

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada tinjauan kasus ini, akan diuraikan tentang asuhan keperawatan pada Tn. S. post operasi Total Laringektomi.

#### **3.1. Pengkajian**

##### **3.1.1 pengumpulan data**

Pengkajian: Pada tanggal 25 Maret 2014 jam 08.00 WIB. Post operasi hari ke 5.

##### 1. Identitas

Nama pasien adalah Tn. S. pasien berjenis kelamin laki- laki.Usianya 51 tahun. bersuku Bangsa Jawa. Pekerjaannya pegawai swasta. Pendidikan terakhirnya adalah Tamat SMA. Alamat rumahnya Sidoarjo.Tanggal masuk rumah sakit 18 Mei 2014 jam 14.00 WIB, di Ruang Teratai, No. Register 12245204, dengan Diagnosa kanker laring. Operasi dilakukan pada tanggal 20 Mei 2014 jam 07.00 WIB.

##### 2. Keluhan Utama

Pasien mengungkapkan dengan bahasaisyaratperutnya sebah.

##### 3. Riwayat Kesehatan

###### 1) Riwayat Penyakit Sekarang

Tn. S dengan diagnosa kanker laring dilakukan tindakan operasi total laringektomi di leher pada tanggal 20 Mei 2014. Pasien masuk ruang Operasi pada pukul 07.00 WIB.Pasien keluar dari ruang Operasi pada pukul 12.30, hasil pemeriksaan observasi di Recovery Room tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36<sup>2</sup>°C, pernapasan 20x/menit.

Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS 4/5/6, terpasang Infus NaCl. Pasien mengeluh tidak dapat berbicara dan tidak boleh menelan.

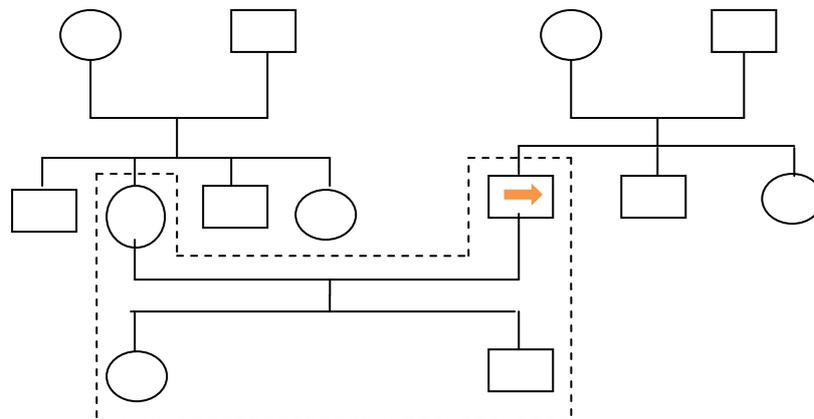
2) Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan suara pasien parau lama- kelamaan hilang sejak  $\pm$  2 tahun dan pasien sering keluar masuk rumah sakit karena sesak nafas.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit kanker laring.

Genogram :



Keterangan :

○ : laki – laki hidup

□ : perempuan hidup

→ : pasien

— : hubungan

----- : yang tinggal serumah

Gambar 3.1 Genogram

#### 4) Pola Fungsi Kesehatan

##### a. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

###### **Pre operasi**

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit, pasien mandi 2x sehari, cuci rambut dan sikat gigi. Pasien membersihkan telinganya seingatnya saja, 6 bulan yang lalu pasien merokok sehari  $\pm$  20 batang.

###### **Post operasi**

Pasien mengatakan setelah kembali dari ruang operasi tanggal 20 Mei 2014, pasien hanya disibin oleh keluarga, selama 5 hari pasien tidak mencuci rambut dan sikat gigi. Pasien sudah tidak merokok.

##### b. Pola Nutrisi dan Metabolisme

###### **Pre operasi**

Pasien makan 3x sehari, dengan jenis makanan yang dimakan yaitu nasi, sayur, lauk, dan buah. Tn. S tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan. Pasien biasa minum air putih  $\pm$  2000 cc perhari. Saat di rumah sakit pasien makan pagi dengan diet TKTP  $\pm$  8 sendok makan, makan siang dengan diet TKTP  $\pm$  6 sendok makan dan makan malam dengan diet TKTP  $\pm$  7 sendok makan.

###### **Post operasi**

setelah operasi sejak tanggal 20 Mei 2014 pasien makan melalui sonde diet susu 6 x 200- 250 cc. Pasien dilarang minum dan menelan ludah  $\pm$  14 hari.

c. Pola Eliminasi

1. Eliminasi Alvi

**Pre Operasi**

Tn. S biasanyabuang air besar 1x dalam sehari, dengan konsistensi lembek, berwarna coklat kekuningan dan berbau khas. Keluarga Pasien mengatakan Tn. S terakhir buang air besar sebelum operasi tanggal 20 mei 2014 jam. 4.00 WIB.

**Post Operasi**

Tn.S setelah operasi tanggal 20 mei 2014 belum buang air besar sama sekali selama 5 hari, pasien mengeluh perutnya terasa sebah.

2. Eliminasi Uri

**Pre Operasi**

Pasien biasanya buang air kecil 4 – 5 x dalam sehari dengan konsistensi kuning jernih, berbau khas dan secara spontan.

**Post Operasi**

Pasien terpasang selang kateter sejak tanggal 20 mei 2014. Produksi urine tampung  $\pm$  1.000cc / hari, warna kuning, dan berbau khas urine.

d. Pola Istirahat dan tidur

**Pre Operasi**

Pasien biasa tidur malam  $\pm$  8 jam dan Tidak pernah tidur siang. Tn. S tidak memiliki kebiasaan khusus sebelum tidur. Tidak ada kebiasaan mengigau saat tidur. Semenjak masuk rumah sakitpasientidak mengalami gangguan tidur.

**Post Operasi**

Pasien tidur nyenyak dan tidak mengalami gangguan tidur, pasien tidur dalam sehari  $\pm$  10 jam

- e. Pola Aktivitas dan Latihan

**Pre Operasi**

Pasien sehari-harinya bekerja mulai jam 08.00- 14.00 WIB. Setelah bekerja pasien menghabiskan waktunya di rumah bersama keluarganya. Saat di rumah sakit pasien hanya berbaring di tempat tidur.

**Post Operasi**

Pasien post operasi kanker laring hari ke 5 hanya berbaring di tempat tidur dengan posisi duduk, meminta bantuan jika membutuhkan sesuatu.

- f. Pola Persepsi dan Konsep Diri

**Pre Operasi**

1. Gambaran Diri

Pasien merasa sudah menjaga kesehatannya semaksimal mungkin. Pasien tetap percaya diri meskipun suaranya parau.

2. Harga Diri

Pasien tidak merasa malu dengan penyakit yang dideritanya saat ini karena ini sebuah ujian.

3. Ideal Diri

Pasien berharap cepat sembuh agar bisa kembali pulih dan berkumpul bersama keluarganya lagi.

#### 4. Peran

Pasien berperan sebagai kepala keluarga, suami dari seorang istri dan ayah dari 2 orang anak

#### 5. Identitas Diri

Pasien berjenis kelamin laki-laki, sudah menikah dan mempunyai 2 anak, dan Pasien bekerja.

### **Post Operasi**

#### 1. Gambaran Diri

Pasien merasa sudah menjaga kesehatannya semaksimal mungkin. Pasien tetap percaya diri meskipun kehilangan suaranya dan terdapat lubang di leher.

#### 2. Harga Diri

Pasien tidak merasa malu dengan penyakit yang dideritanya saat ini karena ini sebuah ujian.

#### 3. Ideal Diri

Pasien berharap cepat sembuh agar bisa kembali pulih dan berkumpul bersama keluarganya lagi.

#### 4. Peran

Pasien berperan sebagai kepala rumah tangga, suami dari seorang istri dan ayah dari 2 orang anak

#### 5. Identitas Diri

Pasien berjenis kelamin laki-laki, sudah menikah dan mempunyai 2 anak, dan Pasien tidak bekerja.

g. Pola Sensori dan Kognitif

2. Sensori

**Pre Operasi**

Pasien mengatakan suaranya parau  $\pm$  2 tahun dan lama kelamaan menjadi hilang 6 bulan yang lalu, sedangkan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan, berfungsi dengan baik.

**Post Operasi**

pasien mengatakan susah untuk berkomunikasi setelah operasi pada tanggal 20 Mei 2014, pasien berkomunikasi hanya dengan bahasa isyarat. Pasien juga tidak bisa membedakan bau karena penciumannya ganti lewat stoma, sedangkan penglihatan, perabaan dan pendengaran berfungsi dengan baik.

3. Kognitif

**Pre Operasi**

Sejak 2 tahun yang lalu pasien belum mengetahui penyakit yang dideritanya, baru 6 bulan terakhir ini pasien mengetahui penyakitnya.

**Post Operasi**

pasien dan keluarga mengetahui bahwa cara perawatan post operasi adalah dilarang menelan ludah  $\pm$  14 hari, makan melalui selang, menjaga luka agar tidak sampai terkena air dan menjaga agar balutan tetap bersih.

h. Pola Reproduksi Seksual

**Pre Operasi**

Keluarga pasien mengatakan ia sebagai seorang suami, mempunyai 2 orang anak, anak pertama perempuan umur 22 tahun dan anak yang ke 2 laki- laki

umur 15 tahun. Pasien tidak menggunakan alat kontrasepsi dan Hubungan suami istri tetap berjalan dengan baik.

### **Post Operasi**

Keluarga pasien mengatakan pasien sebagai seorang suami, mempunyai 2 orang anak, anak pertama perempuan umur 22 tahun dan anak yang ke 2 laki-laki umur 15 tahun. Pasien tidak menggunakan alat kontrasepsi dan Hubungan suami istri tetap berjalan dengan baik.

#### **i. Pola Hubungan dan Peran**

### **Pre Operasi**

Keluarga pasien mengatakan hubungan Tn. S dengan keluarganya terjalin dengan harmonis dan baik dengan masyarakat sekitar meskipun tidak dapat berbicara dengan jelas. Pasien menggunakan bahasa jawa dalam komunikasi sehari-harinya.

### **Post Operasi**

Tn. S post operasi hari ke 5 tidak dapat menjalin komunikasi dengan baik dan tidak dapat berbicara dengan jelas dan terdapat lubang di leher.

#### **j. Pola Penanggulangan Stres**

### **Pre Operasi**

Pasien mengatakan apabila Tn.S ada masalah pasti akan membicarakan dengan keluarga.

### **Post Operasi**

Semua yang ada pada perasaan pasien selalu diceritakan pada istrinya.

k. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

**Pre Operasi**

Tn. S beragama islam, sehari-hari melaksanakan shalat 5 waktu. Saat di rumah sakit pasien sempat melaksanakan shalat wajibnya. pasien dan keluarganya meyakini sakit yang dideritanya adalah cobaan dari Allah SWT.

**Post Operasi**

Pasien mengatakan setelah operasi tidak mampu melakukan shalat wajib karena kondisinya yang masih lemah pasca operasi total laringektomi.

5) Pemeriksaan Fisik

a. Status Kesehatan Umum

Keadaan Penyakit sedang, Kesadaran Compos Mentis, berbicara hanya dengan mimik mulut, Pernapasan Frekwensi 24x/menit, irama reguler, tipe pernapasan normal, terdapat ronchi, bernafas melalui stoma lapang di leher, Suhu Tubuh  $36^{\circ}\text{C}$ , Nadi Frekwensi 88x/menit, irama reguler, kualitas kuat, Tekanan Darah 120/90 mmHg

b. Kepala

Bentuk simetris. Rambut warna hitam ada uban lurus, keadaan kulit kepala bersih tidak ada ketombe, tidak ada benjolan di kepala, tidak ada nyeri tekan

c. Muka

Wajah simetris, wajah berminyak, tidak odema, tidak ada nyeri tekan / lesi. Raut muka klien tegang.

d. Mata

Mata simetris, bersih tidak ada sekret, tidak ada perdarahan, reflek pupil terhadap cahaya bagus, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus,

pergerakan bola mata simetris, di palpasi tekanan bola mata kanan dan kiri sama, dan tidak ada nyeri tekan

e. Telinga

Bentuk simetris, tidak ada lesi atau massa, tidak ada benjolan, tidak ada serum, tidak ada gangguan pendengaran.

f. Hidung

Tidak dapat membedakan bau, terpasang NGT sebelah kiri, lubang hidung bersih tidak ada sekret, tidak ada epistaksis, tidak ada polip, mukosa hidung lembab, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada pernapasan cuping hidung.

g. Mulut dan Faring

Keadaan bibir dan mukosa mulut kering kering, tidak ada sariawan, warna gigi putih, gigi lengkap, tidak memakai gigi palsu, gusi tidak bengkak, tidak ada ulkus lidah.

h. Leher

Post operasi hari ke 5 terdapat stoma lapang di leher, luka post operasi tertutup dengan kasa kering, luka post operasi berbentuk U dengan diameter 10 cm, warna luka agak kemerah-merahan, tidak ada tanda-tanda infeksi.

i. Thorak

Bentuk dada tampak normal, simetris, tidak ada luka, gerakan dada: frekwensi 20x/menit, irama reguler, ictus cordis tidak tampak. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ictus cordis teraba di ICS 5 dan 6, vokal vremitus pergerakan dada sama. Perkusi suara normal atau sonor dan ada suara nafas tambahan ronchi.

## j. Abdomen

Tampak adanya pembesaran perut, tidak bias buang air besar selama lima hari, tidak ada luka, tidak ada jaringan parut, dan ada massa. Perkusi suara kembung, bising usus  $\pm$  6 kali permenit.

## k. Inguinal, genital, dan Anus

Genital bersih, terpasang kateter jumlah urin tamping 1000 cc/ hari dan daerah genital dan anus bersih, tidak ada nyeri tekan dan nodul, tidak ada lesi Pada anus juga tidak terdapat gangguan hemoroid.

## l. Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak ada ikterus, tidak ada rash, kulit tubuh lembab, tekstur elastis, akral hangat, CRT 1 detik, tidak ada peningkatan suhu tubuh.

## m. Ekstremitas dan Neurologis

Tulang ekstremitas tidak ada fraktur, tidak ada edema pada ekstremitas. Tingkat kesadaran compos mentis, GCS 456, tidak ada kaku kuduk, tidak ada refleks patologis kernig dan brudzinski.

## 6) Pemeriksaan Penunjang

## a. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal: 23 Maret 2014

Kalium: 3,4 mmol/L (3,5- 5,1)

Kreatinin serum: 1,0 mg/dl (0,6- 1,3)

Natrium: 139 mmol/L (136- 145)

SGOT: 35 u/L (15- 37)

Klorida: 107 mmol/L (98- 107)

SGPT: 27 u/L (12- 78)

Albumin: 3,8 g/dl (3,4- 5,0)

GDA: 73 mg/dl (<100, DM= >126)

BUN: 15 mg/dl (7- 18)

Kalsium: 6,9 mg/dl (8,5- 10,1)

b. Hasil pemeriksaan patologi anatomi

Tanggal 20 maret 2014

1. Makroskopik:

Diterima potongan- potongan jaringan kecil B< 5gr, ukuran: 0,3x 0,2x 0,2 cm, warna putih abu- abu padat rapuh sebagian padat kenyal diproses semua dalam 1 kaset dan 2 imprint.

2. Mikroskopik:

Menunjukkan potongan jaringan dilapisi epitel squamous dengan displasia sedang, tampak pula infiltrasi sel radang mononuklear.

Kesimpulan:

Laring VC:

Dysplasia sedang.

7) Terapi tanggal 25 Mei 2014

Ceftriaxone 2 x 1 gr/iv, vit A 100.000 iv Im senin dan kamis, vit C 1 x 400 gr/iv, Ranitidine 2 x 50 mg/iv,kalsium 3 x 1 tab, diet sonde 6 x 200- 250 cc (susu).

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN:

1. Perubahan pola fungsi kesehatan.
2. Perubahan nutrisi dan metabolisme.
3. Gangguan eliminasi alvi.
4. Perubahan eliminasi uri.
5. Intoleransi aktivitas.
6. Perubahan tata nilai dan kepercayaan.

### 3.1.2 Analisa Data

Setelah pengumpulan data di atas kemudian dikelompokkan sehingga di dapat suatu masalah sebagai berikut:

#### **Post Operasi**

**Tanggal 25 Maret 2014 jam 08.00**

#### 1. Kelompok Data Pertama

##### 1. Data Subyektif

Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat bernafas melalui leher

##### 2) Data Obyektif

Keadaan umum pasien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456, post operasi hari ke lima, tampak adanya luka post operasi Total laringektomi dan stoma lapang, terdapat sekret disekitar stoma lapang, ada reflek batuk, pasien tampak berhati- hati saat batuk, terdapat ronchi. Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 120/ 90 mmHg, suhu 36<sup>o</sup>C, nadi 88x/menit, pernapasan 24x/menit.

##### 3) Masalah yang ditemukan: Bersihan jalan nafas tidak efektif

##### 4) Penyebab: Pengangkatan organ laring.

#### 2. Kelompok Data Kedua

##### 1) Data Subyektif

Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat kesulitan berkomunikasi dengan orang lain karena kehilangan suaranya.

##### 2) Data Obyektif

Terdapat luka post operasi Total Laringektomi hari ke lima tertutup dengan kasa, pasien tampak kesulitan untuk berkomunikasi, pasien hanya

menggunakan mimik mulut dan gerakan tangan.

- 3) Masalah yang ditemukan: Gangguan komunikasi verbal
- 4) Kemungkinan Penyebab: Pengangkatan kardavokalis

### 3. Kelompok Data Kedua:

#### 1) Data Subyektif:

Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat belum buang air besar selama 5 hari, perut terasa penuh

#### 2) Data Obyektif:

Post oprasi total laringektomi hari ke lima, pasien terlihat duduk diatas tempat tidur dengan posisi kepala flaxi, bedres total. Tampak adanya pembesaran perut, tidak ada luka, tidak ada jaringan parut, dan ada massa. Diperkusi suara tympani, bising usus  $\pm$  6 kali permenit.

- 3) Masalah keperawatan: Gangguan eliminasi alvi
- 4) Kemungkinan penyebab: Imobilisasi

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil analisa data di atas dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S adalah:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan pengangkatan pada organ laring, ditandai dengan keadaan umum pasien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456, tampak adanya luka post operasi Total Laringektomi hari ke lima dan Stoma lapang, terdapat suara tambahan rochi, observasi tanda-tanda vital tekanan darah 120/ 90 mmHg, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 88x/menit, pernapasan 20x/menit.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan pengangkatan kardavokalis, ditandai dengan pasien bingung ketika di ajak bicara, berbicara dengan mimik mulut dan gerakan tangannya.
3. Gangguan eliminasi alvi berhubungan dengan imobilisasi ditandai dengan menurunnya bising usus  $\pm$  6 kali permenit, nyeri perut, kembung.

### **3.3 Rencana Keperawatan**

Tahap perencanaan dibawah ini disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yaitu:

#### **Post Operasi**

**Tanggal 25 Maret 2014**

##### **1. Diagnosa keperawatan 1**

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan pengangkatan pada organ laring.

##### 1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x24 jam pasien dapat mempertahankan jalan nafas tetap terbuka

##### 2) Kriteria Hasil

- a. Pasien tampak tenang dan rileks
- b. Bunyi nafas vaskuler
- c. Tidak sesak (RR: 16-20x/ menit)
- d. Pasien dapat mengeluarkan sekret secara optimal
- e. Kemampuan batuk efektif baik
- f. Tanda-tanda vital dalam batas normal

Tekanan darah 110/80 – 120/80 mmHg, nadi 60–100x/menit, pernapasan 16-20x/menit

3) Rencana Tindakan

- a. Observasi frekwensi atau kedalaman pernapasan, auskultasi bunyi napas, observasi adanya kegelisahan, dispnea, dan sianosis.

Rasional:

perubahan pada pernapasan, adanya ronki, mengi, diduga adanya retensi sekret.

- b. Observasi jumlah, warna dan konsistensi secret tiap 8 jam

Rasional:

Mencegah secret menyumbat jalan napas, khususnya bila kemampuan menelan terganggu dan klien tidak dapat meniup lewat hidung.

- c. Observasi TTV dan menanyakan keluhan pasien tiap 8 jam

Rasional:

Mengetahui keadaan umum klien dan menghindari hipotensi atau hipertensi karena imobilisasi.

- d. Tinggikan kepala 30-45 derajat.

Rasional:

memudahkan drainase sekret, kerja pernapasan dan ekspansi paru.

- e. Anjurkan batuk efektif dan napas dalam.

Rasional:

memobilisasi sekret untuk membersihkan jalan napas dan membantu mencegah komplikasi pernapasan.

- f. Kolaborasi dengan dokter untuk terapi nebulizer dan posisi semi fowler.

Rasional:

Menghindari penumpukan secret pada jalan nafas sehingga pasien tidak merasa sesak.

## 2. Diagnosa keperawatan 2

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan pengangkatan pada kordavokalis.

- 1) **Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam komunikai pasien dapat efektif.

2) **Kriteria hasil :**

- a. Pasien dapat berkomunikasi secara non verbal
- b. Pasien dapat menggunakan metode berkomunikasi dengan tepat seperti mimik mulut, gerakan tangan, dan menulis.

3) **Intervensi :**

- a. Jelaskan dampak dari operasi yang telah dilakukan.

Rasional:

untuk mengurangi rasa takut pada pasien.

- b. Observasi pasien mempunyai gangguan komunikasi lain seperti pendengaran dan penglihatan.

Rasional:

adanya masalah lain mempengaruhi rencana untuk pilihan komunikasi.

- c. Berikan pilihan cara komunikasi yang tepat bagi kebutuhan pasien misalnya kertas dan pensil, dan bahasa isyarat.

Rasional:

memungkinkan pasien untuk menyatakan kebutuhan atau masalah.

Catatan : posisi IV pada tangan atau pergelangan dapat membatasi kemampuan untuk menulis atau membuat tanda.

- d. Berikan waktu yang cukup untuk komunikasi.

Rasional:

kehilangan bicara dan stres mengganggu komunikasi dan menyebabkan frustrasi dan hambatan ekspresi, khususnya bila perawat terlihat terlalu sibuk atau bekerja.

- e. Berikan komunikasi non verbal, contoh sentuhan dan gerak fisik.

Rasional:

mengkomunikasikan masalah dan memenuhi kebutuhan kontak dengan orang lain.

- f. Mengingatkan pasien untuk tidak bersuara sampai dokter memberi izin.

Rasional:

meningkatkan penyembuhan pita suara dan membatasi potensi disfungsi pita permanen.

### 3. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan eliminasi alvi berhubungan dengan imobilisasi

- 1) **Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien tidak mengalami konstipasi.

2) **Kriteria hasil:**

- a. Pasien dapat defekasi secara spontan dan lancar tanpa menggunakan obat  
b. Konsistensi feses lunak

- c. Bising usus normal ( 7-12 kali per menit )

**3) Rencana tindakan:**

- a. Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga tentang penyebab konstipasi.

Rasional:

pasien dan keluarga akan mengerti tentang penyebab konstipasi

- b. Auskultasi bising usus tiap 8 jam

Rasional:

Bising usus menandakan sifat aktivitas peristaltik

- c. Berikan intake cairan yang cukup (2 liter perhari) jika tidak ada kontraindikasi

Rasional:

Masukan cairan adekuat membantu mempertahankan konsistensi feses yang sesuai pada usus dan membantu eliminasi regular

- d. Observasi konsistensi feses

Rasional:

Mendeteksi sejak awal adanya gangguan eliminasi alvi seperti melena, konstipasi, diare.

- e. Kolaborasi dengan dokter untuk melakukan mobilisasi sesuai dengan keadaan pasien.

Rasional:

Aktivitas fisik reguler membantu eliminasi dengan memperbaiki tonus otot abdomen dan merangsang nafsu makan dan peristaltic.

### 3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Catatan keperawatan merupakan realisasi dari perencanaan yang telah disusun berdasarkan prioritas:

#### Post Operasi

#### Pelaksanaan Tanggal 25 Maret 2014

##### 1. Diagnosa Keperawatan 1

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan pengangkatan pada organ laring.

##### 1) Membina hubungan saling percaya

Respon :

Pasien dan keluarga dapat menerima dengan baik dan kooperatif.

Dilaksanakan pada jam 08.00

##### 2) Mengukur frekwensi, kedalaman pernafasan dan auskultasi bunyi nafas

Respon :

Pernafasan reguler, RR: 24x/menit, dan ada rochi.

Dilaksanakan jam 08.10

##### 3) Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon :

Tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36<sup>6</sup>°C, pernapasan 24x/menit.

Dilaksanakan jam 08.15

##### 4) Menganjurkan posisi pasien duduk dengan posisi flaksi

Respon :

Pasien kooperatif dan melakukan ajuran yang diberikan perawat.

Dilaksanakan jam 08.30

- 5) Menganjurkan batuk efektif dan nafas dalam

Respon :

Pasien mau mencoba untuk mempraktekkan batuk efektif dan nafas dalam

Dilaksanakan jam 09.00.

- 6) Memberikan nebulizer

Respon:

Pasien kooperatif dengan tindakan perawat dan secret keluar putih bening kental.

Dilaksanakan jam 09.10

## 2. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan pengangkatan pada kordavokalis.

- 1) Menentukan apakah pasien mempunyai gangguan lain seperti penglihatan atau pendengaran

Respon:

Pasien tidak ada gangguan penglihatan dan pendengaran

Dilakukan jam 10.00.

- 2) Mengingatkan pasien tidak bersuara sampai dokter mengijinkan

Respon:

Pasien kooperatif dan pasien berkomunikasi dengan isyarat

Dilakukan jam 10.10.

- 3) Memilih metode komunikasi yang diinginkan pasien seperti tulisan, berbicara, dan bahasa isyarat.

Respon :

Pasien memilih metode komunikasi dengan mimik mulut, gerakan tangan dan menulis.

Dilakukan jam 10.15.

- 4) Mengkaji pasien dalam melakukan komunikasi non verbal

Respon :

Pasien berkomunikasi dengan cara menulis

Dilakukan jam 10.30.

3. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan eliminasi alvi berhubngan dengan imobilisasi

- 1) Memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga tentang penyebab konstipasi

Respon:

Pasien dan keluarga pasien koopertaif dengan penjelasan yang diberikan

Dilakukan jam: 12:30

- 2) Mengobservasi bising usus

Respon:

Bising usus 6 kali permenit

Dilakukan jam:12:40

- 3) Menganjurkan pasien untuk banyak minum air putih

Respon:

Pasien kooperatif dan minum air putih melalui NGT

Dilakukan jam: 12:45.

**Pelaksanaan Tanggal 26 Maret 2014**

## 1. Diagnosa Keperawatan 1

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan pengangkatan pada organ laring.

## 1) Mengukur frekwensi, kedalaman pernafasan dan auskultasi bunyi nafas

Respon :

Pernafasan reguler, RR: 24x/menit, dan ada rochi.

Dilaksanakan jam 08.00

## 2) Memberikan nebulizer

Respon:

Pasien kooperatif dengan tindakan perawat dan secret keluar putih bening kental.

Dilakanakan jam 09.10.

## 3) Menganjurkan batuk efektif dan nafas dalam

Respon :

Pasien mau mencoba untuk mempraktekkan batuk efektif dan nafas dalam

Dilaksanakan jam 09.30.

## 4) Melihat konsistensi secret

Respon:

Warna putih jernih dan kental seperti lendir

Dilakukan jam 09.15.

## 5) Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon :

Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 86x/menit, suhu 36<sup>4o</sup>C, pernapasan

24x/menit.

Dilaksanakan jam 11.00

## 2. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan pengangkatan pada kordavokalis.

### 1) Memberi waktu untuk pasien berkomunikasi dengan bahasa isyarat

Respon:

Pasien menggerakkan tangannya dan mimik mulut saat berkomunikasi

Dilakukan jam 10.15

### 2) Mengkaji pasien dalam melakukan komunikasi non verbal

Respon :

Pasien sering berkomunikasi dengan cara menulis

Dilakukan jam 10.40

## 3. Diagnosa keperawatn 3

Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) berhubungan dengan imobilisasi

### 1. Menganjurkan pasien untuk berbaring tetapi tetap mempertahankan kepala dengan posisi flaksi

Respon:

Pasien melakukan anjuran dari perawat

Dilakukan jam: 10.30.

### 2. Menanyakan sudah buang air besar atau belum dan jika sudah mengobservasi konsistensi feses

Respon:

pasien sudah buang air besar, konsistensi coklat, keras, kecil- kecil dan bau

khas

Dilakukan jam: 13:30

#### **Pelaksanaan Tanggal 27 Maret 2014**

##### 1. Diagnosa keperawatan 1

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan pengangkatan pada organ laring.

##### 1) Mengukur frekwensi, kedalaman pernafasan dan auskultasi bunyi nafas

Respon :

Pernafasan reguler, RR: 20x/menit.

Dilaksanakan jam 08.00

##### 2) Melihat konsistensi secret

Respon:

Warna putih jernih dan kental seperti lendir

Dilakukan jam 08.30.

##### 3) Memberikan nebulizer

Respon:

Pasien kooperatif dengan tindakan perawat dan ronchi tidak ada.

Dilaksanakan jam 09.00.

##### 4) Melakukan observasi tanda-tanda vital

Respon :

Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36<sup>3</sup>°C, pernapasan 20x/menit.

Dilaksanakan jam 11.00.

## 2. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan pengangkatan pada kordavokalis.

- 1) Memberi waktu untuk pasien berkomunikasi dengan bahasa isyarat

Respon:

Pasien menggerakkan tangannya dan mimik mulut saat berkomunikasi jika yang di ajak berkomunikasi tidak faham pasien berkomunikasi dengan menulis.pasien udah mulai terbiasa.

Dilakukan jam 10.00.

- 2) Mengkaji pasien dalam melakukan komunikasi non verbal

Respon :

Pasien sering berkomunikasi dengan cara mimik mulut dan menulis

Dilakukan jam 10.10.

## 3. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan eliminasi alvi berhubungan dengan imobilisasi

- 1) Menanyakan pasien sudah buang air besaratau belum dan jika sudah observasi konsistensi feses

Respon:

Pasien sudah buang air besar, konsistensi coklat, padat dan bau khas

Dilakukan jam: 13:00

### **3.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi dibuat dalam bentuk catatan perkembangan pasien yang dilaksanakan setelah implementasi dilakukan. Catatan perkembangan post operasi Tn. S adalah sebagai berikut :

## Post Operasi

### Evaluasi Tanggal 25 Maret 2014

#### 1. Diagnosa Keperawatan 1

Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan pengangkatan pada organ laring.

Evaluasi jam 08.00

S : Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat batuk dahak

O : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5. Pasien post operasi hari ke lima, pasien tampak batuk, stoma lapang terlihat ada secret yang keluar, terdapat ronchi. Tekanandarah 120/90 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36°C, pernapasan 24x/menit

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakandilanjutkan no 1, 2, 3, 5, dan 6

#### 2. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan pengangkatan pada kordavokalis.

Evaluasi jam 10.00

S : Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat kebingungan saat berkomunikasi

O : Pasien kebingungan ketika perawat mengajak berkomunikasi

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan dilanjutkan no 3 dan 4

### 3. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan eliminasi alvi berhubungan dengan imobilisasi

Evaluasi jam 13.00

S : Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat belum buang air besar 5 hari, perut kembung dan merasa penuh

O : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456. Post operasi total laringektomi hari ke lima, pasien terlihat duduk diatas tempat tidur dengan posisi kepala flaksi, bedres total. Tampak adanya pembesaran perut, tidak ada luka, tidak ada jaringan parut, dan ada massa. Diperkusi suara kembung, bising usus  $\pm$  6 kali permenit.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakandilanjutkan no 4 dan 5

### **Evaluasi Tanggal 26 Maret 2014**

#### 1. Diagnosa Keperawatan 1

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan pengangkatan pada organ laring.

Evaluasi jam 08.00

S : Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat batuk pelan- pelan dan bisa mengeluarkan dahak

O : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456, post operasi hari ke enam. Pasien tampak batuk, stoma lapang terlihat ada secret yang keluar berwarna putih jernih, tidak bau, ada reflek batuk, terdapat ronchi. Tekanandarah 120/80 mmHg, nadi 86x/menit, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , pernapasan 24x/menit

A :Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan dilanjutkan no 1, 2, 3, dan 6

## 2. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan pengangkatan pada kordavokalis.

Evaluasi jam 10.00

S : Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat sudah mulai terbiasa dengan keadaannya

O : Pasien terlihat saat berkomunikasi menggunakan bahasa isyarat, mimik mulut dan kadang- kadang menulis.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Rencana tindakan dilanjutkan no 3 dan 4

## 3. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan eliminasi alvi berhubungan dengan imobilisasi

Evaluasi jam 13.00

S : Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat sudah buang air besar tetapi agak keras.

O : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456.tidak terdapat pembesaran perut, Diperkusi suara normal, bising usus  $\pm$  9 kali permenit, konsistensi feses coklat, keras, kecil- kecil dan bau khas

A :Masalah teratasi

P : Rencana tindakan dilanjutkan no 4

**Evaluasi Tanggal 27 Maret 2014**

## 1. Diagnosa Keperawatan 1

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan pengangkatan pada organ laring.

Evaluasi jam 08.00

S : Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat batuk dan bisa mengeluarkan dahak banyak.

O : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5, post operasi hari ke tujuh. Pasien tampak batuk, stoma lapang terlihat ada secret yang keluar berwarna putih jernih, tidak bau, ada reflek batuk, tidak terdapat ronchi. Tekan darah 120/80 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36<sup>3</sup>°C, pernapasan 20x/menit

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan dilanjutkan no 2,3,4,5 dan 6

## 2. Diagnosa Keperawatan 2

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan pengangkatan pada kordavokalis.

Evaluasi jam 10.00

S : Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat sudah mulai lancar berkomunikasi

O : Pasien terlihat saat berkomunikasi menggunakan bahasa isyarat, mimik mulut dan kadang- kadang menulis.

A : Masalah teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan.

### 3. Diagnosa keperawatan 3

Gangguan eliminasi alvi berhubungan dengan imobilisasi

Evaluasi jam 13.00

S : Pasien mengungkapkan dengan bahasa isyarat sudah buang air besar tetapi agak keras

O : Keadaan umum pasien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456, post operasi hari ke tujuh. Perkusi suara normal, bising usus  $\pm$  12 kali permenit, konsistensi feses pucat, lembek dan bau khas.

A : Masalah teratasi.

P : Rencana tindakan dihentikan.