

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Asuhan Keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea

II.1.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar bagi seorang perawat dalam melakukan pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan klien tersebut. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu menentukan status kesehatan dan pola pertahanan klien serta memudahkan menentukan status kesehatan dan pola pertahanan klien serta memudahkan dalam perumusan diagnosa keperawatan (Doenges, 2014).

Pengkajian dilakukan secara sistematis meliputi bio, psiko, sosio dan spiritual. Namun pada bagian ini akan dibahas data fokus pada ibu post sectio caesarea. Data fokus berdasarkan SDKI menurut DPP PPNI (2017) meliputi data mayor dan data minor. Berikut datanya:

Tabel 1.1 Pengkajian Data Fokus

Data Mayor	Data Minor
Subjektif : Mengeluh nyeri Objektif : a) Tampak meringis b) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) c) Gelisah	Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : a) Tekanan darah meningkat b) Pola napas berubah c) Nafsu makan berubah d) Proses berpikir terganggu

d) Frekuensi nadi meningkat	e) Menarik diri
e) Sulit tidur	f) Berfokus pada diri sendiri
	g) Diaforesis

Sumber : DPP PPNI (2017)

Pengkajian nyeri menggunakan pengkajian PQRST sebagai berikut :

1. P (*Provocative*) : Biasanya nyeri terjadi akibat insisi pembedahan, efek anestesi dan kontraksi uterus untuk menghentikan perdarahan.
2. Q (*Quality*) : Kualitas nyeri merupakan suatu yang subjektif yang diungkapkan pasien.
3. R (*Region*) : Biasanya nyeri akan terasa pada seluruh tubuh akibat efek anestesi dan daerah sekitar luka insisi.
4. S (*Scale*) : Skala nyeri yang dirasakan bersifat subjektif dan dipengaruhi oleh pengalaman nyeri yang dialami sebelumnya.
5. T (*Time*) : Lamanya serangan atau frekuensi nyeri yang dirasakan.

Pengkajian data fokus pada ibu post sectio caesarea menurut Shabrina BW (2021) adalah sebagai berikut :

- 1) Klien mengatakan sulit untuk menggerakkan badan
- 2) Klien mengeluh nyeri dengan skala 7
- 3) Klien merasa cemas saat bergerak
- 4) Klien tampak lemah

Pengkajian data fokus menurut Fatma Haryani (2021), dalam hasil penelitian bahwa sebelum dilakukan teknik relaksasi napas dalam intensitas nyeri yang dirasakan mengalami nyeri berat, dan nyeri sedang. Intensitas nyeri yang dirasakan klien setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam mengalami penurunan dengan rentang nyeri yaituberada pada nyeri sedang dan nyeri ringan.

II.1.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga, dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan



memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Herdman 2012). Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil dimana perawat bertanggung gugat. Menurut Herdman (2012) diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi : diagnosa keperawatan aktual, resiko, kemungkinan dan kesejahteraan. Adapun format atau rumus dalam menentukan Diagnosa keperawatan aktual yaitu PES yang terdiri dari (Problem = Masalah, Etiologi = Penyebab, Symtom = gejala).

Diagnosa keperawatan pada ibu post sectio caesarea berdasarkan SDKI menurut DPP PPNI (2017) adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

II.1.3 Perencanaan Keperawatan

Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan, kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana keperawatan (Setiadi, 2012). Tujuan dari intervensi adalah suatu sasaran yang menggambarkan perubahan yang diinginkan pada setiap kondisi atau perilaku klien dengan kriteria hasil yang diharapkan perawat. Pedoman penulisan kriteria hasil berdasarkan SMART (*Spesifik, Measurable, Achiavable, Reasonable, dan Time*) (Dermawan, 2012). Tujuan dari perencanaan harus memenuhi ciri- ciri sebagai berikut :

S : Spesific (berfokus pada pasien, singkatan dan jelas)

M : Measurable (harus dapat di ukur)

A : Achiavable (harus dapat di capai)

R : Reasonable (di tentukan oleh perawat dan klien)

T : Timing (kontrak waktu)

Rencana keperawatan berdasarkan SLKI menurut DPP PPNI (2019) dan SIKI menurut DPP PPNI (2018) sebagai berikut :

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan Nyeri

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Nyeri Akut (D.0078)</p> <p>berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p> <p>dibuktikan dengan :</p> <p>DS :</p> <p>Mengeluh nyeri</p> <p>DO :</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka</p> <p>Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

<ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur - Tekanan darah meningkat - Pola nafas berubah Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis 	<p>menurun</p> <p>4. Kesulitan tidur</p> <p>menurun</p> <p>5. Sikap protektif</p> <p>menurun</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri : Terapi Teknik Relaksasi Napas Dalam - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan
--	--	---

			<p>nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri : Teknik relaksasi napas dalam <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--	--	--

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019)

II.1.4 Implementasi Keperawatan

Pada proses keperawatan, pelaksanaan atau implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2011). Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Setelah melakukan implementasi, perawat mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan tersebut (Kozier et al., 2011).

II.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dan bertujuan untuk menentukan berbagai respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang sudah disusun dan sebatas mana tujuan-tujuan yang di rencanakan sudah tercapai (Smeltzer & Bare, 2013). Evaluasi dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan untuk menilai keefektifan tindakan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif bertujuan untuk menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan (Asmadi, 2008).

Evaluasi keperawatan pada pasien gangguan integritas jaringan dilakukan untuk meningkatkan integritas jaringan. Dalam perumusan evaluasi keperawatan menggunakan empat komponen yang dikenal dengan SOAP, yaitu S (*Subjektive*) merupakan data informasi berupa ungkapan pernyataan keluhan pasien, O (*Objective*) merupakan data hasil pengamatan, penilaian dan pemeriksaan, A (*Assesment*) merupakan perbandingan antara data *subjective* dan data *objective* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian akan diambil sebuah kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi, dan P (*Planning*) merupakan rencana keperawatan lanjutan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, & Tutiany, 2013).

Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien dan perencanaan tujuan serta kriteria hasil yang telah dibuat. Pada ibu post sectio caesarea dengan Nyeri akut, indikator evaluasi yang diharapkan menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018) adalah :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Nafsu makan membaik
- 7) Pola tidur membaik

II.2 Kebutuhan Aman Nyaman Kenyamanan : Nyeri Pada Ibu Post SC

II.2.1 Sectio Caesarea

Sectio caesarea yaitu proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu (*laparotomi*) dan rahim (*histerotomi*) untuk mengeluarkan bayi. Bedah *sectio caesarea* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya (Hartati, 2015; Amalia & Mafticha, 2015).

Etiologi *sectio caesarea* terbagi menjadi dua yaitu :

a. Etiologi yang berasal dari ibu

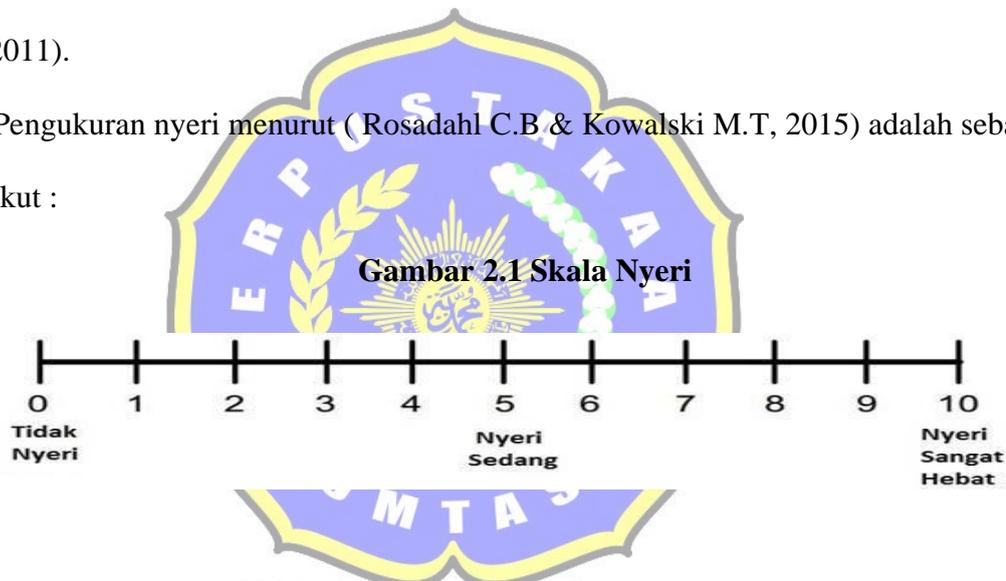
Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

Komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan Sectio Caesarea adalah komplikasi pembiusan, perdarahan pasca operasi Sectio Caesarea, syok perdarahan, obstruksi usus, gangguan pembekuan darah, dan cedera organ abdomen seperti usus, ureter, kandung kemih, pembuluh darah. Pada Sectio Caesarea juga bisa terjadi infeksi sampai sepsis apalagi pada kasus dengan ketuban pecah dini. Dapat juga terjadi komplikasi pada bekas luka operasi (Anggi, 2011).

Pengukuran nyeri menurut (Rosadahl C.B & Kowalski M.T, 2015) adalah sebagai berikut :



II.2.2 Nyeri Post Sectio Caesarea

1) Definisi Nyeri Post Sectio Caesarea

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan.

2) Faktor-faktor Penyebab Nyeri Post Sectio Caesarea

Individu yang merasa nyeri akan mencari obat untuk meredakan ketidaknyamanan. Menentukan penyebab nyeri adalah kunci utama, sehingga

terapi yang efektif dapat dimulai dengan segera. Penyebab nyeri beragam, dan kadang kala penyebab pasti nyeri mungkin sulit atau tidak mungkin ditentukan. Tanpa memperhatikan penyebab, asuhan keperawatan diarahkan pada upaya meredakan nyeri. Meredakan nyeri dan memberikan kenyamanan melalui pemberian obat dan berbagai intervensi adalah tanggung jawab keperawatan yang penting.

Beberapa faktor dapat memulai respons nyeri. Penyebab fisik mencakup stres mekanis dari trauma, insisi bedah, atau pertumbuhan tumor. Tubuh merespons dengan nyeri dan ketidaknyamanan terhadap kelebihan tekanan, panas dan dingin, dan zat kimia tertentu (mis, histamin, bradikinin, dan asetilkolin) yang dilepaskan ketika jaringan mengalami kerusakan atau kehancuran. Kekurangan oksigen pada jaringan juga menyebabkan nyeri karena jaringan mengalami kekurangan atau deprivasi oksigen.

3) Jenis-jenis Nyeri Post Sectio Caesarea

International Association for the study of pain (IASP) telah mengidentifikasi beberapa kategori nyeri. Di antara kategori ini adalah :

a. Nyeri akut

Biasanya merupakan sensasi yang terjadi secara mendadak, paling sering terjadi sebagai respons terhadap beberapa jenis trauma.

b. Nyeri alih

Adalah nyeri yang berasal dari satu bagian tubuh, tetapi di persepsikan di bagian tubuh lain.

c. Nyeri kanker

Adalah hasil dari beberapa jenis keganasan. sering kali, nyeri kanker sangat hebat dan dapat di anggap *intractable* (tidak dapat di atasi) dan kronis.

d. Nyeri kronis

Bisa di sebut juga nyeri neuropatik di definisikan sebagai ketidak -nyamanan yang berlangsung dalam periode waktu lama (6 bulan atau lebih) dan dapat terjadi seumur hidup klien .

II.2.3 Teknik Relaksasi Napas Dalam

1) Definisi Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan . selain dapat mnrunkan intensitas nyeri ,teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

Metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri dan memberikan relaksasi pada pasien yang mengalami nyeri. Selain itu latihan nafas dalam merupakan cara bernafas yang efektif melalui inspirasi dan ekspirasi untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam, dan rileks. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan perasaan cemas sehingga mencegah stimulasi nyeri.

2) Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam

Smeltzer dan Bare (2002) menyatakan bahwa tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli,memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru , meningkatkan efisiensi batuk mengurangi stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan . sedangkan manfaat yang dapat di rasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri ,ketentraman hati ,dan berkurangnya rasa cemas .

3) Terapi Teknik Relaksasi Napas Dalam Perspektif Islam

Terapi teknik relaksasi napas dalam merupakan obat nomor satu dalam menyembuhkan berbagai nyeri. Sebagaimana Allah Swt. memerintahkan hambanya untuk berikhtiar menuju pada suatu keadaan yang lebih baik dalam segala hal, termasuk perintah berikhtiar untuk mengobati penyakit untuk sembuh kembali, karena setiap penyakit ada obatnya, sebagaimana firman Allah berikut ini :

4) وَإِذَا مَرِئْتُ أَسْجَدُ
فَسَجَدُ لِلَّهِ
وَإِلَىٰ رَبِّي
سُبُحَانَ
مَلِكِ
يَوْمِ
الْقِيَامِ
(سورة الشعراء: 08)

“Dan ketika aku sakit, Dialah yang menyembuhkanku”. (QS. As-Syu’ara [26] : 80)

Ayat di atas mengisyaratkan bahwa Allah akan yang menyembuhkan manusia ketika dia sakit. Allah memiliki kekuatan untuk menyembuhkan penyakit apapun yang diderita seseorang melalui petunjuk-petunjuk ayat-ayat *ilahiyahnya* ataupun ayat-ayat *kauniyah* yang dapat ditemukan dari berbagai pengalaman dan penelitian yang dilakukan, salah satunya adalah relaksasi distraksi untuk mengurangi rasa nyeri, pergerakan atau perubahan posisi, masase, akupressur.

Al-Qur’an berbicara tentang nafas yang dengannya dapat menghadirkan ketenangan, sebagaimana firman Allah dalam surat at-Takwir, Allah berfirman:

5) وَالْإِنشَاءُ
بِالْحَمْدِ
لِلَّهِ
رَبِّ
الْعَالَمِينَ
(سورة التكويد: 80)

“ Dan demi waktu subuh apabila bernafas”. (QS. At-Takwir: 18)

Ayat di atas menunjukan bernafas yang dilakukan di pagi hari dalam penuh ketengan dan segar, sebagaimana dilakukan pada relaksasi napas yang dapat dilakukan secara pelan, dan teratur dan perlahan sehingga merasakan kenyamanan. Ini akan sangat bermanfaat bagi pasien pasca melahirkan (*post sectio caesarea*) untuk mengurangi

6) Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam

Tabel 3.1 SOP Teknik Relaksasi Napas Dalam

NO		PROSEDUR
1.	Pengertian	<p>Metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri dan memberikan relaksasi pada pasien yang mengalami nyeri. Selain itu latihan nafas dalam merupakan cara bernafas yang efektif melalui inspirasi dan ekspirasi untuk memperoleh nafas yang lambat, dalam, dan rileks. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh dan perasaan cemas sehingga mencegah stimulasi nyeri.</p> <p>Ada tiga faktor yang utama dalam teknik nafas dalam:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi dengan tepat sehingga pasien merasa nyaman 2. Biarkan pasien memikirkan untuk beristirahat 3. Lingkungan yang santai/ tenang
2.	Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah 2. Mengurangi rasa nyeri

		<p>3. Membantu dan meningkatkan relaksasi</p> <p>4. Meningkatkan kualitas tidur</p> <p>5. Menmbantu mengeluarkan gas anastesi yang tersisa didalam jalan nafas.</p>
3.	Manfaat	Untuk menurunkan tingkat nyeri pada ibu post Sectio Caesarea.
4.	Indikasi	Dilakukan untuk pasien yang mengalami gangguan aman nyaman nyeri akut atau nyeri kronis.
5.	Kontra Indikasi	
6.	Prosedur	<p>1. Tahap pra interaksi</p> <p>a. Membaca mengenai status pasien</p> <p>b. Mencuci tangan</p> <p>c. Menyiapkan alat</p> <p>d. Mengucapkan salam teraupetik kepada pasien</p> <p>e. Validasi kondisi pasien saat ini</p> <p>f. Menjaga keamanan privasi pasien</p>

		<p>g. Menjelaskan tujuan & prosedur yang akan dilakukan terhadap pasien & keluarga</p> <p>2. Tahap kerja</p> <p>a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas.</p> <p>b. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.</p> <p>c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara</p> <p>d. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmat rasanya.</p>
--	--	--

		<p>e. Intruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)</p> <p>f. Intruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan kaki menuju ke paru-paru dan seterusnya udara dan rasakan udara mengalir ke seluruh tubuh.</p> <p>g. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya.</p> <p>h. Intruksikan pasien untuk mengulangi teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi.</p> <p>i. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri.</p> <p>j. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali.</p> <p>3. Tahap Terminasi</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">a. Evaluasi hasil gerakan b. Lakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya c. Cuci tangan.
--	--	---

Sumber: Potter & Perry, 2010

