

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Literatur Review**

##### **1. Definisi**

Literature Review merupakan analisa kritis dari penelitian yang sedang dilakukan terhadap topik khusus atau berupa pertanyaan terhadap suatu bagian dari keilmuan. Literature Review membantu kita dalam menyusun kerangka berfikir yang sesuai dengan teori, temuan, maupun hasil penelitian sebelumnya dalam menyelesaikan rumusan masalah pada penelitian yang kita buat (Hasibuan, 2015).

Menurut Hasibuan (2015), Literatur review berisi uraian tentang teori, temuan dan bahan penelitian lain yang diperoleh dari bahan acuan untuk dijadikan landasan kegiatan penelitian. Uraian dalam literatur review ini diarahkan untuk menyusun kerangka pemikiran yang jelas tentang pemecahan masalah yang sudah diuraikan dalam sebelumnya pada perumusan masalah. Literatur review berisi ulasan, rangkuman, dan pemikiran penulis tentang beberapa sumber pustaka (dapat berupa artikel, buku, slide, informasi dari internet, dan lain-lain) tentang topik yang dibahas, dan biasanya ditempatkan pada bab awal. Hasil-hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti lain dapat juga dimasukkan sebagai pembanding dari hasil penelitian yang akan dicobakan disini. Semua pernyataan dan/atau hasil penelitian yang bukan berasal dari penulis harus disebutkan sumbernya, dan tatacara mengacu sumber pustaka

mengikuti kaidah yang ditetapkan. Suatu literatur review yang baik haruslah bersifat relevan, mutakhir (lima tahun terakhir), dan memadai.

## **2. Tujuan**

Tujuan melakukan literatur review adalah untuk mendapatkan landasan teori yang bisa mendukung pemecahan masalah yang sedang diteliti. Teori yang didapatkan merupakan langkah awal agar peneliti dapat lebih memahami permasalahan yang sedang diteliti dengan benar sesuai dengan kerangka berpikir ilmiah. Tujuan lain dari literatur review ini adalah untuk mendapatkan gambaran yang berkenaan dengan apa yang sudah pernah dikerjakan orang lain sebelumnya (Hasibuan, 2015).

## **3. Langkah-langkah Literatur Review**

Dalam membuat sebuah literatur review, langkah-langkah yang harus dilakukan yaitu :

### **a. Formulasi permasalahan**

Penulis memilih topic yang sesuai dan menarik. Selain itu, permasalahan yang diangkat harus ditulis dengan lengkap dan tepat.

### **b. Mencari literatur**

Literature yang dicari harus relevan dengan penelitian. Sehingga membantu kita untuk mendapatkan gambaran (overview) dari suatu topic penelitian. Sumber-sumber penelitian tersebut akan sangat membantu bila didukung dengan pengetahuan tentang topik yang akan dikaji. Karena sumber-sumber tersebut akan memberikan berbagai macam gambaran tentang ringkasan dari beberapa penelitian terdahulu.

c. Evaluasi data

Melihat dari literature yang ada, apa saja yang menjadi kontribusi tentang topik yang dibahas. Penulis harus mencari dan menemukan sumber data yang sesuai dengan kebutuhan penelitian. Data bisa berupa data kualitatif, data kuantitatif maupun kombinasi dari keduanya.

d. Menganalisis dan Menginterpretasikan

Mendiskusikan dan meringkas literature yang sudah ada.

## **B. Konsep Penyakit Gagal Ginjal Kronik**

### **1. Pengertian**

Gagal ginjal kronik adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan irreversible. Hal ini terjadi apabila laju filtrasi glomerular (LFG) kurang dari 50 ml/menit. Gagal ginjal kronik sesuai dengan tahapannya dapat berkurang, ringan, sedang atau berat. Gagal ginjal tahap akhir (end stage renal failure) adalah stadium gagal ginjal yang dapat mengakibatkan kematian kecuali jika dilakukan terapi pengganti (Suhardjono, 2007).

Gagal ginjal kronis atau penyakit renal tahap akhir merupakan gangguan fungsi renal yang progresif dan irreversible. Dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, menyebabkan uremia (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah) (Brunner & Suddart, 2006).

## 2. Etiologi

Gagal ginjal kronik disebabkan oleh beberapa penyakit seperti glomerulonefritis akut, gagal ginjal akut, penyakit ginjal polikistik, obstruksi saluran kemih, pielonefritis, nefrotoksin, dan penyakit sistemik, lupus eritematosus, poliartritis, penyakit sel sabit, serta amyloidosis (Bayhakki,2013)

## 3. Klasifikasi gagal ginjal kronik

Klasifikasi gagal ginjal kronik dapat dilihat berdasarkan sindrom klinis yang disebabkan penurunan fungsinya yaitu berkurang, ringan, sedang dan tahap akhir (Suhardjono, 2007). Ada beberapa klasifikasi dari gagal ginjal kronik yang dipublikasikan oleh National Kidney Foundation (NKF) Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI). Klasifikasi tersebut diantaranya adalah :

### a. Tahap pertama (stage 1)

Merupakan tahap dimana telah terjadi kerusakan ginjal dengan peningkatan LFG ( $>90 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ) atau LFG normal.

### b. Tahap kedua (stage 2)

Reduksi LFG mulai berkurang sedikit (kategori mild) yaitu  $60-89 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ .

### c. Tahap kedua (stage 3)

Reduksi LFG telah lebih banyak berkurang (kategori moderate) yaitu  $30-59 \text{ mL/min/1.73}$ .

### d. Tahap kedua (stage 4)

Reduksi LFG sangat banyak berkurang yaitu  $15-29 \text{ mL/min/1.73}$ .

e. Tahap kedua (stage 5)

Telah terjadi gagal ginjal dengan LFG yaitu  $<15 \text{ mL/min/1.73}$ .  
(Arora, 2009).

#### 4. Etiologi Gagal Ginjal

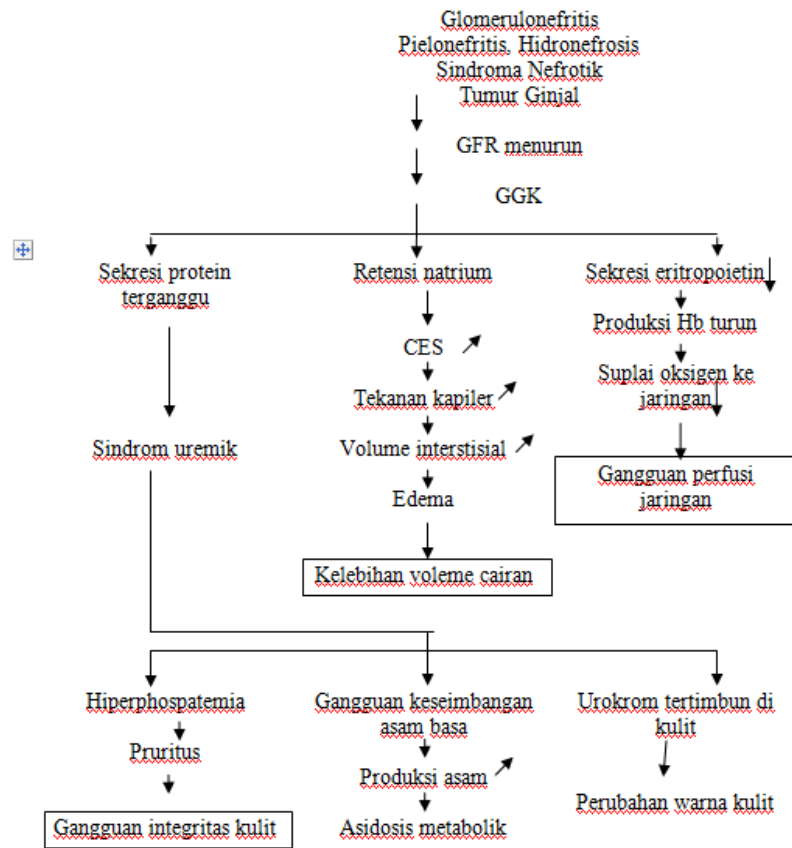
Penyebab penyakit gagal ginjal dapat dibagi menjadi 3 bagian yaitu penyakit diabetik, penyakit ginjal non diabetik dan penyakit ginjal transplan. Pada ginjal diabetik dapat disebabkan oleh diabetes tipe 1 dan 2. Penyebab pada penyakit ginjal non diabetik adalah penyakit glomerulus (penyakit autoimun, infeksi sistemik, neoplasia), penyakit vaskuler (penyakit pembuluh darah besar, hipertensi dan mikroangiopati) penyakit tubulointerstisial (infeksi saluran kemih, batu obstruksi dan toksisitas obat) dan penyakit kistik (penyakit ginjal polikistik). Pada penyakit ginjal transplan dapat disebabkan oleh rejeksi kronik, toksisitas obat, penyakit rekuren dan glomerulopati transplan (Suhardjono, 2007 dikutip dari Susalit). Krause (2009) menambahkan bahwa penyebab dari gagal ginjal kronik sangat beragam. Pengetahuan akan penyebab yang mendasari penyakit penting diketahui karena akan menjadi dasar dalam pilihan pengobatan yang diberikan. Penyebab gagal ginjal tersebut diantaranya meliputi :

- a. Penyebab dengan frekuensi paling tinggi pada usia dewasa serta anak-anak adalah glomerulonefritis dan nefritis interstitial.
- b. Infeksi kronik dari traktus urinarius (menjadi penyebab pada semua golongan usia).
- c. Gagal ginjal kronik dapat pula dialami ana-anak yang menderita

kelainan kongenital seperti hidronefrosis kronik yang mengakibatkan bendungan pada aliran air kemih atau air kemih mengalir kembali dari kandung kemih.

- d. Adanya kelainan kongenital pada ginjal.
- e. Nefropati herediter.
- f. Nefropati diabetes dan hipertensi umumnya menjadi penyebab pada usia dewasa.
- g. Penyakit polisistik, kelainan pembuluh darah ginjal dan nefropati analgesik tergolong penyebab yang sering pula.
- h. Pada beberapa daerah, gangguan ginjal terkait dengan HIV menjadi penyebab yang lebih sering.
- i. Penyakit yang tertentu seperti glomerulonefritis pada penderita transplantasi ginjal. Tindakan dialisis merupakan pilihan yang tepat pada kondisi ini.
- j. Keadaan yang berkaitan dengan individu yang mendapat obat immunosupresif ringan sampai sedang karena menjalani transplantasi ginjal. Obat immunosupresif selama periode atau masa transisi setelah transplantasi ginjal yang diberikan untuk mencegah penolakan tubuh terhadap organ ginjal yang dicangkokkan menyebabkan pasien beresiko menderita infeksi, termasuk infeksi virus seperti herpes zoster.

## 5. Patofisiologi Gagal Ginjal



Gambar 2.1 Pathway

Apabila ginjal kehilangan sebagian fungsinya oleh sebab apapun, nefron yang masih utuh akan mencoba mempertahankan laju filtrasi glomerulus agar tetap normal. Keadaan ini akan menyebabkan nefron yang tersisa harus bekerja melebihi kapasitasnya, sehingga timbul kerusakan yang akan memperberat penurunan fungsi ginjal (Azmi, 2008).

Dua adaptasi penting dilakukan oleh ginjal sebagai respon terhadap ancaman ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Sisa nefron yang ada mengalami hipertropi dalam usahanya untuk melaksanakan seluruh badan kerja ginjal. Terjadi peningkatan kecepatan filtrasi, beban solut

dan reabsorpsi tubulus dalam setiap nefron meskipun filtrasi glomerulus untuk seluruh masa nefron yang terdapat pada ginjal turun dibawah nilai normal. Mekanisme dari adaptasi ini cukup berhasil dalam mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh hingga tingkat fungsi ginjal yang sangat rendah. Bila sekitar 75% masa nefron sudah hancur, maka kecepatan filtrasi dan beban setiap nefron demikian tinggi sehingga keseimbangan tubulus glomerulus tidak dapat lagi dipertahankan (Price & Wilson, 2008).

## **6. Manifestasi klinis**

Gambaran klinik gagal ginjal kronik berat sangat kompleks, meliputi kelainan-kelainan berbagai organ seperti kelainan hemopoiesis, saluran cerna, mata, kulit, selaput serosa, kelainan neuropsikiatri dan kelainan kardiovaskular (Sukandar, 2006).

### **a. Kelainan hemopoiesis**

Anemia normokrom normositer dan normositer (MCV 78-94 CU), sering ditemukan pada pasien gagal ginjal kronik. Anemia yang terjadi sangat bervariasi bila ureum darah lebih dari 100 mg% atau bersihan kreatinin kurang dari 25 ml per menit.

### **b. Kelainan saluran cerna**

Mual dan muntah sering merupakan keluhan utama dari sebagian pasien gagal ginjal kronik terutama pada stadium terminal. Patogenesis mual dan muntah masih belum jelas, diduga mempunyai hubungan dengan dekompresi oleh flora usus sehingga terbentuk amonia. Amonia inilah yang menyebabkan iritasi atau rangsangan



mukosa lambung dan usus halus. Keluhan-keluhan saluran cerna ini akan segera mereda atau hilang setelah pembatasan diet protein dan antibiotika.

c. Kelainan mata

Visus hilang hanya dijumpai pada sebagian kecil pasien gagal ginjal kronik. Gangguan visus cepat hilang setelah beberapa hari mendapat pengobatan gagal ginjal kronik yang adekuat, misalnya hemodialisis. Kelainan saraf mata menimbulkan gejala nistagmus, miosis dan pupil asimetris. Kelainan retina (retinopati) mungkin disebabkan hipertensi maupun anemia yang sering dijumpai pada pasien gagal ginjal kronik. Penimbunan atau deposit garam kalsium pada conjunctiva menyebabkan gejala red eye syndrome akibat iritasi dan hipervaskularisasi. Keratopati mungkin juga dijumpai pada beberapa pasien gagal ginjal kronik akibat penyulit hiperparatiroidisme sekunder atau tersier.

d. Kelainan kulit

Gatal sering mengganggu pasien, patogenesisnya masih belum jelas dan diduga berhubungan dengan hiperparatiroidisme sekunder. Keluhan gatal ini akan segera hilang setelah tindakan paratiroidektomi. Kulit biasanya kering dan bersisik, tidak jarang dijumpai timbunan kristal urea pada kulit muka dan dinamakan urea frost.

e. Kelainan selaput serosa

Kelainan selaput serosa seperti pleuritis dan perikarditis sering

dijumpai pada gagal ginjal kronik terutama pada stadium terminal. Kelainan selaput serosa merupakan salah satu indikasi mutlak untuk segera dilakukan dialisis.

f. Kelainan neuropsikiatri

Beberapa kelainan mental ringan seperti emosi labil, dilusi, insomnia, dan depresi sering dijumpai pada pasien gagal ginjal kronik. Kelainan mental berat seperti konfusi, dilusi, dan tidak jarang dengan gejala psikosis juga sering dijumpai pada pasien GGK. Kelainan mental ringan atau berat inisering dijumpai pada pasien dengan atau tanpa hemodialisis, dan tergantung dari dasar kepribadiannya (personalitas).

g. Kelainan kardiovaskular

Patogenesis gagal jantung kongestif (GJK) pada gagal ginjal kronik sangat kompleks. Beberapa faktor seperti anemia, hipertensi, aterosklerosis, kalsifikasi sistem vaskular, sering dijumpai pada pasien gagal ginjal kronik terutama pada stadium terminal dan dapat menyebabkan kegagalan faal jantung. bila ureum darah lebih dari 100 mg% atau bersihan kreatinin kurang dari 25 ml per menit.

### C. Hemodialisa

#### 1. Pengertian hemodialisis

Hemodialisis merupakan suatu membran atau selaput semi permeabel. Membran ini dapat dilalui oleh air dan zat tertentu atau zat sampah. Proses ini disebut dialisis yaitu proses berpindahnya air atau zat,

bahan melalui membran semi permeabel. Terapi hemodialisis merupakan teknologi tinggi sebagai terapi pengganti untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi (Brunner & Suddarth, 2001 dalam Nurani & Mariyanti, 2013).

## 2. Indikasi Hemodialisis

Indikasi yang paling penting adalah keadaan klinis yang memburuk secara progresif. Kecepatan peningkatan kadar kreatinin plasma lebih penting dibanding kadarnya dalam darah (Surjono,2005 dalam Yunita,2015). Indikasi hemodialisis dibedakan menjadi HD emergency atau HD segera dan HD kronis (Daugirdas et al, 2007 dalam Kandarini 2013).

### a. Kegawatan Ginjal

- 1) Klinis: keadaan uremik berat, overhidrasi
- 2) Oligouria (produksi urine <200 ml/12 jam)
- 3) Anuria (produksi urine <50 ml/ 12 jam)
- 4) Hiperkalemia (terutama jika terjadi perubahan ECG, biasanya K >6,5 mmol/l)
- 5) Asidosis berat (pH <7,1 atau bikarbonat <12 meq/l)
- 6) Uremia (BUN >150 mg/dL)
- 7) Ensefalopati uremikum
- 8) Neuropati/miopati uremikum

- 9) Perikarditis uremikum
  - 10) Disnatremia berat ( $\text{Na} >160$  atau  $<115\text{mmol/L}$ )
  - 11) Hipertermia
- b. Keracunan akut (alcohol, obat-obatan yang bias melewati membrane dialis)

### 3. Dampak Hemodialisis

Menurut Smelzer dan Bare (2001d) dan Nephrology Channel, (2001) dalam Harmoko, (2011) dampak hemodialisis yang dirasakan pasien GGK menjalani terapi hemodialisis antara lain:

#### a. Nyeri dada

Nyeri dada dapat terjadi akibat hematokrit dan perubahan volume darah karena penarikan cairan. Perubahan volume menyebabkan terjadinya penurunan aliran darah ke miokard dan mengakibatkan berkurangnya oksigen miokard karena  $\text{pCO}_2$  menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh (Kallenbac, 2005 dalam Farida, 2010).

#### b. Mual dan muntah

Mual dan muntah saat hemodialisis kemungkinan dipengaruhi oleh lamanya waktu hemodialisis, perubahan homeostatis selama hemodialisis, banyaknya ureum yang dikeluarkan dan besarnya ultrafiltrasi (Holley et al, 2007). Mual dan muntah dapat mengganggu aktifitas pasien, menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit dan kelelahan, meningkatkan rasa tidak nyaman (Amiyanti, 2009)

c. Kram otot

Intradialytic muscle cramping, biasa terjadi pada ekstremitas bawah. Beberapa faktor risiko terjadinya kram diantaranya perubahan osmolaritas, ultrafiltrasi yang terlalu tinggi dan ketidakseimbangan kalium dan kalsium intra atau ekstra sel (Kallenbach et al, 2005 dalam Farida 2010).

d. Kelelahan (Fatigue)

Penyebab fatigue saat hemodialisis belum diketahui. Kecepatan UFR yang tinggi, penarikan cairan dan elektrolit yang besar, lamanya dialisis, tidak efektifitasnya dialisis, dan tingginya ultrafiltrasi juga dapat menyebabkan terjadinya headache intrasodialisis (Incekara et al, 2008 dalam Farida 2010).

## **D. Fatigue pada Pasien Hemodialisa**

### **1. Definisi**

Fatigue dalam kamus besar Oxford diartikan sebagai kelelahan yang ekstrim akibat dari penggunaan tenaga fisik yang berlebihan dan bisa juga disebabkan oleh suatu penyakit atau penurunan efisiensi otot dan organ dalam melakukan aktifitas yang lama. Jhamb et al (2014) mendefinisikan fatigue sebagai sebuah respon subjektif dari kelemahan akibat kekurangan energi dimana ini merupakan salah satu gejala yang ditimbulkan atau efek samping dari pasien yang menjalani dialisis dalam jangka panjang.

### **2. Etiologi**

Hemodialisa merupakan salah satu terapi pengganti ginjal yang

bersifat sementara dilakukan dengan mengalirkan darah ke dalam dialiser dengan tujuan untuk menyaring sisa metabolisme dalam tubuh. Bagi penderita gagal ginjal kronik, hemodialisa mampu mencegah kematian secara dini namun tidak mampu menyembuhkan penyakit ginjal itu sendiri (Fergiana & Permatasari, 2014).

Aktifitas hemodialisa bagi pasien gagal ginjal kronik dalam satu minggu mencapai 3 kali dengan rentang waktu di tiap sesi adalah 3-5 jam. Hal ini akan memberikan permasalahan yang kompleks bagi pasien seperti depresi, masalah finansial, hilangnya dorongan seksual, serta penurunan kualitas hidup (Desnauli et al, 2017). Bagi pasien yang menjalani hemodialisa dengan jangka waktu yang lama akan mengeluhkan gangguan fisik berupa kelelahan, pruritus, dan kesulitan untuk tidur. Beberapa faktor yang berperan dalam mempengaruhi fatigue (Sulistiani, 2012) adalah Faktor Demografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan), Faktor Fisiologis (status nutrisi), Faktor Sosio Ekonomi (pola hidup sehat, latihan fisik, jarak fasilitas kesehatan), dan Faktor Situasional (frekuensi hemodialisa, lama menjalani hemodialisa, komplikasi selama hemodialisa, riwayat penyakit).

### **3. Tanda dan Gejala Fatigue**

Beberapa tanda dan gejala yang kerap muncul dari fatigue pada pasien dengan penyakit kronik adalah (Danismaya, 2014):

- a. Merasa kelelahan meski setelah beristirahat
- b. Merasa kehilangan tenaga
- c. Sulit untuk berkonsentrasi

- d. Mudah tersinggung
- e. Kehilangan minat dan kurang aktif
- f. Tertutup

#### **4. Komplikasi Fatigue**

Menurut Horigan et al (2013) dan Bonner et al (2010), apabila fatigue tidak tertangani dengan baik, maka beberapa kemungkinan yang mungkin terjadi adalah :

- a. Merasa diri terisolasi
- b. Tidak bisa bersosialisasi
- c. Hilangnya waktu bersama keluarga
- d. Terbatasnya dalam beraktifitas
- e. Penurunan fungsi fisik
- f. Penurunan kualitas hidup

### **E. Breathing Exercise**

#### **1. Pengertian**

Breathing exercise merupakan kombinasi dari latihan pernapasan dengan latihan fisik yang berguna untuk memelihara dan meningkatkan kebugaran secara umum serta digunakan untuk memelihara fungsi pernapasan pada pasien (Smeltzer & Bare, 2013)..

Breathing exercise didesain untuk memperbaiki fungsi otot-otot respirasi, meningkatkan ventilasi dan oksigenisasi. Exercise aktive ROM pada shoulder dan trunk akan membantu ekspansi thorax, memfasilitasi deep breathing dan sering digunakan untuk menstimulasi reflex batuk (Smeltzer & Bare, 2013).

**2. Tujuan Breathing Exercise (Nugroho, 2016)**

- a. Meningkatkan ventilasi.
- b. Meningkatkan efektifitas mekanisme batuk.
- c. Mencegah atelektasis
- d. Meningkatkan kekuatan, daya tahan dan koordinasi otot-otot respirasi.
- e. Mempertahankan atau meningkatkan mobilitas chest dan thoracal spine.
- f. Koreksi pola-pola nafas yang tidak efisien dan abnormal.
- g. Meningkatkan relaksasi.
- h. Mengajarkan pasien bagaimana melakukan tindakan bila terjadi gangguan nafas

**3. Prinsip Umum Breathing Exercise (Smeltzer & Bare, 2013).**

- a. Bila memungkinkan lakukan ditempat yang tenang tanpa banyak gangguan.
- b. Jelaskan kepada pasien tujuan dan rasionalisasi breathing exercise.
- c. Tempatkan pasien pada posisi yang nyaman, posisi rileks
- d. Observasi dan evaluasi pola napas normal pasien saat istirahat dan melakukan aktifitas.
- e. Bila perlu ajarkan teknik relaksasi kepada pasien.
- f. Tunjukkan pola yang diinginkan kepada pasien.
- g. Minta pasien untuk melakukan pola bernapas yang tepat dalam berbagai posisi baik istirahat maupun saat melakukan aktifitas.



**4. Kriteria Inklusi Pasien diberikan Intervensi Breathing Exercise (Smeltzer & Bare, 2013).**

- a. Penyakit paru akut atau kronis
- b. Nyeri pada area thorax dan abdomen setelah pembedahan atau trauma.
- c. Obstruksi jalan nafas akibat bronchospasme atau menahan sekresi.
- d. Penyakit CNS yang mengarah kepada kelemahan otot :
- e. Abnormalitas orthopedic berat yang mempengaruhi fungsi respirasi seperti scoliosis dan kiposis.
- f. Fatigue/ kelelahan akibat terapi hemodialisa menahun

**5. Kriteria Eksklusi Pasien tidak diberikan Intervensi Breathing Exercise (Smeltzer & Bare, 2013).**

- a. Adanya fraktur pada daerah thoraks
- b. Adanya luka bakar pada daerah thoraks, abdomen dan wajah
- c. Dalam keadaan koma (GCS <10)

**6. Standar Operasional Prosedur (SOP) Breathing Exercise**

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur

Prosedur pelaksanaan:

No	Tindakan	Dilakukan	Tidak Dilakukan
1.	Tahap Prainteraksi 1. Mencuci tangan 2. Menyiapkan alat: Musik/Mp3		
2.	Tahap Orientasi 1. Memberikan salam terapeutik 2. Menanyakan perasaan pasien saat ini 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada klien 4. Menjaga privasi klien		
3.	Tahap Kerja 1. Minta klien untuk duduk dan mengambil posisi yang nyaman sambil memejamkan mata. 2. Pastikan privasi klien terjaga. 3. Perdengarkan musik atau suara yang lembut sebagai latar belakang untuk membantu		

	<p>klien merasa rileks.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Duduk bersama klien tapi tidak mengganggu.</li> <li>5. Anjurkan klien untuk mengistirahatkan pikirannya.</li> <li>6. Ciptakan lingkungan yang tenang.</li> <li>7. Instruksikan klien untuk tarik nafas dalam melalui hidung sehingga rongga paru berisi udara dan hembuskan secara perlahan melalui mulut. Lakukan beberapa kali sampai klien rileks.</li> <li>8. Intruksikan klien sambil menghembuskan udara melalui mulut secara perlahan untuk memusatkan perhatiannya pada udara yang mengalir dari seluruh tubuh yaitu tangan, kaki, menuju keparu-paru.</li> <li>9. Kemudian minta klien untuk memusatkan perhatian pada udara yang mengalir dari paru-paru dan merasakannya keluar dari tubuh</li> <li>10. Minta klien untuk membayangkan udara keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki, minta klien merasakan kenikmatannya.</li> <li>11. Dengan suara lembut, minta klien untuk memikirkan hal atau pengalaman yang menyenangkan yang membuat klien nyaman, tenang dan bahagia.</li> <li>12. Setelah klien merasakan ketenangan, minta klien untuk melakukan secara mandiri.</li> <li>13. Instruksikan klien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila terdapat rasa nyeri, cemas, jenuh dan ketegangan otot.</li> </ol>		
4.	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi hasil kegiatan</li> <li>2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</li> <li>3. Akhiri kegiatan dengan baik</li> </ol>		
5.	Dokumentasi		