# **BAB IV**

# **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

1.

## **Hasil Studi Kasus**

Studi kasus ini akan diuraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Ca Mammae di Ruangan Ali bin Abi Thalib RSUD Al-Ihsan Bandung yang dilaksanakan pada tanggal 12 - 16 April 2023. Hasil Studi kasus berupa Asuhan keperawatan pada pasien ca mammae dengan gangguan nyeri akut. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari perawatan di rumah sakit. Asuhan keperawatan ini dilakukan dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi.

### **Hasil Pengkajian Fokus Studi**

1. Pengumpulan Data

Tabel 4. 1 Hasil Pengumpulan Data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang dikaji** | **Hasil** |
| 1 | Identitas Klien Nama:Umur :Pendidikan :Pekerjaan :Diagnosa Medis : | Ny. R37 thnSMAIbu Rumah TanggaCA Mammae Sinistra |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Riwayat KesehatanKeluhan Utama :Keluhan saat dikaji : | Pasien Mengeluh nyeri pada payudara bagian kiri. Pada tanggal 11 April 2023 pasien dibawa ke RSUD Al-Ihsan untuk di operasi, pasien ditempatkan di ruang Ali bin Abi Thalib lantai 3. Besoknya pukul 05.00 WIB, pasien langsung dilakukan tindakan pembedahan mastektomi. Setelah operasi pasien dipindahkan kembali ke kamar 4D ruang Ali bin Abi Thalib lantai 3.Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien tidak pernah mengalami penyakit yang sama sebelumnya.Saat Masuk RS, Sebelum dibawa ke RSUD Al-ihsan Bandung Pasien mengatakan bahwa pasien nyeri pada payudara sebelah kiri bekas operasi, nyeri yang dirasa seperti ditusuk-tusuk dan seperti ketarik, pasien mengatakan nyerinya bertambah saat banyak gerak dan nyerinya berkurang saat diistirahatkan, pasien juga mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 5 (0-10) dan dirasakan hilang timbul. Keluarga pasien mengatakan kegiatan pasien dibantu oleh keluarga.  |
| 3 | Pola Aktivitas | Sebelum sakit pasien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri, setelah sakit pasien selalu didampingi dalam kebutuhan sehari-harinya oleh keluarga dan perawat |

1. **Hasil Pemeriksaan Fisik pada Sistem Terkait**

Tabel 4. 2 Hasil Pemeriksaan Fisik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang dikaji** | **Hasil** |
| 1 | Keadaaan Umum | pasien tampak lemah |
| 2 | Kesadaran :*Glasgow Coma Scale :*Tekanan Darah :Nadi :Respirasi :Suhu Sistem PencernaanSistem integument dan imunitas | ComposmentisE4 V5 M6 (15)128/92 mmHg88x/mnt20x/mnt 36 CMual dan muntah, Bibir lembab, tidak terdapat lesi dan pendarahan, refleks menelan baik, daerah abdomen tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, tidak ada kebiruan, bising usus 8 x/mnt, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran di perut. Berbunyi timpani saat diperkusi.Warna kulit sama rata dengan sekitarnya, terdapat luka bekas operasi payudara sebelah kiri. Terdapat kemerahan pada bekas operasi payudara sebelah kiri, tidak ada sianosis, turgor kulit < 2 detik, tekstur kulit lembab. Terdapat nyeri pada luka bekas post operasi payudara sebelah kiri |
| 3 | Data Psikososial | Pasien berhubungan baik dengan keluarga dan tetangganya, Ketika di rumah sakit pasien selalu ditemani oleh suaminya. Namun pasien mengatakan cemas karena payudara sebelah kirinya telah hilang |
| 4 | Data penunjang | Hemoglobin : 9,2 g/dLEritrosit : 3.31 juta/uLHematokrit : 29.7 %AST (SGOT) : 38 U/L |
| 5 | Program terapi : | Ambacim 1 g IV 2x/hariRativol 30 mg IV 2x/hariPumpitor 40 mg IV 2x/hariParacetamol 500mg oral 2x/hari |

1.
2.
3.
4. 1. 1.

### **Diagnosa Keperawatan**

Dirumuskan diagnosa keperawatan utama yang sesuai topik bahasan berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data yang terlampir terhadap pasien sebagai berikut :

Tabel 4. 3 Hasil Diagnosa Keperawatan

|  |
| --- |
| **Diagnosa Keperawatan** |
| Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (post operasi ca mammae) ditandai denganDS :1. Pasien mengeluh nyeri
2. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada payudara bagian kiri
3. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat melakukan aktivitas, dan berkurang saat istirahat
4. Pasien mengatakan nyerinya seperti ditusuk-tusuk
5. Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul

DO :1. Pasien tampak meringis
2. Pasien tampak gelisah
3. Pasien tampak lemas
4. Skala nyeri 5 (0-10)
 |
| Resiko infeksi b.d efek prosedur post operasi ca mammae ditandai dengan :DS :-DO :1. Pasien melakukan operasi *Modified Raducal Mastectomy (MRM)*
2. Luka pasien tampak kemerahan
3. Luka bekas operasi terbuka
4. Luka bekas operasi masih basah dan rembes
5. Pasien dan keluarga tidak tau cara perawatan luka
 |
| Ansietas b.d faktor kurang terpaparnya informasi ditandai dengan :DS :* + - 1. Pasien mengatakan cemas karena payudara nya tinggal 1
			2. Pasien mengatakan khawatir karena tidak tahu cara merawat luka bekas operasi
			3. Pasien mengatakan takut melihat bekas luka operasinya
			4. Keluarga pasien mengatakan khawatir tidak ada yang bisa mengurus lukanya di rumah

DO:1. Pasien tampak kebingungan
2. Pasien tampak gelisah
3. Pasien tampak takut melihat luka bekas operasi
4. Tingkat ansietas 14 (ansietas ringan)
 |

* + 1.

### **Gambaran Perencanaan**

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat, penulis merencanakan Tindakan keperawatan sebagai berikut :

Tabel 4. 4 Hasil Perencanaan Keperawatan

|  |
| --- |
| **Intervensi** |
| **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (post operasi ca mammae) d.d pasien mengeluh nyeri, pasien mengatakan nyeri dibagian payudara sebelah kiri, nyeri bertambah saat melakukan aktivitas, dan berkurang saat istirahat, nyerinya seperti ditusuk-tusuk, serta hilang timbul. Pasien tampak meringis, gelisah, lemas, dan skala nyeri 5 (0- | Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil 1. Pasien menunjukan sikap protektif menurun
2. Keluhan nyeri menurun
3. Gelisah menurun
4. Tidak lemas
5. Keluhan nyeri meringis menurun
 | **Observasi** 1. Observasi TTV
2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
3. Identifikasi skala nyeri
4. Identifikasi respon nyeri non verbal
5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

**Terapeutik**1. Berikan teknik nonfarmakologis teknik distraksi nafas dalam
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

**Edukasi**1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri dan ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

**Kolaborasi**1. Beri obat sesuai dengan program terapi :
* Rativol 2x30 mg IV
* Pumpitor 2x40 mg IV
* Paracetamol 2x500 mg rute oral
 | **Observasi**1. Tanda-tanda vital merupakan indikator keadaan umum pasien
2. Penilaian untuk mengetahui seberapa kuat rasa nyeri yang dialami
3. Membantu menilai efektivitas perawatan yang akan dilakukan
4. Mengidentifikasi respn nyeri non verbal pasien dapat mengetahui seberapa kuat nyeri yang dirasakan paien
5. Mencegah memperparah nyeri dan daoat mempercepat proses kesembuhan

**Terapeutik**1. Mempermudah untuk menurunkan intensitas nyeri
2. Kontrol lingkungan pasien dapat membuat klien nyaman. Tingkat nyeri menurun, dan istirahatnya pun terpenuhi

**Edukasi**1. Pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan
2. Pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri ketika sudah pulang dari rumah sakit
3. Ketika nyeri yang dirasakan pasien mulai parah dia dapat memberitahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan segera dan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien

**Kolaborasi**1. Agar rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat dihilangkan atau dikurangi
 |
| Resiko infeksi b.d post operasi ca mammae d.d pasien melakukan operasi *Modified Radical Mastectomy* (MRM), luka bekas operasi pasien tampak kemerahan, luka bekas operasi pasien terbuka, basah, rembes, dan pasien dan keluarga tidak tau cara perawatan luka | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan integritas kulit klien membaik dengan kriteria hasil :1. Kulit klien tidak tampak kemerahan
2. Bekas luka membaik
3. Tidak ada tanda-tanda infeksi
4. Luka klien bersih
 | **Observasi**1. Monitor tanda dan gejala infeksi
2. Observasi luka: lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna luka

**Terapeutik**1. Bersihkan luka bekas operasi klien dengan teratur
2. Lakukan teknik perawatan luka dengan steril
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan
4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien

**Edukasi**1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar
3. Anjurkan cuci tangan dengan benar
4. Berikan penkes perawatan luka dengan steril

**Kolaborasi**1. Beri obat sesuai dengan program terapi :
* Ambacim 2x1 g IV
 | **Observasi**1. Untuk mengetahui adanya gejala awal dan proses infeksi
2. Mengobsevasi luka pasien dapat mengetahui seberapa parahnya luka tersebut dan dapat mengatasi masalah tersebut dengan tepat

**Terapeutik**1. Membersihkan luka klien untuk mencegah terjadinya infeksi
2. Teknik perawatan luka dengan steril dapat mempercepat penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi
3. Mencuci tangan dengan benar akan mengurangi terjadinya terkontaminasi akibat bakteri
4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien dapat mencegah terjadinya infeksi

**Edukasi**1. Agar mengetahui tanda dan gejala dari infeksi
2. Pakaian yang longgar dapat membuat pasien nyaman dan dapat mengurangi kontak gesekan ke kulit
3. Mencuci tangan dengan benar akan mengurangi terjadinya terkontaminasi akibat bakteri
4. Menambah wawasan pasien dalam merawat luka dengan steril agar merawat luka dengan madiri

**Kolaborasi**1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antibiotik dapat mempercepat penyembuhan luka pasien
 |
| Ansietas b.d faktor kurang terpaparnya informasi d.d pasien mengatakan cemas karena payudaranya tinggal 1, pasien khawatir karena tidak tahu cara merawat luka bekas operasi, pasien takut melihat bekas luka operasinya, keluarga pasien khawatir tidak ada yang bisa mengurus lukanya di rumah, pasien tampak kebingungan, pasien tampak gelisah, dan tingkat ansietas 14 (ansietas ringan) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kecemasan klien membaik dengan kriteria hasil :1. Pasien tidak cemas
2. Pasien tidak gelisah
3. Pasien dan keluarga mengetahui cara perawatan luka dengan baik dan benar
 | **Observasi**1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stresor)
2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

**Terapeutik**1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
2. Dengarkan dengan penuh perhatian
3. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
4. Latih teknik relaksasi nafas dalam

**Edukasi**1. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 | **Observasi**1. Mengidentifikasi masalah spesifik akan meningkatkan individu untuk menghadapinya dengan lebih realistis
2. Sebagai indikaor awal dalam menentukan intervensi berikutnya

**Terapeutik**1. Hubungan saling percaya adlah dasar hubungan terpadu yang mendukung klien dalam mengatasi masalah cemas
2. Untuk dapat mengetahui keluhan dari pasien
3. Untuk dapat memberikan kepercayaan kepada pasien
4. Teknik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi kecemasan pasien

**Edukasi**1. Ketidaktahuan dan kurangnya pemahaman dapat menyebabkan timbulnya ansietas
 |

### **Implementasi Keperawatan**

Setelah dilakukan perencanaan keperawatan, dilanjutkan dengan pelaksanaan Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari pada tanggal 12-16 April 2023.

Tabel 4. 5 Hasil Implementasi

Hari ke-1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal dan waktu** | **DX** | **Implementasi** | **Paraf** |
| 12 April 202315.00 WIB | 1 | Mengobservasi tanda-tanda vitalE/ TD : 138/90 mmHgN : 90x/menitRR : 20x/menitS : 36,5°CSpO2 : 100% | Kharin |
| 15.20 WIB | 1 | Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.E/ pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi payudara sebelah kiri, nyeri nya seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan ketika sedang beraktivitas dan kadang hilang timbul, intesitas nyeri nya sedang, pasien tampak meringis kesakitan, faktor yang memperberat nyerinya ketika beraktivitas dan ketika isitirahat nyeri nya berkurang. Skala nyeri pasien dari 5 (0-10) | Kharin  |
| 15.40 WIB | 3 | Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stresor)E/ pasien mengatakan saat ini cemas dengan kondisinya yang sekarang karena takut tidak ada yang bisa mengurus lukanya nya dengan benar dan cemas karena payudaranya tinggal 1. Pasien memikirkan ini jika sedang menyendiri | Kharin |
| 15.50 WIB | 3 | Memonitor tanda-tada ansietas (verbal dan non verbal)E/ pasien mengatakan cemas dan khawatir terhdap kondisinya saat ini dan pasien tampak gelisah | Kharin |
| 3  | Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, mendengarkan dengan penuh perhatian, dan menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkanE/ pasien mengatakan senang bisa mengobrol dengan perawat |
| 16.00 WIB | 1,2 | Memberikan obat Ambacim 1 g rute iv, Rativol 30 mg rute IV, dan Pumpitor 40 mg rute IVE/ pasien kooperatif saat diberikan obat, pasien tidak ada alergi obat dan tidak ada flebitis | Kharin |
| 1, 3 | Memberikan dan mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) pasien diposisikan semifowler, kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior, kemudian pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik lalu dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan tindakan ini diulang sebanyak 15 kali.E/ pasien mengatakan lebih enakan dari sebelumnya dan teknik ini benar-benar berpengaruh terhadap nyeri dan kecemasannya. Pasien tampak mengerti apa yang sudah diajarkan oleh perawat. Skala nyeri dari 5 (0-10) menjadi skala nyeri 5 (0-10). |
| 16.15 WIB  | 1 | Menjelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, dan menjelaskan strategi meredakan nyeriE/ setelah perawat menjelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, dan strategi meredakan nyeri pasien dapat mengulang semua yang sudah di jelaskan oleh perawat dan pasien tampak mengerti | Kharin |
| 16.25 WIB | 1 | Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiriE/ pasien mengatakan akan melakukan apa yang dianjurkan oleh perawat | Kharin |
| 16.30 WIB | 3 | Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsiE/ pasien mengatakan nyeri nya ini sebagai penghapus dosa dan perasaan pasien saat ini sedih dan menyesal karena tidak langsung berobat ke medis | Kharin |
| 20.00 WIB | 1,3 | Memberikan teknik relaksasi nafas dalam pasien diposisikan semifowler, kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior, kemudian pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik lalu dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan tindakan ini diulang sebanyak 15 kaliE/ pasien kooperatif saat diberikan tindakan relaksasi nafas dalam. Pasien mengatakan lebih enakan ketika melakukan teknik relaksasi nafas dalam, namun nyeri nya masih terasa. Skala nyeri dari 5 (0-10) menjadi skala nyeri 5 (0-10) | Kharin |
| 1 | Mengidentifikasi skala nyeriE/ skala nyeri 5 (0-10) |

Hari ke-2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 13 April 202308.00 WIB | 1 | Mengobservasi TTVE/ TD : 128/99 mmHgN : 87 x/menitRR : 20x/menitS : 36,5°CSpO2 : 99% | Kharin |
| 08.05 WIB | 1 | Mengidentifikasi skala nyeriE/ pasien mengatakan nyeri nya masih terasa.. Skala nyeri pasien 5 (0-10) | Kharin |
| 1 | Mengidentifikasi respon nyeri non verbalE/ pasien tampak meringis  |
| 08.10 WIB | 3 | Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)E/ pasien mengatakan lebih tenang dari sebelumnya. Pasien tampak lebih *fresh* dan lebih rileks | Kharin  |
| 08.12 WIB | 3 | Mendengarkan dengan penuh perhatianE/ pasien tampak senang ketika berbagi pengalaman | Kharin |
| 3 | Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkanE/ pasien tampak tenang ketika bercerita |
| 08.15 WIB | 1,3 | Memberikan teknik relaksasi nafas dalampasien diposisikan semifowler, kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior, kemudian pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik lalu dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan tindakan ini diulang sebanyak 15 kaliE/ pasien kooperatif dan pasien terlihat sudah menguasai teknik ini. pasien mengatakan tubuhnya menjadi sangat rileks. Skala nyeri dari 5 (0-10) menjadi 5 (0-10) | Kharin |
| 09.00 WIB | 2 | Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien E/ perawat melakukan cuci tangan 6 langkah | Kharin |
| 09.03 WIB | 2 | Mengobservasi luka: lokasi, kedalaman luka, karakteristik, warna lukaE/ saat di buka perban nya luka pasien tampak bersih, lokasinya terletak di payudara sebelah kiri, karakteristik lukanya masih basah, warna nya putih, perkiraan kedalaman lukanya kurang lebih 2 cm | Kharin |
| 2 | Membersihkan kulit dengan teraturE/ luka pasien tampak bersih |
| 2 | Memonitor tanda dan gejala infeksiE/ luka pasien tampak bersih tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak ada nanah, tidak ada pendarahan |
| 2 | Mempertahankan teknik aseptik pada pasienE/ perawat melakukan perawatan luka dengan teknik steril |
| 2 | Melakukan teknik perawatan luka dengan steril E/ pasien sangat kooperatif saat perawat melakukan tindakan perawatan luka. Pasien tampak meringis kesakitan. Pasien mengatakan takut melihat lukanya dan khawatir takut tidak ada yang bisa merawat lukanya dengan baik dan benar.  |
| 09.25 WIB | 2 | Mencuci tangan sesudah kontak dengan pasienE/ perawat melakukan teknik cuci tangan 6 langkah | Kharin |
| 2 | Mengajarkan cuci tangan dengan benar dan memberikan penkes perawatan lukaE/ pasien mengatakan mengerti dan bisa melakukannya. Saat di tes, pasien dapat mengulangnya kembali |
| 09.27 WIB | 2 | Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgarE/ pasien mengatakan akan mengikuti saran dari perawat | Kharin |
| 09.28 WIB | 2 | Menjelaskan tanda dan gejala infeksiE/ saat dijelaskan tanda dan gejala infeksi bahwa adanya kemerahan, bengkak, pendarahan, nanah bahwa itu sudah termasuk tanda dan gejala dari infeksi | Kharin |
| 14.00 WIB | 1,3 | Memberikan teknik relaksasi nafas dalampasien diposisikan semifowler, kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior, kemudian pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik lalu dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan tindakan ini diulang sebanyak 15 kali E/ pasien melakukan nya dengan sangat baik dan pasien tampak rileks. Rasa nyeri nya berkurang. Skala nyeri dari 5 (0-10) menjadi skala nyeri 4 (0-10) | Kharin |
| 1 | Mengidentifikasi skala nyeri pasienE/ skala nyeri pasien 4 (0-10) |

Hari ke-3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 14 April 202308.00 WIB | 1 | Mengobservasi TTVE/ TD : 107/73 mmHgN : 87 x/menitRR : 20x/menitS : 36,4°CSpO2 : 99%  | Kharin |
| 08.05 WIB | 1 | Mengidentifikasi skala nyeriE/ pasien mengatakan nyeri nya terasa saat dibersihkan lukanya. Skala nyeri pasien 4 (0-10) | Kharin |
| 08.07 WIB | 3 | Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)E/ pasien mengatakan khawatir tidak ada yang bisa merawat lukanya dengan baik dan benar. Pasien mengatakan saya saja takut melihat lukanya apalagi suami saya. | Kharin |
| 08.10 WIB | 3 | Mendengarkan dengan penuh perhatianE/ pasien tampak senang ketika berbagi pengalaman dan pasien mengatakan ketika bercerita seperti ini bisa mengurangkan beban pikiran | Kharin |
| 3 | Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkanE/ pasien tampak tenang ketika bercerita. Namun ketika bercerita tentang perawatan lukanya pasien tampak gelisah |
| 08.15 WIB | 1,3 | Memberikan teknik relaksasi nafas dalampasien diposisikan fowler, kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior, kemudian pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik lalu dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan tindakan ini diulang sebanyak 15 kali E/ pasien kooperatif dan pasien terlihat rileks. Skala nyeri dari 4 (0-10) menjadi skala nyeri 4 (0-10) | Kharin |
| 09.00 WIB | 2 | Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasienE/ perawat melakukan cuci tangan 6 langkah  | Kharin |
| 09.03 WIB | 2 | Mengobservasi lukaE/ luka pasien tampak bersih namun masih terlihat basah di bagian tengah. Pada bagian pinggir sudah mulai mengering | Kharin |
| 2 | Membersihkan kulit dengan teratur E/ luka pasien tampak bersih |
| 2 | Memonitor tanda dan gejala infeksiE/ luka pasien tampak bersih tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak ada nanah, tidak ada pendarahan |
| 2 | Mempertahankan teknik aseptik pada pasienE/ perawat melakukan perawatan luka dengan teknik steril |
| 2 | Melakukan teknik perawatan luka dengan sterilE/ pasien sangat kooperatif saat perawat melakukan tindakan perawatan luka. Pasien tampak meringis. Pasien mengatakan khawatir dengan lukanya |
| 1 | Mengidentifikasi respon nyeri non verbalE/ pasien tampak meringis ketika luka perbannya di ganti. Namun ketika diberi relaksasi nafas dalam, pasien mulai rileks kembali |
| 09.25 WIB | 2 | Mencuci tangan sesudah kontak dengan pasienE/ perawat melakukan teknik cuci tangan 6 langkah | Kharin |
| 14.00 WIB | 1,3 | Memberikan teknik relaksasi nafas dalam pasien diposisikan fowler, kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior, kemudian pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik lalu dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan tindakan ini diulang sebanyak 15 kali.E/ pasien melakukan nya dengan baik. Pasien mengatakan sekarang sering menggunakan teknik ini ketika sedang gelisah dan nyeri. Skala nyeri dari 4 (0-10) menjadi skala nyeri 3 (0-10) | Kharin |
| 1 | Mengidentifikasi skala nyeriE/ skala nyeri pasien 3 (0-10) |

Hari ke-4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 15 April 202315.00 WIB | 1 | Mengobservasi TTVE/ TD : 112/82 mmHgN : 82x/menitRR : 20x/menitS : 37°CSpO2 : 98% | Kharin |
| 15.05 WIB | 1 | Mengidentifikasi skala nyeri E/ pasien mengatakan nyeri nya sudah sangat mendingan dari sebelumnya karena sering melakukan relaksasi nafas dalam. Skala nyeri 3 (0-10) | Kharin |
| 15.07 WIB | 3 | Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)E/ sudah tidak ada tanda-tanda ansietas, pasien mengatakan sudah tidak khawatir karena percaya kepada suaminya dan perawat akan selalu membantunya dengan baik | Kharin |
| 15.10 WIB | 3 | Mendengarkan dengan penuh perhatian E/ pasien tampak sangat rileks | Kharin |
| 3 | Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkanE/ pasien tampak sangat tenang |
| 15.15 WIB | 1,3 | Memberikan teknik relaksasi nafas dalam pasien diposisikan fowler, kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior, kemudian pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik lalu dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan tindakan ini diulang sebanyak 15 kali.E/ pasien kooperatif dan pasien terlihat rileks. Skala nyeri pasien dari 3 (0-10) menjadi skala nyeri 3 (0-10) | Kharin |
| 16.00 WIB | 1,2 | Memberikan obat Ambacim 1 g rute iv, Rativol 30 mg rute IV, dan Pumpitor 40 mg rute IVE/ pasien kooperatif saat diberikan obat melalui intravena,tidak ada alergi obat,dan tidak ada pembengkakan | Kharin |
| 16.15 WIB | 2 | Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasienE/ perawat melakukan cuci tangan 6 langkah | Kharin |
| 16.17 WIB | 2 | Mengobservasi lukaE/ luka pasien tampak bersih dan lukanya mulai mengering | Kharin |
| 2 | Membersihkan kulit dengan teraturE/ luka pasien tampak bersih |
| 2 | Memonitor tanda dan gejala infeksiE/ luka pasien tampak bersih, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak ada nanah, tidak ada pendarahan |
| 2 | Mempertahankan teknik aseptik pada pasienE/ perawat melakukan perawatan luka dengan teknik steril |
| 2 | Melakukan teknik perawatan luka dengan sterilE/ selama dilakukan tndakan perawatan luka, pasien terus berelaksasi nafas dalam. |
| 1 | Mengidentifikasi respon nyeri verbalE/ pasien tampak lebih rileks ketika perbannya di copot |
| 16.25 WIB | 2 | Mencuci tangan sesudah kontak dengan pasienE/ perawat melakukan teknik cuci tangan 6 langkah | Kharin |
| 19.00 WIB | 1 | Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat paracetamol 500 mgE/ pasien kooperatif saat diberi obat oral | Kharin |
| 20.00 WIB | 1,3 | Memberikan teknik relaksasi nafas dalam pasien diposisikan fowler, kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior, kemudian pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik lalu dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan tindakan ini diulang sebanyak 15 kali.E/ pasien melakukan dengan baik dan kooperatif. Skala nyeri pasien dari 3 (0-10) menjadi skala nyeri 2 (0-10) | Kharin |
| 1 | Mengidentifikasi skala nyeriE/ skala nyeri pasien 2 (0-10) |

Hari ke-5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 16 April 202312.00 WIB | 1 | Mengobservasi TTVE/ TD : 123/83 mmHgN : 98x/menitRR : 20x.menitS : 36,5°CSpO2 : 99% | Kharin |
| 12.05 WIB | 1 | Mengidentifikasi skala nyeriE/ pasien mengatakan nyeri nya sudah sangat jarang datang, nyerinya saat di buka perban saja. Skala nyeri 2 (0-10) | Kharin |
| 12.07 WIB | 3 | Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)E/ pasien mengatakan sudah tidak khawatir dengan kondisinya dan sudah tidak takut melihat lukanya karena selalu ada keluarga yang mendukungnya. Pasien tampak tenang | Kharin  |
| 12.10 WIB | 3 | Mendengarkan dengan penuh perhatian E/ pasien tampak senang ketika bercerita | Kharin |
| 3 | Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyankinkanE/ pasien tampak tenang dan sangat rileks |
| 12.15 WIB | 2 | Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasienE/ perawat melakuak cuci tangan 6 langkah | Kharin |
| 12.17 WIB | 2 | Mengobservasi lukaE/ luka pasien tampak bersih dan pinggirnya sudah kering | Kharin |
| 2 | Membersihkan kulit dengan teraturE/ luka pasien tampak bersih |
| 2 | Memonitor tanda dan gejala infeksiE/ luka pasien tampak bersih, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah, tidak pendarahan |
| 2 | Mempertahakan teknik aseptik pada pasienE/ perawat melakukan perawatan luka dengan teknik steril |
| 2 | Melakukan teknik perawatan luka dengan sterilE/ pasien sangat kooperatif saat melakukan tindakan perawatan luka. Pasien tampak rileks saat di bersihkan luka |
| 1 | Mengidentifikasi respon nyeri non verbalE/ pasien tampak rileks dan tenang ketika perbannya di ganti |
| 12.25 WIB | 2 | Mencuci tangan sesudah kontak dengan pasienE/ perawat melakukan teknik cuci tangan 6 langkah | Kharin |
| 12.30 WIB | 1,3 | Memberikan teknik relaksasi nafas dalampasien diposisikan fowler, kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior, kemudian pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik lalu dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan tindakan ini diulang sebanyak 15 kali.E/ pasien mengatakan teknik ini sangat membantu dalam menurunkan nyeri dan gelisahya, namun masih terasa nyerinya saat dibuka perban Skala nyeri pasien dari 2 (0-10) menjadi skala nyeri 2 (0-10) | Kharin |
| 1 | Mengidentifikasi skala nyeri E/ skala nyeri pasien 2 (0-10) |

### **Gambaran Evaluasi**

Setelah dilakukan Implementasi Keperawatan selama 5 hari dari tanggal 12-16 April 2023, didapatkan hasil evaluasi akhir sebagai berikut :

Tabel 4. 6 Evaluasi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal / Waktu** | **Dx** | **Evaluasi** | **Paraf Pelaksana** |
| 16 April 202312.35 WIB | 1 | S :* Pasien mengatakan masih nyeri saat dibuka perban bekas luka operasinya

O :* Pasien tampak tenang
* Pasien tampak meringis saat dibuka perbannya
* Skala nyeri 2 (0-10)

A : Nyeri akutP : Intervensi dilanjutkan* Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
* Identifikasi respon nyeri non verbal
* Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
* Berikan teknik nonfarmakologis distraksi nafas dalam
* Kontrollingkungan yang memperberat rasa nyeri
* Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
* Jelaskan strategi meredakan nyeri
* Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri dan ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
* Beri obat sesuai dengan program terapi :
* Rativol 2x30 mg IV
* Pumpitor 2x40 mg IV
* Paracetamol 2x500 mg Oral

I :* Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

E/ pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi payudara sebelah kiri, nyeri nya seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan ketika sedang beraktivitas dan kadang hilang timbul, intensitas nyeri nya sedang, pasien tampak meringis kesakitan, faktor yang memperberat nyerinya ketika beraktivitas dan ketika istirahat nyeri nya berkurang. skala nyeri 2 (0-10)* Memberikan teknik relaksasi nafas dalam pasien diposisikan fowler, kedua telapak tangan dengan bagian tengah telapak tangan berada pada batas bawah iga ke-12 anterior, kemudian pasien menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan menahannya selama 2-3 detik lalu dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan tindakan ini diulang sebanyak 15 kali.

E/ pasien mengatakan teknik ini sangat membantu dalam menurunkan nyeri dan gelisahya, namun masih terasa nyerinya saat dibuka perban Skala nyeri pasien dari 2 (0-10) menjadi skala nyeri 2 (0-10)* Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

E/ lingkungan sekitar pasien tenang dan tidak berisik* Menjelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, dan strategi meredakan nyeri

E/ setelah perawat menjelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, dan strategi meredakan nyeri pasien dapat mengulang semua yang sudah di jelaskan oleh perawat dan pasien tampak mengerti.* Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri dan ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

E/ pasien mengatakan akan melakukan apa yang dianjurkan oleh perawat* Memberikan obat Rativol 2x30 mg IV, Pumpitor 2x40 mg IV, Paracetamol 2x500 mg Oral

E/ pasien kooperatif saat diberikan obat, pasien tidak ada alergi obat, dan tidak ada flebitisE : Nyeri akut teratasi sebagianR : berikan teknik distraksi nafas dalam dan kaji ulang skala nyeri | Kharin |
| 16 April 202312.30 WIB | 2 | S : -O :* Luka nya mengering
* Tidak ada kemerahan
* Luka nya bersih
* Tidak ada tanda dan gejala infeksi
* Keluarga dan pasien sudah mengetahui tata cara perawatan luka dengan benar dan sudah bisa mempraktekan nya

A : Resiko infeksi P : Intervensi dilanjutkan * Monitor tanda dan gejala infeksi
* Observasi luka, lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna luka
* Bersihkan luka bekas operasi pasien dengan teratur
* Lakukan teknik perawatan luka dengan steril
* Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan
* Pertahankan teknik aseptik pada pasien
* Anjurkan pasien menggunakan pakaian yang onggar
* Anjurkan cuci tangan dengan benar
* Berikan penkes perawatn luka secara steril
* Beri obat sesuai dengan program terapi : ambacim 2x1 g IV

I :* Memonitor tanda dan gejala infeksi

E/ luka pasien tampak bersih, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak nanah, tidak pendarahan* Observasi luka, lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna luka

E/ saat di buka perban nya luka pasien tampak bersih, lokasinya terletak di payudara sebelah kiri, karakteristik lukanya mulai mengering, warna nya putih, perkiraan kedalaman lukanya kurang lebih 2 cm* Bersihkan luka bekas operasi pasien dengan teratur

E/ saat dibersihkan pasien kooperatif dan luka nya bersih* Lakukan teknik perawatan luka dengan steril

E/ saat dilakukan perawatan luka,pasien tampak tenang dan kooperatif* Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan

E/ perawat melakukan teknik 6 langkah cuci tangan* Pertahankan teknik aseptik pada pasien

E/ perawat melakukan perawatan luka dengan steril* Anjurkan pasien menggunakan pakaian yang onggar

E/ pasien mengikutin anjuran yang diberikan oleh perawat untuk memakai pakaian longgar* Anjurkan cuci tangan dengan benar

E/ pasien dapat mencuci tangan dengan teknik 6 langkah* Memberikan penkes perawatan luka dengan steril

E/ pasien dapat merawat luka nya dengan steril di rumah* Beri obat sesuai dengan program terapi : ambacim 2x1 g IV

E/ pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak ada alergi obat dan tidak terjadi flebitisE: resiko infeksi teratasi sebagianR: kaji ulang tanda gejala infeksi  | Kharin |
| 16 April 202312.35 WIB | 3 | S :* Pasien mengatakan tidak khawatir tentang perawatan lukanya
* Pasien mengatakan tidak khawatir dengan kondisinya

O :* Pasien tampak tenang
* Pasien tampak rileks

A : Masalah teratasiP : Intervensi dihentikan | Kharin |

Tabel 4. 7 Hasil Observasi Skala Nyeri

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identitas pasien** | **Jenis kelamin** | **Usia**  | **Test**  | **Hari ke 1** | **Hari ke 2** | **Hari ke 3** | **Hari ke 4** | **Hari ke 5** |
| Ny. R | p | 37th | Pre | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 |
| post | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 |



Keterangan

0 : Tidak nyeri

1-3 : Mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan

4-6 : Rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang

7-10 : Rasa nyeri yag sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit, bahkan teriak, nyeri berat

## **Pembahasan Studi Kasus**

Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 5 hari dengan proses keperawatan yang meliputi mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan hingga evaluasi maka akan dibahas terkait fakta yang didapat dilapangan yang dikaitkan dengan teori.

Kanker payudara merupakan penyakit keganasan yang paling banyak menyerang wanita. Penyakit ini disebabkan karena terjadinya pembelahan sel-sel tubuh secara tidak teratur sehingga pertumbuhan sel tidak dapat dikendalikan dan akan tumbuh menjadi benjolan tumor (kanker) (Wijaya & Putri, 2013). Menurut Karnila (2018), penyebab ca mammae dikarenakan genetik, usia, menarche, riwayat kesehatan, riwayat reproduksi, menggunakan obat kontrasepsi yang lama, dan penggunaan terapi estrogen. Tanda-tanda seseorang menderita ca mammae menurut Wijaya & Putri, (2013) antara lain adalah kulit cekung, deviasi putting susu, nyeri pada payudara, kulit tebal, dan inflamasi pada payudara.

 Kanker payudara ini umumnya sering terjadi pada usia dewasa yang berada pada usia diatas 40-70 tahun. Namun, pasien Ny. R menderita penyakit kanker payudara di umur 37 tahun dikarenakan dari pola makan yang tidak benar seperti, makan bakso setiap hari dan sehari bisa 3x dalam sehari. Selain itu pasien kanker payudara diakibatkan karena adanya peningkatan hormon estrogen. Hormon estrogen akan menstimulasi estrogen terhadap pembelahan sel epitel dan metabolitnya yang secara langsung bertindak sebagai mutagen. Pasien Ny. R memiliki bayi dan tidak menyusui. Kemudian faktor yang menyebabkan kanker payudara itu adanya genetik dari keluarga, dikarenakan gen BRCA1 & BRCA2 (Breast Cancer Gen) untuk membantu menjaga pertumbuhan dan pembelahan sel payudara. Mutasi gen BRCA1 & BRCA2 mencetuskan keganasan dan yang berperan dalam proses produksi protein untuk memperbaiki kerusakan DNA, kemudian produksi protein pun turut terdampak, efeknya menimbulkan gangguan pembelahan sel terus menerus yang berujung kanker. Keluarga pasien Ny. R dulunya ada yang mengidap kanker payudara, dan kakek nya mengidap kanker rektum.

Ny. R mengalami tanda dan gejala setelah melakukan operasi *Modified Radical Mastectomy* (MRM), yaitu nyeri. Proses terjadinya nyeri itu diawali dengan transduksi, proses dimana stimulus noksius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor), kemudian masuk ke proses transmisi dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (*ascendens*)*,* dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex. Proses ketiga, modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri.

Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti seperti morfin. Proses terakhir persepsi, proses interaksi yang kompleks dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi sepanjang aktivasi sensorik yang sampai pada area primer sensorik korteks serebri dan masukan lain bagian otak yang akhirnya menghasilkan suatu penafsiran subjektif yang disebut persepsi nyeri. MRM (*Modified Radical Mastectomy*) adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor, *nipple* aerola kompleks, kulit diatas tumor dan fascia pektoral serta diseksi aksila level I-II. Dari tindakan tersebut munculah gejala nyeri yang menyebabkan aktivitas pasien terganggu. Cara yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri akut adalah teknik relaksasi nafas dalam. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, ketentraman hati, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus nyeri-ansietas-ketegangan otot (Kemenkes, 2022).

Setelah dilakukan intervensi selama 5 hari, didapatkan hasil sebelum diberikan Tindakan Ny. R merasakan nyeri, pasien hanya bisa duduk diatas tempat tidur dengan bantuan keluarga, aktivitas pasien juga seluruhnya dibantu oleh keluarga dan perawat. Pada hari terakhir dilakukan implementasi yaitu hari kelima, pasien mengatakan nyeri masih berada diskala 2 (0-10) yang berarti masalah diagnosa utama nyeri akut belum teratasi.

Teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri dikarenakan peningkatan fokus terhadap nyeri yang beralih pada relaksasi nafas, sehingga suplai oksigen dalam jaringan akan meningkat dan otak bisa berelaksasi. Otak yang berelaksasi akan merangsang tubuh untuk menghasilkan hormon endorpin yang menghambat transmisi impuls nyeri ke otak yang dapat menurunkan sensasi nyeri sehingga menyebabkan intensitas nyeri yang dialami responden berkurang. Keuntungan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah bahwa dapat merileksasikan otot-otot yang tegang, nyeri, teknik ini dapat dilakukan setiap saat, kapan saja, dan dimana saja, kemudian caranya sangat mudah (Kemenkes, 2022)

Hasil studi kasus ini sejalan dengan penelitian yang mengungkapkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dapat mengatasi nyeri yang di rasakan oleh pasien ca mammae menunjukan rata-rata nyeri ringan (intensitas nyeri 1-3) dan nyeri sedang (intensitas nyeri 4-6). Hasil uji Wilcoxon dengan nilai *p value* sebesar 0.001 (*p value* <0.05) yang berarti ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan relaksasi *slow deep breathing* terhadap penurunan intensitas skala nyeri kanker.

Penulis menyimpulkan berdasarkan hasil penerapan di atas bahwa pemberian teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan intensitas skala nyeri.

1.
2.
3.
4. 1.
	2.

## **Keterbatasan Studi Kasus**

Studi kasus mengenai asuhan keperawatan pada Ny. R dengan gangguan nyeri akut di ruang ali bin Abi Thalib yang bertempat di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat yang telah dilaksanakan selama 5 hari terdapat keterbatasan yaitu :

1. Tindakan teknik relaksasi nafas dalam, untuk mengurangi nyeri pasien juga didampingi dengan terapi obat analgetik yang di berikan sesuai dengan advice dokter sehingga penurunan tidak murni hanya dari efek teknik relaksasi nafas dalam.
2. Pasien di rawat di rumah sakit hanya 4 hari setelah dilakukan operasi sehingga 1 hari berikutnya penulis melakukan tindakan teknik relaksasi nafas dalam di rumah pasien, dengan keterbatasan waktu yang diperlukan.