

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Teknik Relaksasi Napas Dalam untuk Mengontrol Nyeri Melahirkan Kala I pada Ibu Primigravida dengan Persalinan Normal**

##### **1. Pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengontrol nyeri melahirkan**

Teknik relaksasi merupakan salah satu cara untuk menurunkan rasa nyeri dengan metode nonfarmakologi (Bachman, 2005). Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi yang lambat dan berirama (Smeltzer & Bare, 2002). Latihan napas dalam adalah bentuk latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan purse lips breathing (Lusianah, Indaryani, & Suratun, 2012). Teknik tercepat dan termudah untuk meningkatkan relaksasi adalah menginstruksikan ibu untuk menarik napas dalam dan kemudian relaks saat menghembuskan napas. Perawat menyarankan agar ibu mencoba teknik ini diawal dan diakhir kontraksi dan selama kontraksi jika merasa perlu relaks. Teknik relaksasi ini dapat ditingkatkan dengan memberikan posisi yang nyaman dan sedikit memfleksikan ekstremitas (Reader, Martin, Koniak, & Griffin, 2012).

Pada kala I persalinan, teknik pernapasan dapat memperbaiki relaksasi otot-otot abdomen dan dengan demikian meningkatkan ukuran rongga abdomen. Keadaan ini mengurangi friksi/gesekan dan rasa nyeri antara rahim dan dinding abdomen. Karena otot-otot di genetalia juga menjadi lebih rileks,

otot-otot tersebut tidak mengganggu penurunan janin (Fauziah, 2015). Saat yang paling sulit untuk tetap mempertahankan kontrol selama kontraksi ialah saat dilatasi serviks mencapai 8-10 cm, periode ini juga disebut transisi. Bahkan bagi ibu bersalin yang telah melakukan persiapan untuk persalinannya, konsentrasi pada teknik pernapasan sukar dipertahankan. Jenis yang dapat digunakan yaitu pola pernapasan 4:1, yaitu: napas, napas, napas, hembus (seperti meniup lilin), perbandingan ini dapat meningkat menjadi 6:1 atau 8:1. Pola ini dimulai dengan menarik napas rutin untuk membersihkan dan diakhiri dengan membuang napas dalam untuk “meniup kontraksi” (Bachman, 2005).

## **2. Nyeri melahirkan pada kala I fase aktif persalinan normal**

Persalinan adalah proses pergerakan keluar janin, plasenta, dan selaputnya dari dalam rahim melalui jalan lahir (Fauziah, 2015). Tahap pertama (kala I) persalinan ditetapkan sebagai tahap yang berlangsung sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur sampai dilatasi serviks lengkap. Pada kehamilan pertama (primigravida), dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam (Bachman, 2005). Fase aktif pada persalinan kala I yaitu dimana frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat, serviks membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap yaitu 10 cm, terjadi penurunan bagian terbawah janin (Sukarni & Margareth, 2013).

Sebagian besar wanita setidaknya mengalami sedikit kekhawatiran mengenai nyeri dalam persalinan. Selama kala I persalinan normal, ketidaknyamanan atau nyeri bisa diakibatkan oleh kontraksi involunter otot uteri. Kontraksi cenderung dirasakan di punggung bawah di awal

persalinan. Ketika persalinan mengalami kemajuan, sensasi nyeri melingkari batang tubuh bawah, yang mencakup abdomen dan punggung. Kontraksi sering digambarkan sebagai gelombang nyeri yang datang dan pergi secara berirama (Reader et al., 2012).

### **3. Tujuan pemberian teknik relaksasi napas dalam**

Menurut Lusianah (2012), tujuan dari relaksasi napas dalam yaitu:

- a. Mengatur frekuensi dan pola napas
- b. Menurunkan kecemasan
- c. Meningkatkan relaksasi otot

### **4. Manfaat teknik relaksasi napas dalam**

Teknik relaksasi napas dalam dapat memberikan berbagai manfaat. Menurut Potter & Perry (2005), efek dari teknik relaksasi napas dalam yaitu:

- a. Penurunan nadi, tekanan darah, dan pernapasan.
- b. Penurunan ketegangan otot
- c. Peningkatan kesadaran global
- d. Perasaan damai dan sejahtera
- e. Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.

### **5. Pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri**

Penurunan nyeri oleh teknik relaksasi napas dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulant, maka ini menyebabkan terjadinya kadar hormone kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stress seseorang sehingga

dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat klien merasa tenang untuk mengatur ritme pernapasan menjadi teratur (Henderson, Christine, Jones, & Kathleen, 2005).

## **6. Prosedur teknik relaksasi napas dalam**

Menurut Lusianah (2012), adapun prosedur relaksasi napas dalam yaitu:

- a. Mengecek program terapi medik
- b. Mengucapkan salam terapeutik
- c. Melakukan evaluasi atau validasi
- d. Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur pada klien
- e. Menyiapkan alat yaitu bantal
- f. Memasang sampiran
- g. Mencuci tangan
- h. Mengatur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau kursi atau dengan *lying position* (posisi berbaring) di tempat tidur atau kursi dengan satu bantal
- i. Meminta klien untuk menarik napas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup. Hitung sampai tiga selama inspirasi.
- j. Meminta klien untuk berkonsentrasi dan rasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung, jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik napas dengan cepat, lalu napas kuat dengan hidung.
- k. Meminta klien untuk menghembuskan udara lewat bibir, seperti meniup dan ekspirasikan secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan dari pipi. Teknik *pushed lip breathing*

ini menyebabkan resistensi pada pengeluaran udara paru, meningkatkan tekanan di bronkus (jalan napas utama) dan meminimalkan kolapsnya jalan napas yang sempit.

- l. Meminta klien untuk berkonsentrasi dan rasakan turunnya abdomen dan kontraksi otot abdomen ketika ekspirasi, hitung sampai tujuh selama ekspirasi.
- m. Meminta klien untuk meningkatkan secara bertahap selama 5 sampai 10 menit.
- n. Mencuci tangan
- o. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan respon klien.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam untuk Mengontrol Nyeri Melahirkan Kala I pada Ibu Primigravida dengan Persalinan Normal**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien . pengkajian merupakan tahap paling, menentukan bagi tahap berikutnya (Nursalam, 2011).

#### **a. Pengkajian kala I persalinan normal**

##### **1) Identitas klien**

Identitas klien mencakup nama, umur, pendidikan, pekerjaan, agama, suku bangsa, *no medical record*, alamat, nama suami, umur suami,

pendidikan suami, pekerjaan suami, agama suami, alamat suami dan tanggal pengkajian.

2) Data kesehatan

a) Keluhan utama

Pada ibu primigravida kala I persalinan normal keluhan utama yang timbul yaitu nyeri melahirkan.

b) Keluhan saat dikaji

Apa saja keluhan yang dirasakan ibu pada saat dikaji.

c) Riwayat keluhan

Mengkaji data mulai dari timbulnya keluhan sampai dengan dilakukan asuhan keperawatan.

3) Riwayat obsterti dan ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid terakhir.

b) Riwayat pernikahan

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah usia perkawinan, perkawinan beberapa, dan usia pertama kali kawin.

c) Riwayat kehamilan saat ini

Pada riwayat kehamilan yang perlu dikaji adalah frekuensi kehamilan, anak aterm, anak lahir prematur, abortus, anak hidup, usia kehamilan dalam minggu, tapsiran persalinan, dan riwayat antenatal care pada ibu.

d) Riwayat keluarga berencana

Tanyakan apakah pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi apa yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, dan pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

4) Riwayat penyakit

Pada riwayat penyakit yang perlu dikaji yaitu apakah ibu mempunyai riwayat penyakit dan apakah anggota keluarga lainnya memiliki riwayat penyakit menular ataupun tidak menular.

5) Pola kebutuhan sehari hari

- a) Bernafas :apakah mengalami kesulitan saat menarik dan menghembuskan napas.
- b) Nutrisi (makan/minum) : berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam satu hari.
- c) Eliminasi : berapa kali BAB dan BAK dalam sehari serta volume, konsistensi, warna, dan bau urine dan feses.
- d) Gerak badan :apakah ada gangguan gerak maupun aktifitas dan apa penyebabnya.
- e) Istirahat tidur : apakah terjadi gangguan pola tidur dan istirahat tidur.
- f) Berpakaian : bagaiman cara berpakaian, adakah kesulitan saat berpakaian.
- g) Rasa aman dan nyaman : apakah sudah merasa aman dan nyaman atau mengalami rasa ketidaknyamanan.
- h) Kebersihan diri : bagaimana cara membersihkan diri, apakah sudah cukup bersih atau tidak.

- i) Pola komunikasi/hubungan dengan orang lain : bagaiman komunikasi dan interaksi di lingkungan sekitar dan dengan siapa sering berinteraksi serta bagaimana ketergantungan terhadap orang lain.
- j) Ibadah : bagaiman cara beribadah dan kepercayaannya terhadap Tuhan.
- k) Produktivitas : bagaiman produktivitas dalam melakukan kegiatan sehari-hari, ada atau tidaknya kendala.
- l) Rekreasi : bagaimana tempat maupun waktu rekreasi, apakah bisa atau tidak melakukan rekreasi.
- m) Kebutuhan belajar : bagaimana tingkat pengetahuan tentang persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, dan bahaya persalinan.

6) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Keadaan umum ibu yang dikaji yaitu tingkat kesadaran, tinggi badan, berat badan, lingkaran lengan atas, dan tanda-tanda vital antara lain : suhu, tekanan darah, pernapasan, dan nadi.

b) Head to toe

(1) Pemeriksaan kepala dan wajah : konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak, wajah pucat atau tidak, ada atau tidaknya cloasma dan cairan di telinga.

(2) Pemeriksaan dada : kondisi payudara yaitu warna areola dan puting menonjol atau tidak, ada tidaknya retraksi, pengeluaran asi, kondisi jantung dan paru.

(3) Abdomen : ada atau tidaknya linea (alba/nigra) dan striae (lividae/albicans), apakah pembesaran sesuai dengan umur kehamilan,



adakah gerakan jani, kontraksi, dan luka bekas operasi. Dilengkapi dengan pemeriksaan ballotement, Leopold (I,II,III,IV), penurunan kepala, kontraksi, DJJ, Mcd, TFU, dan bising usus.

(4) Genetalia dan parineum : kondisi kebersihan, ada tidaknya pengeluaran lendir bercampur darah atau air ketuban dan bagaimana karakteristiknya, hasil VT dan ada tidaknya hemoroid.

(5) Ekstremitas : ada atau tidaknya oedema dan varises pada ekstremitas atas dan bawah, refleks patella dan CRT.

#### 7) Data penunjang

Data yang menunjang kondisi kesehatan dan kehamilan seperti hasil laboratorium dan USG.

#### b. Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri yang faktual dan akurat di butuhkan untuk menetapkan data dasar, untuk menyeleksi terapi yang cocok dan untuk mengevaluasi respons klien terhadap terapi. Keuntungan pengajian nyeri bagi klien adalah bahwa nyeri diidentifikasi, dikenali sebagai suatu yang nyata, dapat di ukur, dan data dijelaskan, serta digunakan untuk mengevaluasi perawatan (Potter & Perry, 2005). Beberapa aspek yang perlu diperhatikan perawat dalam pengkajian nyeri antara lain :

##### 1) Penentuan ada tidaknya nyeri

Dalam memulai pengkajian terhadap nyeri pada klien, hal terpenting yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah penentu ada tidaknya nyeri pada klien. Perawat harus mempercayai ketika klien melaporkan adanya ketidaknyamanan (nyeri) walaupun dalam observasi perawat tidak menemukan

cedera maupun luka. Setiap nyeri yang dilaporkan oleh klien adalah nyata adanya tetapi ada beberapa klien menyembunyikan rasa nyerinya untuk menghindari pengobatan (Andarmoyo, 2013).

## 2) Klasifikasi pengalaman nyeri

Hal lain yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah pengalaman nyeri yang dialami oleh klien, karena hal ini akan sangat membantu untuk mengetahui pada fase apa nyeri yang dirasakan oleh klien. Fase tersebut antara lain 1) fase antisipasi, 2) fase sensasi, dan 3) fase akibat. Fase tersebut mempengaruhi jenis terapi yang memiliki kemungkinan paling besar untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2005).

## 3) Ekspresi terhadap nyeri

Amati cara verbal dan nonverbal klien dalam mengomunikasikan rasa ketidaknyamanan. Perawat dapat melakukan pengkajian dengan mengamati secara verbal melalui kata-kata yang keluar dari klien seperti, “aduh”, “ouhh”, atau “sakit”. Selain itu perawat dapat mengamati ekspresi nonverbal dari klien seperti meringis, menekuk salah satu bagian tubuh, dan postur tubuh yang tidak lazim (Andarmoyo, 2013).

## 4) Karakteristik nyeri

Untuk membantu klien dalam mengutarakan masalah atau keluhannya secara lengkap, pengkajian yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis *symptom*. Komponen pengkajian analisis *symptom* meliputi (PQRST). P (*paliatif atau provocative*) merupakan yang menyebabkan timbulnya masalah, Q (*quality dan quantity*) merupakan kualitas dan kuantitas nyeri, R (*region*) merupakan lokasi nyeri, S

(*severity*) adalah keparahan dan T (*timing*) merupakan waktu (Andarmoyo, 2013).

Tabel 1  
Analisis Simpton Pengkajian Nyeri

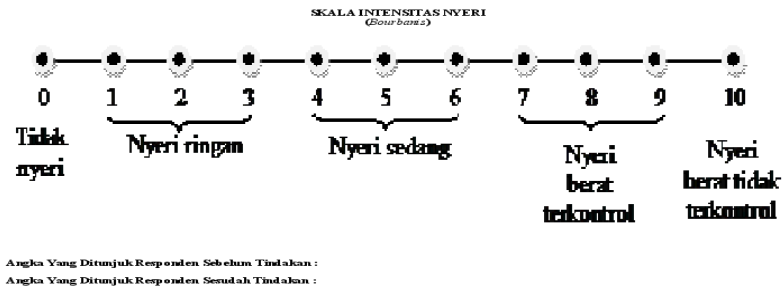
P	Q	R	S	T
Apakah yang menyebabkan gejala?	Bagaimana gejala nyeri dirasakan dan sejauh mana hal tersebut	Dimana gejala nyeri dirasaka?	Nyeri dirasakan pada skala berapa?	Kapan gejala mulai timbul?
Apa saja yang dapat mengurangi atau memperberat-nya?	dirasakan sekarang?	Apakah menyebar?	Apakah ringan,	Seberapa sering gejala terasa?
Kejadian awal apakah yang dilakukan sewaktu gejala nyeri pertama kali dirasakan?	Apakah sangat dirasakan hingga tidak dapat melakukan aktivitas?	Apakah nyeri merambat pada punggung atau lengan?	sedang, berat atau tidak tertahankan (0-10) ?	Apakah tiba-tiba atau bertahap?
Apakah yang menyebabkan nyeri?	Apakah lebih parah atau lebih ringan dari yang dirasakan sebelum-nya?	Apakah merambat pada leher atau merambat pada kaki?		Tanggal dan jam gejala terjadi?
Dimana posisi nyeri?				Apakah frekuensi setiap jam, hari, minggu, bulan, sepanjang hari, pagi, siang, malam?
Apakah yang timbul akibat aktivitas tertentu?				
Apakah yang menghilangkan gejala nyeri?				Apakah mengganggu istirahat tidur?
Apakah yang memperburuk gejala nyeri?				Seberapa lama gejala dirasakan?

(Sumber : Andarmoyo, *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*, 2013)

##### 5) Pengukuran nyeri

Skala penilaian numeric (Numeric Rating Scale) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat

mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik (Potter & Perry, 2005)



Gambar 1 Skala Intensitas Nyeri

## 2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan yang muncul pada ibu melahirkan adalah nyeri melahirkan dengan memberikan prosedur teknik relaksasi napas dalam saat persalinan normal dimana nyeri melahirkan merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan (PPNI, 2017).

Tabel 2  
 Diagnosis Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan Pemberian Teknik  
 Relaksasi Napas Dalam untuk Mengontrol Nyeri Melahirkan Kala I  
 pada Ibu Primigravida dengan Persalinan Normal

No	Diagnosis Keperawatan	Etiologi	Gejala& Tanda
1	<p>Nyeri Melahirkan</p> <p><b>Kategori:</b> Psikologis</p> <p><b>Sub Kategori:</b> Nyeri&amp;Kenyamanan</p> <p><b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan.</p>	<p>1. Dilatasi serviks</p> <p>2. Pengeluaran janin</p>	<p><b>Mayor</b></p> <p>1. Subjektif</p> <p>a. Mengeluh nyeri</p> <p>b. Perineum terasa tertekan</p> <p>2. Objektif</p> <p>a. Ekspresi wajah meringis</p> <p>b. Berposisi meringankan nyeri</p> <p>c. Uterus terasa membulat</p> <p><b>Minor</b></p> <p>1. Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>2. Objektif</p> <p>a. Tekanan darah meningkat</p> <p>b. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>c. Ketegangan otot meningkat</p> <p>d. Pola tidur berubah</p> <p>e. Fungsi berkemih berubah</p> <p>f. Diaphoresis</p> <p>g. Gangguan perilaku</p> <p>h. Pupil dilatasi</p> <p>i. Fokus pada diri sendiri</p>

(Sumber : PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016)

### 3. Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi klien ditentukan dan merencanakan keperawatan (Dermawan, 2012). Pemberian prosedur teknik relaksasi napas dalam untuk teknik di rencanakan untuk memberikan intervensi pada tabel di bawah ini khususnya yang dicetak tebal. Dalam penelitian ini akan digunakan perencanaan keperawatan pada kehamilan persalinan normal dengan diagnosis keperawatan nyeri melahirkan berdasarkan PPNI, (2018)&PPNI, (2018).

Tabel 3  
Intervensi Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam untuk Mengontrol Nyeri Melahirkan Kala I pada Ibu Primigravida dengan Persalinan Normal

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Melahirkan berhubungan dengan Dilatasi Serviks ditandai dengan mengeluh nyeri, perineum terasa tertekan, mual, nafsu makan menurun/meningka, ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, uterus terasa membulat, tekanan darah meningkat, frekuensi nadi emningkat, ketegangan otot meningkat, pola tidur berubah, kondisi berkemih berubah, diaphoresis, gangguan perilaku, perilaku ekspresif, muntah, pupil dilatasi, focus pada diri sendiri.	SLKI Kriteria hasil : a Kyeri menurun b Meringis menurun c Melaporkan nyeri terkontrol d Kemampuan mengenali onset nyeri e Kemampuan mengenali penyebab nyeri f Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis	SIKI Manajemen Nyeri a Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b Identifikasi skala nyeri <b>c Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik Relaksasi Napas Dalam)</b> d Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri e Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

(Sumber : PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018 & PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ke empat dari proses keperawatan yang merupakan pelaksanaan rencana keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Dermawan, 2012). Perawat memberi dan memantau terapi non farmakologi kepada klien nyeri agar kondisi klien cepat membaik diharapkan bekerja sama dengan keluarga klien dalam melakukan pelaksanaan agar tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat dalam intervensi. Terapi non farmakologis yang digunakan perawat adalah teknik relaksasi napas dalam.

Tabel 4  
Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam

No	Tindakan
1.	Mengecek program terapi medic.
2.	Mengucapkan salam terapeutik.
3.	Melakukan evaluasi atau validasi.
4.	Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur pada klien.
5.	Menyiapkan alat yaitu bantal.
6.	Memasang sampiran.
7.	Mencuci tangan.
8.	Mengatur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau kursi atau dengan <i>lying position</i> (posisi berbaring) di tempat tidur atau kursi dengan satu bantal
9.	Meminta klien untuk menarik napas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup. Hitung sampai tiga selama inspirasi.
10.	Meminta klien untuk berkonsentrasi dan rasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung, jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik napas dengan cepat, lalu napas kuat dengan hidung.
11.	Meminta klien untuk menghembuskan udara lewat bibir, seperti meniup dan ekspirasikan secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan dari pipi. Teknik <i>pushed lip breathing</i> ini menyebabkan resitensi pada pengeluaran udara paru, meningkatkan tekanan di bronkus (jalan napas utama) dan meminimalkan kolapsnya jalan napas yang sempit.
12.	Meminta klien untuk berkonsentrasi dan rasakan turunnya abdomen dan kontraksi otot abdomen ketika ekspirasi, hitung sampai tujuh selama ekspirasi.
13.	Meminta klien untuk meningkatkan secara bertahap selama 5 sampai 10 menit.
	Mencuci tangan
14.	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan respon klien.
15.	

(Sumber :Lusiana, *Prosedur Keperawatan*, 2012)

## 5. Evaluasi

Mengevaluasi adalah fase kelima dan terakhir proses keperawatan. Evaluasi merupakan aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subjektif, objektif, assesment, planing*)(Potter & Perry, 2005).