.

4. Indikasi Masuk Dan Keluar Ruang ICCU

Menurut Black & Hawks (2019), berikut merupakan indikasi masuk dan keluar ruang ICCU:

a. Kriteria masuk

1) Pasien prioritas 1 (satu)

Pasien dengan penyakit atau gangguan akut pada organ vital yang memerlukan terapi intensif dan agresif seperti gagal nafas akut, gangguan atau gagal sirkulasi akibat gangguan kardiovaskular, misalnya pasien pasca operasi jantung. Terapi pada kelompok pasien ini bersifat tidak terbatas.

2) Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien yang membutuhkan pemantauan canggih di ICCU, hal ini dikarenakan resiko besar yang mengancam pasien pada kelompok ini apabila tidak mendapat terapi intensif secepatnya, misalnya pada pasien pasca bedah dengan komplikasi penyakit jantung. Terapi pada kelompok pasien ini bersifat tidak terbatas.

3) Pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien sakit kritis yang tidak stabil tetapi masih memiliki harapan kecil untuk dapat disembuhkan (prognosa jelek) dan pengelolaan di ICCU hanya bertujuan untuk mengatasi masalah akutnya dan tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru, misalnya pada pasien dengan keganasan metatastik disertai penyulit infeksi.

4) Pengecualian

Pasien yang masuk dalam kelompok ini, atas pertimbangan luar biasa dan persetujuan kepala ICU bisa masuk ICCU dengan catatan sewaktu-waktu bisa dikeluarkan dari ICCU agar bisa digunakan oleh pasien prioritas satu, dua, dan tiga. Pasien yang termasuk kelompok pengecualian diantaranya adalah :

a) Pasien yang memenuhi kriteria masuk tapi menolak terapi tunjangan hidup, termasuk pasien dengan perintah DNR (*Do Not Resuscitate*).

b) Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.

c) Pasien yang sudah dipastikan mati batang otak namun hanya untuk keperluan donor organ saja.

b. Kriteria keluar

Pasien dapat dipindahkan dari ICCU berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICCU dan tim medis yang merawat pasien. Kriteria pasien yang dapat keluar dari ICCU antara lain:

1) Kondisi pasien telah membaik dan cukup stabil.

2) Terapi dan perawatan intensif tidak memberi hasil pada pasien.

3) Pasien sudah tidak perlu ventilator lagi.

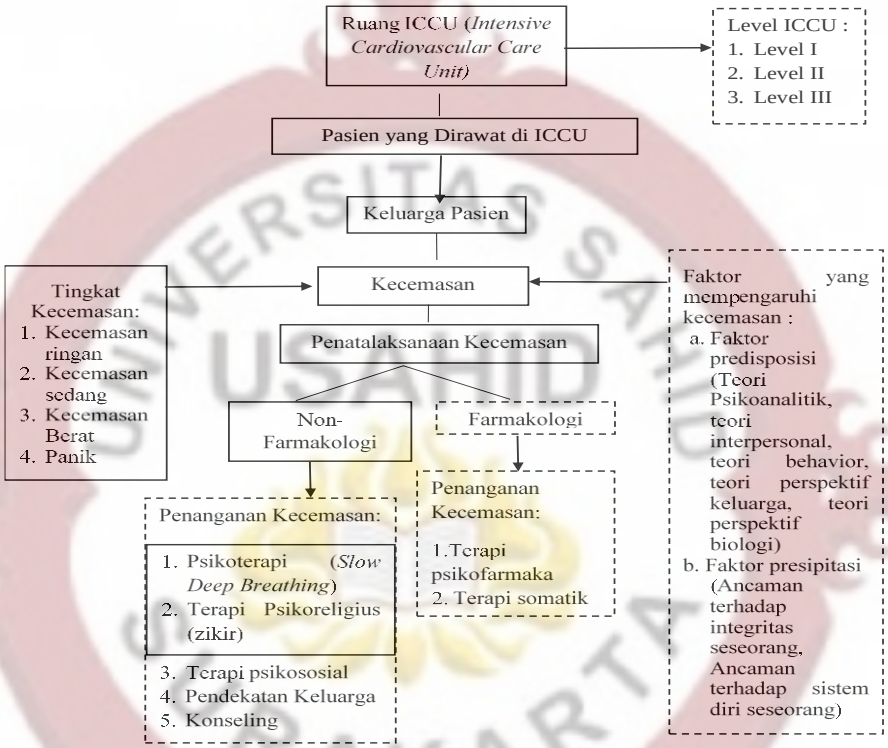
4) Pasien mengalami mati batang otak.

5) Pasien mengalami gagal napas stadium akhir.

6) Pasien dan atau keluarga menolak menerima perawatan lebih lanjut di ICCU (pulang paksa).

F. Kerangka Teori

Menurut Notoatmodjo (2018), kerangka teori merupakan gambaran dari teori dimana suatu riset berasal atau dikaitkan. Dalam penelitian ini kerangka teorinya adalah sebagai berikut :



Keterangan :

: Tidak diteliti

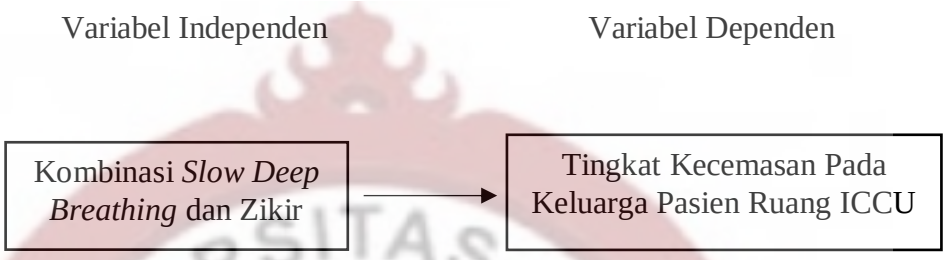
: Diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber: (*Bonnefoy-Cudraz,* 2018), (Nursalam, 2013), (Sumartini dn Miranti, 2019), (Al-Syafi‟i, 2010).

G. Kerangka Konsep

Menurut Sugiyono (2020), kerangka konsep merupakan suatu hubungan yang berkaitan antara variabel satu dengan variabel yang lain dalam penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

H. Hipotesis

Menurut Sugiyono (2019), hipotesis merupakan tanggapan sementara terhadap rumusan masalah penelitian dan didasarkan pada fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. Dalam penelitian ini hipotesisnya adalah ada Pengaruh Kombinasi *Slow Deep Breathing* Dan Zikir Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Keluarga Pasien Di Ruang ICCU RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.