

BAB IV

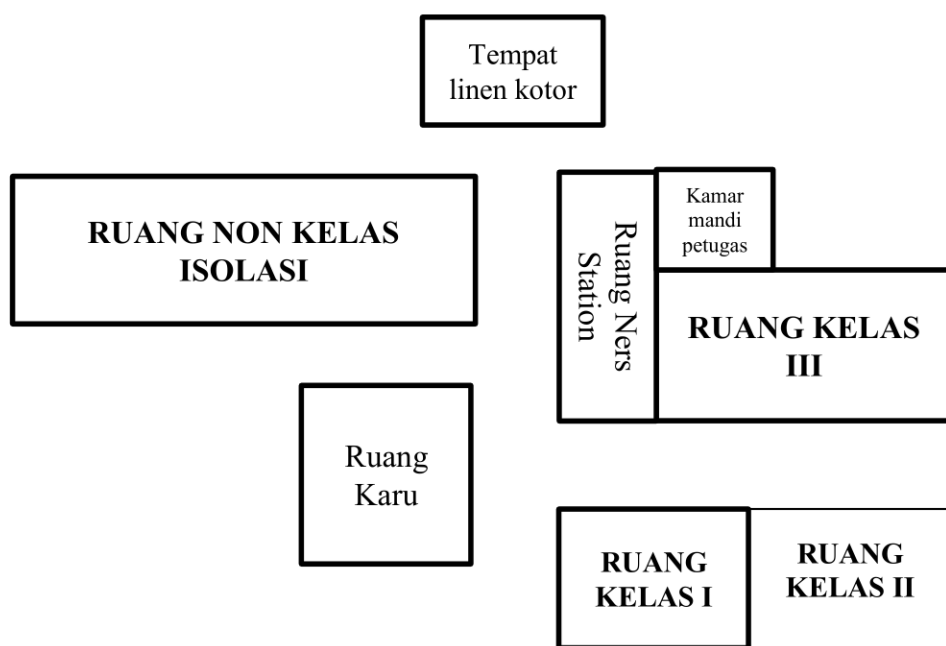
HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini berisikan tentang analisis dari studi kasus asuhan keperawatan pada Tn,Y dengan post operasi Tumor Mediastinum. Penulis menyusun proses asuhan keperawatan melalui langkah-langkah pengkajian, diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan.

A. Hasil

1. Gambar Lokasi Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang. Ruang Ali merupakan ruang khusus penyakit bedah kelas I, II, III dan Non Kelas Isolasi Yang terbagi atas 12 ruang kamar masing-masing. Ruang kamar kelas I, II, III dan Non Kelas Isolasi terdiri sebanyak 43 tempat tidur,yaitu kelas I terdiri 4 tempat tidur, kelas II terdiri 13 tempat tidur, kelas III terdiri 24 tempat tidur dan non kelas isolasi terdiri 2 tempat tidur. Jumlah tenaga kesehatan ada 22 orang yaitu 2 orang dokter,16 perawat pelaksana, 1 orang kepala ruangan, Ketua tim 2 orang, Adminstrasi ruang ali 1 orang.



1.3 Denah Ruang Ali RSUD Bangkinang.

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

TANGGAL PENGKAJIAN : 23-04-2019

2 . PENGKAJIAN

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. Y
Umur : 24 Thn
Pendidikan : SLTA
Suku Bangsa : Indonesia
Pekerjaan : Operator SD
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Batu Bersurat Kec XIII Koto Kampar
No. Telp / HP : 082391187141
No. Medical Record : 148073
Ruang Rawat : Ali Bin Abi thalib 2
Golongan Darah : -

b. Penanggung Jawab

Nama : Tn.S
Pekerjaan : Petani
Alamat : Batu Bersurat Kec XIII Koto Kampar
No. Telp / HP : -

c. Data Saat Masuk RS

Tanggal Masuk RS : 22 -04-2019
Jam Masuk RS : 17.30
Yang Mengirim/Merujuk : Datang sendiri
Cara Masuk : Di bawa di ruang perawatan IGD
Alasan Masuk/Chief Complain : Ada Tumor di dada kanan Pasien
Diagnosa Medis Saaat Masuk : Tumor Mediastinum
Ruang Rawat : Ali Bin Abi thalib 2
Diagnosa Medis
saat pengkajian : Post op Tumor Mediastinum

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

- 1). Keluhan Utama / Gejala : Pasien mengatakan nyeri pada luka post op dada kanan, napas sesak dan lemas sulit bergerak dibantu oleh keluarga
- 2). Kondisi atau keadaan klien saat pengkajian (menggunakan alat bantu, jelaskan)
Terpasang IUFD Otsu D5% 18x/menit

Masalah keperawatan : - Gangguan Rasa Nyaman Nyeri
- Ketidak efektifan Pola Napas
- Perubahan Mobilitas Fisik

e. Riwayat Pengobatan Terakhir

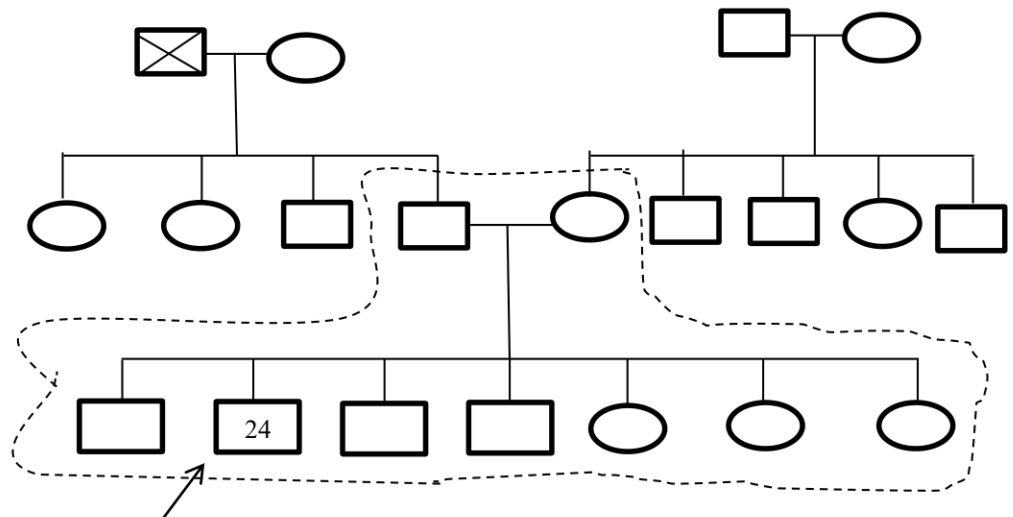
Apakah sudah berobat Ya () belum
Bila berobat kemana : PUSKESMAS
Penanganan yang diterima Dirawat () Obat-obatan
 Berobat jalan ()
Bila dirawat dimana : RSUD

f. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

1). Penyakit yang pernah diderita : Tumor Mediastinum
2). Penyebab penyakitnya : Tidak Ketahui
3). Apakah sudah berobat Ya () Tidak
Bila sudah kemana : RSUD
Penanganan yang diterima Dirawat
() Berobat jalan
() Obat-obatan
Bila berobat jalan : Obat-obatan yang diterima
Tidak di ketahui
Bila dirawat : Alasan dirawat
Ingin Cepat sembuh penyakitnya
Tindakan yang dilakukan : Operasi pengangkatan tumor
Sembuh Ya () Tidak
4). Pernah dioperasi Ya () Tidak
Bila pernah,
Kapan : Jam 13.00
Tempat : OKA
Lokasi Operasi : OKA Lantai 2
5). Alergi () Ya Tidak
Jika Ya pada () makanan
() Obat
() lain-lain
Jelaskan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

g. Riwayat Kesehatan Keluarga

1). Kejadian penyakit keturunan/menular/lain-lain : Riwayat kesehatan keluarga pasien,tidak ada yang mengalami masalah penyakit keturunan atau menular
2). Genogram keluarga
Contoh :



Keterangan :

□ : Laki - Laki

○ : Perempuan

⊠ : Meninggal

↗ : Yg sakit

----- : Serumah

h. Riwayat Psikososial dan Spiritual

1). Psikologis

Suasana hati / mood : Baik
 Karakter : Ramah
 Keadaan emosional : Terkontrol baik
 Konsep diri : Baik

Persepsi pasien terhadap penyakitnya :

- Hal yang amat dipikirkan saat ini :
 Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul dengan keluarganya.
- Harapan setelah menjalani perawatan : Lepas sembuh dan boleh pulang.
- Perubahan yang dirasakan setelah sakit :
 Klien sekarang merasa baik, merasa tenang, dan emosinya terkontrol dengan baik.

Mekanisme koping : Santun, Pasien Kooperatif

2). Sosial

- Orang yang terdekat dengan pasien : Ayah
- Hubungan antar keluarga : Baik
- Hubungan dengan orang lain : Baik
- Perhatian terhadap orang lain : Pasien perhatian terhadap orang lain
- Perhatian terhadap lawan bicara : Pasien perhatian terhadap lawan bicara
- Kegemaran / Hobi : Bermain sepak bola

3). Spiritual

- Pelaksanaan Ibadah : Klien tidak dapat menjalankan ibadah
- Kepercayaan / keagamaan dan aktivitas keagamaan yang ingin dilakukan
Shalat 5 waktu, dan membaca alqur'an
- Keyakinan kepada tuhan : Allah Swt
- Lain – lain, jelaskan : Pasien dan keluarga mempunyai keyakinan keyakinan dan berdoa kesembuhan klien.
- Keluhan Lain : Tidak ada keluhan
- Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

i. Pola Kesehatan Fungsional

1). Pola Nutrisi dan Cairan

a) Makan

(1) Sehat

- Pola makan : 3x/hari
- Makan pantangan : Udang dan Kacang
- Makanan kesukaan : Sayur
- Diet Khusus : Tidak ada

(2) Sakit

- Pola makan : 3x/hari
- Diet : MB (Makanan Biasa)

- Keluhan () Anoreksia
- () Nausea
- () Vomitus
- () Disphagia

- Makanan pantangan : tidak ada

Perubahan Berat Badan Tetap () Meningkat () Menurun
Jelaskan : Tidak menentu
Keluhan lain : Tidak ada keluhan

b) Cairan / Minum

(1) Sehat

Pola minum : 3 gelas sehari
Minuman kesukaan : Teh dan Air putih

(2) Sakit

Intake cairan () Oral : Air putih
() NGT : Tidak ada
() Parenteral : Inj. Vicilin(IV)
() Total : Tidak terkaji
Keluhan lain : Tidak ada keluhan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2). Pola Eliminasi

a) BAK

(1) Sehat

Jumlah Urine : ±900 ml/24 jam
Warna : Kuning pekat
Bau : Khas
Pola BAK : Tidak menentu
() Urgency () Dysuria
() Polyuria () Anuria
() Olygouria
() Urinary suppression

Masalah eliminasi urine () Retensi urine
() Inkontinensia urine
() Enuresis
() Nokturia
() Hematuri

(2)Sakit

Jumlah urine : ± 800 ml/24 jam
Bau : Khas
Volume : ± 200cc
Warna : Kuning

Pola BAK () Urgency () Dysuria
() Polyuria () Anuria
() Urinary Supresion () Oligouri

Masalah eliminasi urine () Retensi urine () Enuresis

() Inkontinensia urine () Nokturia
() Hematuri

Keluhan lain : Tidak ada keluhan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

b) BAB

(1) Sehat

Konsistensi : Lembek

Bentuk : Tidak terkaji

Lendir () Ada Tidak

Darah () Ada Tidak

Masalah Eliminasi Bowel Tidak ada

() Melena

() Diare

() Konstipasi

() fecal Infection

() Inkontinensia Alvi

() Kembung

() Hemoroid / nyeri saat BAB

Pemakaian laksatif () Ya Tidak

(2) Sakit

Konsistensi : Tidak terkaji

Warna : Tidak terkaji

Bau : Tidak terkaji

Pola Defekasi : Tidak terkaji

Bentuk : Tidak terkaji

Jumlah : Tidak terkaji

Masalah Eliminasi Bowel () Diare

() Konstipasi

() fecal Infection)

() Inkontinensia Alvi

() Kembung

() Hemoroid / nyeri saat BAB

Keluhan lain : Pasien belum BAB Selama di RS

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan yang di timbulkan

3). Pola Aktivitas / Latihan

a) Sehat

Pola aktivitas sehar –hari : Bekerja

Latihan fisik

Jenis : Mengetik sebagai operator

Frekuensi : Tidak menentu

Lama : 4 jam

Aktivitas yang membuat

lelah :Terlalu lama melihat computer sebagai opeator

Gangguan pergerakan

Penyebab : Tidak terkaji

Gejala : Tidak terkaji

Efek : Tidak terkaji

b) Sakit

Pola aktivitas sehari-hari : Tidak Bekerja

Latihan fisik

Jenis : Tidak ada

Frekuensi : Tida ada

Lama : Tidak menentu

Aktivitas yang membuat

lelah : Terlalu lama tempat tidur

Gangguan pergerakan

Penyebab : Penurunan kekuatan otot, kontrol dan atau masa

Gejala : Nyeri jika bergerak

Efek : Intoleransi aktivitas/penurunan kekuatan dan stamina

Keluhan lain : Kelemahan fisik

Masalah keperawatan : Perubahan mobilitas fisik b/d kelemahan fisik

4). Pola Istirahat Tidur

a) Sehat

Pola tidur : Baik

Malam : ±6 jam

Siang : ±3 jam

Total : ±9 jam

Gangguan tidur Insomnia Hypersomnia

Parasomnia Narcolepsy

Mendengkur dan Apnoe tidur

Mengigau

Dampak pola tidur Segar

Alat bantu tidur Obat

b) Sakit

Pola tidur : Klien merasa nyaman tidur

Malam : ±6 jam

Siang : ±3 jam

Total : ±9 jam

Gangguan tidur	<input type="checkbox"/> Insomnia	<input type="checkbox"/> Hypersomnia
	<input type="checkbox"/> Parasomnia	<input type="checkbox"/> Narcolepsy
	<input type="checkbox"/> Mendengkur dan Apnoe tidur	
	<input checked="" type="checkbox"/> Mengigau	
Dampak pola tidur	<input checked="" type="checkbox"/> Segar	<input type="checkbox"/>
Alat bantu tidur	<input type="checkbox"/> Obat	<input type="checkbox"/>
Keluhan lain	: Tidak ada	

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5). Personal Hygiene

a) Sehat

Mandi	: 2x/hari
Gosok gigi	: 2x/hari
Cuci Rambut	: 2x/hari
Potong kuku	: 1x/minggu
Hambatan pemenuhan Kebutuhan personal Hygiene	: Tidak ada masalah

b) Sakit

Mandi	:2x/hari (dilakukan di bed,di lap dengan bantuan keluarga)
Gosok gigi	:2x/hari (dilakukan di bed dengan bantuan keluarga)
Cuci Rambut	:2x/hari (dilakukan di bed dengan bantuan keluarga)
Potong kuku	:2x/hari (dilakukan di bed dengan bantuan keluarga)
Hambatan pemenuhan Kebutuhan personal Hygiene	: Sudah dilakukan di bantu keluarga
Keluhan lain	:Klien mengalami penurunan tingkat kesadaran sehingga tidak bisa memenuhi perawatan dirinya sendiri
Masalah keperawatan	: Gangguan pemenuhan perawatan diri

j. Catatan Khusus

- 1) Apakah pasien mengerti tentang penyakit yang di deritanya Ya Tidak
- 2) Bila dulu pernah di rawat, macam kegiatan perawatan apa yang dirasakan terganggu : Dulu pasien pernah sekali di rawat RSUD Bangkinang dengan mengalami tumor mediastinum di dada sebelah kanan dan penyakit masih belum sembuh sekarang dirawat RSUD lagi dan dioperasi lagi di

tumor dada sebelah kanannya. Pasien mengalami kecemasan pada saat operasi.

- 3) Bagaimana hubungan suami istri sebelum dan sesudah sakit : Hubungan klien dan anggota keluarganya baik dan perhatian lawan bicara juga baik, saat di ajak bicara oleh perawat, sehingga sangat membantu dalam perawatan klien sendiri.
- 4) Apakah ada pertanyaan yang diajukan Ya Tidak
- 5) Bila ada : Klien mengatakan ingin hilang cepat rasa sakitnya, agar bisa cepat berkumpul keluarga lagi.

k. Pemeriksaan Fisik

1) Umum

Keadaan Umum Baik Cukup Sedang
 Buruk Dyspnea Nyeri
Tingkat Kesadaran Komposmentis Apatis
 Somnolen Delirium
 Sopor Koma

Tinggi Badan : 162cm
Berat Badan : 40kg
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2) Tanda-tanda vital

Suhu : 36,2°C
Nadi : 62x/menit
Pernafasan : 28x/menit
Tekanan Darah : 90/60mmhg

3) Integumen

Kulit

Inspeksi

Kebersihan kulit Bersih Kotor
Warna kulit Normal Coklat
 Pucat Ikterik
 Merah Albinisme
 Sianosis Ptechie
Lesi Ya Tidak
Jaringan Parut Ya Tidak
Edema Ya Tidak
Kelembaban Lembab Berminyak

Lain-lain () Kering () Normal
: Tidak ada masalah keperawatan

Palpasi :

Suhu (✓) Dingin () Hangat
Tekstur (✓) Halus () Kasar
Turgor (✓) Baik () Menurun
Lain-lain : Tidak ada
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4) Kuku

Inspeksi

Warna (✓) Normal () Sianosis () Pucat
Bentuk (✓) Normal () Tidak
Lesi () Adanm (✓) Tidak
Keadaan (✓) Bersih () Kotor

Palpasi

Capillary Refill (✓) Normal () Lambat
Lain-lain : Tidak ada
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5) Rambut dan Kepala

Inspeksi

Kuantitas (✓) Tipis () Lebat
Distribusi (✓) Normal () Jarang () Alopesia

Palpasi

Tekstur () Halus (✓) Kasar
Kulit Kepala (✓) Normal () Peradangan
() Tumor/ Pembengkakan () Lesi
() Nyeri tekan

Keadaan rambut (✓) Bersih () Pecah-pecah
() Pediculosa () Ketombe
() Kotor () Rontok
Tekstur () Halus () Kasar

Lain-lain : Tidak ada
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah yang timbul

6) Wajah / Muka

Inspeksi

Simetris () Ya (✓) Tidak
Ekspresi Wajah () Emosi () tidak (✓) Meringis
Kelainan () Jerawat () Kanker () Pucat

7) Leher

Inspeksi	:		
Warna	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Icterus	
	<input type="checkbox"/> Jaringan Parut	<input type="checkbox"/> Merah	
	<input type="checkbox"/> Pembengkakan		
Palpasi	:		
Leher	<input checked="" type="checkbox"/> Panas	<input type="checkbox"/> Nyeri tekan	
Kelenjar Limfe Submandibula	<input type="checkbox"/> Membesar	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	
Kelenjar Tiroid	<input type="checkbox"/> Membesar/gondok	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	
JVD	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	
Lain-lain	: Tidak ada masalah		
Masalah Keperawatan	: Tidak ada masalah keperawatan		

8) Thorax/ Dada dan Paru-paru

Inspeksi	:		
Postur	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Elevasi klavikula	
Bentuk	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Pigeon Chest	
	<input type="checkbox"/> Funnel Chest	<input type="checkbox"/> Barel Chest	
Pola Nafas	<input type="checkbox"/> Eupnea	<input type="checkbox"/> Cheyne Stokes	
	<input checked="" type="checkbox"/> Takipnea	<input type="checkbox"/> Biot's	
	<input type="checkbox"/> Bradipnea	<input type="checkbox"/> Kusmoul	
	<input type="checkbox"/> Apnea	<input type="checkbox"/> Apneustik	
	<input type="checkbox"/> Hiperventilasi		
Sifat Pernafasan	<input checked="" type="checkbox"/> Dada	<input type="checkbox"/> Perut	
Retraksi Interkostalis	<input type="checkbox"/> Ada	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	
Batuk	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
	<input checked="" type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Darah	
Palpasi	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Nyeri tekan	
	<input type="checkbox"/> Massa	<input type="checkbox"/> Peradangan	
Ekspansi Paru pada sisi kanan dan kiri	<input checked="" type="checkbox"/> Simetris	<input type="checkbox"/> Asimetris	
Taktil Fremitus			
Anterior	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Keras	<input type="checkbox"/> Lemah
Posterior	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Keras	<input type="checkbox"/> Lemah
Perkusi Paru	<input checked="" type="checkbox"/> Resonan/ Normal	<input type="checkbox"/> Pekak	<input type="checkbox"/> Timpani
Auskultasi	:		
Bunyi Nafas	<input type="checkbox"/> Vesikuler	<input checked="" type="checkbox"/> Bronkovesikuler	
	<input type="checkbox"/> Bronkeal	<input type="checkbox"/> Trakeal	
	<input type="checkbox"/> Ronchi kering	<input type="checkbox"/> Wheezing	
	<input type="checkbox"/> Ronchi basah / Roles		
Lain-lain	: Tidak ada		

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9) Payudara

Inspeksi Normal Tidak
Palpasi Normal Pembengkakan
Lain-lain : Klien mengalami pembengkakan bekas luka operasi sebelah kanan
Masalah Keperawatan : Gangguan rasa nyaman nyeri luka post op sebelah kanan

10) Kardiovaskuler

Inspeksi :
Pulsasi Apikal Terlihat Tidak terlihat
Perkusi Redup
Auskultasi :
Murmur ya Tidak
Bunyi Jantung :
S1 Normal Tidak
S2 Normal Tidak
Bunyi Tambahan S3 S4
Lain – lain : Tidak ada masalah
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11) Abdomen / Perut

a) Abdomen

Inspeksi Normal Pembesaran
 Jaringan Parut Vena-vena
Auskultasi :
Bising Usus Terdengar Sangat lambat
 Tidak ada Hiperaktif
Perkusi :
Hepar Pekak Tidak ada.....
Limpa Redup Tidak ada.....
Abdomen Tymphani Tidak ada.....
Palpasi Ringan Normal Massa
 Nyeri tekan Distensi bladder

b) Anus

Normal Hemoroid
 Lesi Kemerah-merahan
Lain –lain : Tidak ada
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

12) Genitalia

Inspeksi Normal Tidak, sebutkan

Kateter Terpasang Tidak
 Palpasi Normal Hernia
 Lesi Nyeri tekan
 Lain-lain : Tidak ada
 Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13) Muskuloskeletal

Inspeksi

Otot : Ukuran Normal Atrofi Hipertrofi
 Kontraktur Ya Tidak
 Tremor Ya Tidak
 Tulang Normal Deformitas
 Tulang Belakang Normal Kifosis Skoliosis
 Lordosis Fraktur
 Sendi Normal Bengkak Krepitasi
 ROM Normal Terbatas

Palpasi

Otot Normal Flaciditas Spastisitas
 Tulang Normal Nyeri tekan
 Pembengkakan
 Sendi Normal Nyeri tekan
 Bengkak
 Lain-lain : Tidak ada
 Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan yang timbul

14) Persarafan / Neurologi

GCS (3 – 15) : E:4 M:6 V:5
 Orientasi Orang Tempat Waktu
 Atensi Baik Tidak
 Berbicara Normal Tidak
 Sensasi Nyeri Sentuhan
 Tekanan Suhu
 Penciuman Baik Tidak berfungsi
 Pengecapan Baik Tidak baik
 Ingesti-digesti : Mengunyah Mampu Tidak
 : Menelan Mampu Tidak
 Gerakan : Berjalan Mapu Tidak mampu
 Parestesia pada :
 Kejang Ya Tidak
 Lain-lain : kelemahan fisik tidak mampu bergerak
 Masalah Keperawatan : Gangguan rasa nyaman nyeri pada luka bekas operasi

l. Hasil Pemeriksaan Diagnostik (tulis tanggal pemeriksaan)

Tanggal pemeriksaan 23 – 04 – 2019

Hb : 14,5% gr/dL
Lekosit : $18.0 \cdot 10^9/L$
Hematokrit : 39,2%
Trombosit : $282 \cdot 10^9/L$

m. Program/ Therapi Dokter :

- IUFD RL
- Inj. Vicilin 2x 1,5mg IV
- Inj. Ranitidin 2x 50mg IV
- Inj. Keterolac 2x30mg IV
- Metrodinazole 3x1 mg IV

n. Catatan Tambahan :

Nyeri didada sebelah kanan, Tampak bekas luka post operasi, skala nyeri 3

Bangkinang, 23 – 04- 2019
Nama Mahasiswa

ANALISA DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

3. ANALISA DATA

a. Analisa Data

NO	DATA FOKUS (SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF)	MASALAH	PENYEBAB
1	DS : - Pasien mengatakan nyeri pada luka post op - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul DO : - Muka pasien nampak meringis - Skala nyeri 3 - Pasien tampak memegang area yang sakit	Gangguan Rasa Nyaman Nyeri	Lukabekas operasi
2	DS: - Pasien mengatakan sesak dan kesulitan bernapas - Pasien mengatakan batuk batuk adanya sputum DO: - Pasien tampak sesak dan batuk - RR : 28x/i - Batuk berdahak - Tampak retraksi di dada	Pola napas tidak efektif	Penekanan jaringan paru oleh sel tumor
3	DS : - Pasien mengatakan masih lemah dan tidak bisa melakukan aktifitas sendiri dan harus di bantu orang lain - Pasien mengatakan nyeri jika bergerak - Pasien mengatakan sulit bergerak DO : - Keadaan umum lemah - Aktivitas terbatas dan di bantu oleh keluarga - Pasien tampak sulit bergerak	Perubahan mobilitas Fisik	Kelemahan Fisik

b. DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN (BERDASARKAN PRIORITAS MASALAH)	TANDA TANGAN
1	Gangguan rasa nyaman nyeri b/d luka bekas operasi pada Tumor Mediastinum	
2	Ketidak efektifan pola napas b/d penekanan jaringan paru oleh sel tumor	
3	Perubahan mobilitas fisik b/d Kelemahan fisik	

c. Intervensi Keperawatan

Nama Pasien : Tn.Y
 Umur : 24th 3bl 20 hari

Nomor Register : 148073
 Diagnosa Medis :Tumor Mediastinum
 Ruang / Kamar :Ali bin Abi Thalib 2

NO	TGL/JAM	DIGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
1	23-04-2019 09.30	Gangguan rasa nyaman nyeri b/d luka bekas op pada Tumor Mediastinum.	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24/jam nyeri dapat berkurang atau hilang.dengan kriteria hasil : a) Mampu mengontrol nyeri. b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. c) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.	1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidak nyaman. 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4. Ajarkan tentang teknik non farmakologi. 5. Anjurkan pasien untuk meningkatkan istirahat. 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik.	1. Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien. 2. Untuk mengetahui tingkat ketidak nyamanan yang di rasakan pasien. 3. Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri. 4. Agar pasien mampu menggunakan non farmakologi dalam memmanagement. 5. Untuk mengurangi nyeri yang di rasakan. 6. Pemberian analgetik dapat mengurangi nyeri yang di rasakan.
2	23-04-2019 11.15	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penekanan jaringan paru oleh sel tumor	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama3x24jam pasien menunjukkan keefektifan pola nafas.dengan kriteria hasil :	1. Kaji frekuensi, kedalaman dan upaya pernapasan. 2. Auskultasi bagian dada anterior dan posterior. 3. Ajarkan kepada klien tentang batuk efektif dan teknik napas	1. Melihat/mengetahui frekuensi pernapasan, kedalaman, adanya kelainan/gangguan pernapasan. 2. Mengetahui adanya bunyi napas tambahan.

			<p>a) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dg mudah, tidak ada pursed lips).</p> <p>b) Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).</p> <p>c) Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).</p>	<p>dalam.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Atur humidifier oksigen. 5. Anjurkan klien minum air hangat dipagi hari. 6. Atur posisi klien dengan ambulasi dan ubah posisi. 7. Anjurkan intake 1.5-2 L/hari kecuali kontraindikasi. 8. Berikan obat bronkodilator, antitusi vitamin dan antibiotik. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Memudahkan klien untuk mengeluarkan sekret, agar klien tahu tentang cara mengeluarkan sekret yang menumpuk. 4. Mensuplai oksigen dan mengurangi kerja pernafasan. 5. Minum air hangat dapat memudahkan pengeluaran sekret. 6. Sekret bergerak sesuai perubahan tubuh terhadap gravitasi. 7. Mengencerkan secret/hidrasi. 8. Antibiotik menghambat dan membunuh kuman, antitusif menurunkan rangsangan batuk, vitamin meningkatkan ketahanan tubuh, bronkodilator melegakan pernafasan.
3.	23-04-2019 14.30	Perubahan mobilitas fisik b/d kelemahan fisik	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien dapat meningkatkan dan melakukan aktifitas sesuai kemampuan tanpa di sertai dengan nyeri. dengan kriteria hasil : Pasien dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan toleransi aktifitas dan pasien dapat beristirahat dengan nyaman.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji respon pasien terhadap aktifitas. 2. Anjurkan pasien untuk beristirahat. 3. Bantu dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari sesuai kebutuhan. 4. Tingkatkan aktifitas secara bertahap. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keluhan kelemahan. 2. Dengan istirahat dapat mempercepat pemulihan. 3. Dapat memberikan rasa tenang dan aman pada pasien. 4. Meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional.

d. Implementasi Keperawatan

CATATAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : Tn.Y

Kamar : Ali Bin Abi Thalib 2

TGL	JAM	NO. DX	TINDAKAN KEPERAWATAN	Nama Jelas Perawat
23/04/2019	09.30	I	<ol style="list-style-type: none">1. Mengukur vital sign pasien2. Mengkaji keluhan dan keadaan umum pasien3. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif4. Mengobservasi reaksi pasien terhadap rasa nyeri yang di rasakan5. Menganjurkan pasien melakukan teknik non farmakologi : napas dalam ketika merasa nyeri6. Pukul 17.00 wib mengelola pemberian obat analgetik keterolak 30mg/ml7. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan istirahat	EKO HUSYAINI
23/04/2019	11.15	II	<ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian nebulizer2. Menganjurkan pemberian air hangat3. Melakukan teknis nafas dalam dan batuk efektif4. Memberi posisi yang nyaman pada klien5. Pemberian O26. Memantau adanya sianosis dan pucat7. Memonitor vital sign	EKO HUSYAINI
23/04/2019	14.30	III	<ol style="list-style-type: none">1. Mengkaji respon klien terhadap aktifitas R/:Klien tampak lemas2. Menganjurkan klien untuk beristirahat R/:Klien belum bisa beristirahat dengan nyaman karena nyeri3. Membantu dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari sesuai kebutuhan4. Meningkatkan aktifitas secara bertahap	EKO HUSYAINI

e. Evaluasi Keperawatan

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien: Tn.Y
Kamar : Ali Bin Abi Thalib 2

Nomor Register : 148073
Diagnosa Medis :Tumor Mediastinum

TGL	NO. DX	JAM	SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALISA, PLANNING (SOAP)	PARAF
23/04/2019	I	09.30	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka post op</p> <p>O : - Muka pasien nampak menahan nyeri -Skala nyeri 3 - TD : 90/60mmhg - S : 36,2’c - N : 62x/menit - RR : 28x/menit - Klien post op tumor kolon hari ke 2</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji skala nyeri 2. Kaji ttv 3. Sarankan pasien untuk mengatur napas dalam 4. Anjurkan pasien untuk istirahat dengan menggunakan teknik relaksasi 5. Kolaborasi dengan tim medis 	
23/04/2019	II	11.15	<p>S : Klien mengatakan masih mengeluh sesak</p> <p>O : - Klien nampak sesak dan masih terdapat sputum ketika batuk - Terpasang O2 nasal kanul 2ltr/menit - Tanda – tanda vital TD : 110/70mmhg N : 62x/menit RR : 28x/menit S : 36,2’c</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Terapi O2 2. Monitor pola napas 3. Monitor vital 	
23/04/2019	III	14.30	<p>S : Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas normal</p> <p>O : Klien tampak lemas,ADL dibantu oleh keluarga</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji skala nyeri 2. Berikan posi yang nyaman 3. Batasi kunjungan agar pasien merasa nyaman dalam istirahat 4. Ciptakan lingkungan yang nyaman 5. Kolaborasi dengan tim medis 	

B. Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan post operasi Tumor Mediastinum yang dilaksanakan pada tanggal 23 April 2019 dengan masalah gangguan nyaman nyeri luka bekas operasi.

1. Pengkajian

Menurut carpenito & Moyet, 2009 (dikutip dalam Haryanto,2009) pengkajian merupakan tahap pengumpulan data tentang individu, keluarga, dan kelompok yang sistematis.

Tanda dan gejala yang timbul akibat penyakit atau proses tumor adalah nyeri dada, sesak nafas, kelemahan fisik. (Aman et al, 2010)

Tumor didada dapat memberikan dampak secara psikologis. Dampak psikologis yang muncul adalah kecemasan, depresi, dan stres (Winda & Sudiantara, 2013).

Tumor mediastinum adalah tumor yang terdapat di dalam mediastinum, yaitu rongga yang berada di antara paru kanan dan kiri berisi jantung, pembuluh darah arteri, pembuluh darah vena, trakhea, kelenjar timus, syaraf, jaringan ikat, kelenjar getah bening dan salurannya. Rongga mediastinum sempit dan tidak dapat diperluas sehingga pembesaran tumor dapat menekan organ di dekatnya dan menimbulkan kegawatan yang mengancam jiwa (Alsagaff, 2010).

Tumor adalah suatu benjolan abnormal yang ada pada tubuh, sedangkan mediastinum adalah suatu rongga yang terdapat antara paru-

paru kanan dan paru-paru kiri yang berisi jantung, aorta, dan arteri besar, pembuluh darah vena besar, trakea, kelenjar timus, saraf, jaringan ikat, kelenjar getah bening dan salurannya. Jadi, Tumor mediastinum adalah tumor yang berada di daerah mediastinum. Tidak ada hal yang spesifik yang dapat mencegah tumor mediastinum ini. Tetapi jika kita terbiasa berperilaku hidup sehat insyaallah kita akan terhindar dari penyakit tumor dan kanker. (Rahmadi, 2010).

Pada saat pengkajian didapatkan data yaitu Tn. Y mengalami nyeri pada di dada sebelah kanan. Gejala awal yang dirasakan oleh Tn. Y adalah timbul benjolan di dada kanan pada awalnya sebesar ibu jari lama-lama melebar dan terasa nyeri. Tn. Y pernah melakukan operasi tumor pada tahun 2017 di RSUD Bangkinang, dan Tn. Y juga menjalani terapi kemoterapi yang ke 4. Karakteristik nyeri yang dialami Tn. Y adalah nyeri terasa saat bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada luka dada kanan, skala nyeri 3, nyeri hilang timbul. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital Tn. Y yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 62 kali per menit, frekuensi pernafasan 28 kali permenit, suhu 36,2°celcius. Hasil Pemeriksaan Patologi anatomi dengan kesimpulan: Menunjukkan limfoma hodgkin nodular sklerosis.

Hubungan karakteristik nyeri dan kecemasan sangat kompleks, kecemasan seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi juga dapat menimbulkan sesuatu perasaan kecemasan (Potter dan Perry, 2009, dikutip dalam Doortua, dkk, 2015). Price & wilson, 2009 (dikutip dalam

Doortua, dkk, 2015) melaporkan suatu bukti bahwa stimulus nyeri mengaktifkan sistem limbic yang diyakini mengendalikan emosi seseorang khususnya kecemasan.

Tingkat kecemasan dan intensitas nyeri mempunyai korelasi yang sangat signifikan, kecemasan sendiri dapat menyebabkan nyeri. Nyeri selalu diikuti gangguan emosi seperti cemas, depresi dan iritasi. Orang yang cemas dan tegang akan membuka gerbang sehingga rangsang nyeri akan meningkat (Kaplan, 2010 dikutip dalam Doortua, dkk, 2015)

Nyeri pada pasien tumor merupakan suatu fenomena subjektif yang merupakan gabungan antara faktor fisik. Nyeri dapat berasal dari berbagai bagian tubuh ataupun sebagai akibat dari terapi dan prosedur yang dilakukan termasuk operasi, kemoterapi dan radioterapi. Nyeri yang dialami oleh penderita tumor dada diakibatkan pengaruh langsung terhadap organ yang terkena dan pengaruh langsung terhadap jaringan lunak yang terkena (Rasjidi, 2010).

2. Diagnosa Keperawatan

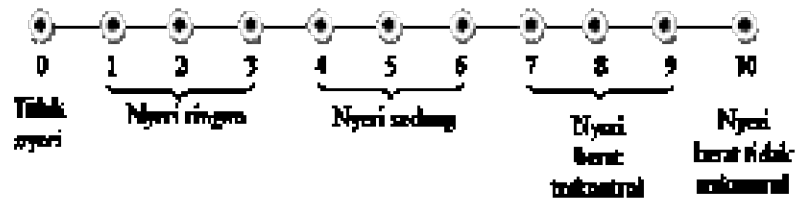
Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Heardman & Shigemi Kamitsuru, 2015).

Diagnosa yang mungkin muncul menurut Nurafif dan Kusuma (2013) pada pasien tumor adalah nyeri dengan etiologi adanya penekanan massa tumor.

Perumusan diagnosa keperawatan dalam kasus ini didasarkan pada keluhan utama dan beberapa karakteristik yang muncul pada Tn. Y. Data yang muncul pada klien sesuai dengan karakteristik untuk masalah gangguan rasa nyaman nyeri, yaitu adanya perilaku ekspresif, perilaku distraksi, adanya ungkapan secara verbal atau isyarat dan bukti-bukti obyektif lainnya (Nurarif Amin H & Kusuma H. 2015).

Berdasarkan kasus yang dialami Tn. Y didapatkan masalah keperawatan yaitu gangguan rasa nyaman nyeri b/d luka bekas operasi pada tumor mediastinum, ketidak efektifan pola napas b/d penekanan jaringan paru oleh sel tumor, perubahan mobilitas fisik b/d kelemahan fisik.

Penulis menentukan skala nyeri pada Tn. Y didasarkan pada skala Numeric Pain Rating Scale merupakan alat ukur skala nyeri unidimensional yang berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm, 0 menunjukkan tidak nyeri dan 10 nyeri berat. Pengukuran nyeri dilakukan dengan menganjurkan pasien untuk memberikan tanda pada angka yang ada pada garis lurus yang telah disediakan dan memberikan tanda titik dimana skala nyeri pasien dirasakan. Selanjutnya untuk interpretasi dilihat langsung dimana pasien memberikan tanda untuk skala nyeri yang dirasakannya (Solehati dan Kosasih, 2015)



Sumber : Elkin, *et al.*, (2000) dalam Solehati dan Kosasih (2015)

3. Intervensi

Perencanaan tindakan pada kasus ini ditujukan intervensi pada masalah keperawatan dengan kasus nyeri, yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien diharapkan klien dapat mengontrol nyeri dengan karakteristik hasil klien melaporkan bahwa nyeri berkurang, ekspresi wajah rileks, skala nyeri berkurang menjadi 2, tanda-tanda vital dalam batas normal (Moorhead, et al. 2016). Intervensi yang seharusnya dilakukan sesuai teori dalam Nuratif dan Kusuma (2015) ialah lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi non verbal dari ketidak nyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, kontrol lingkungan yang dapat mengontrol nyeri, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.

Berdasarkan masalah keperawatan berhubungan dengan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan luka bekas operasi pada tumor mediastinum dapat dilakukan beberapa rencana keperawatan Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri teratasi, tidak meringis menahan nyeri, skala nyeri berkurang menjadi 1, tanda- tanda vital dalam batas normal.

Penyusunan intervensi dalam kasus ini tidak sepenuhnya sesuai dengan teori, namun disesuaikan dengan kebutuhan dan keadaan klien. Intervensi pada Tn.Y yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi: dimana lokasi nyeri dirasakan, karakteristik: seberapa berat nyeri dirasakan, seperti tertusuk-tusuk atau tertimpa benda berat, durasi: seberapa lama atau sering nyeri dirasakan, frekuensi: kadang-kadang atau terus menerus nyeri dirasakan, dan faktor presipitasi: faktor pencetus terjadinya nyeri, memonitor vital sign, ajarkan tentang teknik relaksasi nafas dalam, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik.

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2010).

Pasien tumor dada yang mengalami nyeri, biasanya di rumah sakit hanya diberikan terapi secara farmakologis tanpa ada intervensi khusus dalam perawatannya, dengan begitu bisa dikatakan bahwa intervensi

mandiri perawat dalam mengatasi nyeri belum adekuat. Perawat masih mengutamakan tindakan kolaboratif dengan pemberian analgesik. Obat analgesik jenis NSAID (*Non- Steroid Anti Inflamasi Drugs*) masih merupakan kunci utama dan yang biasa digunakan dalam menangani nyeri tumor (Fadilah, 2016).

Implementasi yang dilakukan pada Tn. Y selama 3 hari perawatan di rumah sakit dengan diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri adalah mengukur tanda-tanda vital, mengkaji nyeri secara komprehensif, mengajarkan klien dan keluarga tehnik relaksasi nafas dalam.

Fokus implementasi yang dilakukan pada Tn. Y untuk mengatasi nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam. Relaksasi nafas dalam adalah merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembus nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Relaksasi juga dapat mengurangi rasa cemas akibat nyeri, sehingga dapat mencegah nyeri bertambah berat. Relaksasi napas dalam dapat menjadi pilihan untuk memberikan sensasi kenyamanan yang dapat meredakan ketegangan dan membuat pasien menjadi rileks akibat nyeri. Cara kerja dari relaksasi nafas dalam ini menyebabkan terjadinya pelepasan endorfin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri (Potter & Perry, 2011).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2009).

Hasil evaluasi apabila pasien tumor dada mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul respon relaksasi. namun setiap pasien yang menghembuskan nafas secara perlahan dapat mengungkapkan ekspresi dan letak kenyamanan yang berbeda - beda (Fadilah, 2016).

Evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 23 - 24 April 2019 adalah pasien masih merasakan nyeri pada luka post operasi dada sebelah kanan dengan skala 3 (0-10) yaitu klien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan karakteristik P: nyeri saat bergerak, Q: nyeri cunut-cunut, R: nyeri pada luka dada kanan, S: skala nyeri 3, T: nyeri hilang timbul, klien tampak lebih rileks dan nyaman.

Hasil analisa, masalah nyeri gangguan rasa nyaman nyeri belum teratasi. Pertahankan intervensi yaitu kaji ulang nyeri klien, pantau tanda-tanda vital. Hal ini karena nyeri yang diderita klien sudah semakin berkurang setelah dirawat di ruang Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi pada Asuhan Keperawatan terhadap Tn.Y dengan diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan luka bekas operasi pada tumor mediastinum di ruang Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang pada tanggal 23 – 24 April 2019 dengan mengaplikasikan tehnik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan skala nyeri.

1. Pengkajian

Pada saat pengkajian didapatkan data yaitu Tn. Y mengalami nyeri pada tumor kanan. Karakteristik nyeri yang dialami Tn. Y adalah nyeri terasa saat bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada luka dada kanan, skala nyeri 3, nyeri hilang timbul.

2. Diagnosa

Dari data pengkajian yang telah di peroleh oleh penulis, sesuai dengan masalah yang dialami Tn. Y penulis merumuskan diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan luka bekas operasi pada tumor mediastinum.

3. Intervensi

Intervensi yang dirumuskan oleh penulis dalam diagnosa gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan luka bekas operasi pada tumor mediastinum adalah mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi,

karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, Memonitor vital sign klien, Ajarkan tentang teknik relaksasi nafas dalam, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik.

4. Implementasi

Dalam asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan tumor mediastinum di dada kakanan di ruang Ali Bin Abi Thalib 2 yang telah penulis rumuskan. Penulis menekankan pengguna antirapirelaksasi teknik relaksasi napas dalam untuk menurunkan skala nyeri.

5. Evaluasi

Pada Tn.Y, setelah penulis melakukan tindakan keperawatan, penulis melakukan evaluasi selama 3 kali 24 jam didapatkan hasil, hasil evaluasi yang sudah didapatkan pada diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan luka bekas operasi pada tumor mediastinum pada Tn.Y teratasi sebagian dengan tujuan dan kriteria hasil yang di harapkan. Kriteria hasil yang tercapai adalah klien melaporkan nyeri berkurang, ekspresi wajah rileks, skala nyeri berkurang dari skala 3 menjadi 1, tanda-tanda vital dalam batas normal. Berdasarkan hasil penelitian studi kasus ini, di dapatkan bahwa nyeri klien berkurang setelah dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam.

B. Saran

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan tumor mediastinum di dada kanan, penulis memberikan usulan dan masukan yang positif khususnya di bidang kesehatan antara lain :

1. Bagi intitusi pelayanan kesehatan

Diharapkan rumah sakit khususnya RSUD Bangkinang dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan kerjasama baik antara tim kesehatan maupun pasien serta keluarga pasien. Dapat melengkapi sarana dan prasarana yang sudah ada secara optimal dalam pemenuhan asuhan keperawatan khususnya dengan pasien tumor mediastinum.

2. Bagi tenaga kesehatan khususnya perawat

Hendaknya perawat memiliki tanggung jawab dan ketrampilan yang lebih dan selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya kepada klien dengan tumor dada dan melakukan perawatan sesuai dengan standart operasional prosedur.

3. Bagi institusi pendidikan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas dengan mengupayakan aplikasi riset dalam setiap tindakan yang dilakukan sehingga mampu menghasilkan perawat yang profesional, terampil, inovatif, dan bermutu dalam memberikan asuhan keperawatan yang komperhensif berdasarkan ilmu dan kode etik keperawatan.

4. Bagi pembaca

Diharapkan dapat menjadi referensi dalam pengaplikasian ilmu dan meningkatkan pengalaman dalam melakukan intervensi berbasis riset dibidang medikal bedah.

DAFTAR PUSTAKA

Desen, Sabiston Wan. 2013. *Buku Ajar Onkologi Klinis Edisi 2*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Cancer IAFRo. WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart: World Health Organization; 2015.

Temes R, Chavez T, Mapel D, Ketai L, Crowell R, Key C, et al. Primary mediastinal malignancies: finding in 219 patients. *West J Med* 1999.

Amin Z. Penyakit mediastinum. Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Editor Sudoyo AW dkk. Jilid II edisi IV. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta. 2006.

Elisna Syahrudin, dkk. 2010. http://jurnalrespirologi.org/jurnal/Okto09JRI/Penatalaksanaan%20tumor%20mediastinum_6_.pdf. Diakses tanggal 30 September 2010

PDPI. 2003. *Tumor Mediastinum: Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia pernafasan* (ed.). Jakarta: Salemba Medika.

Syahrudin, E., Hudoyo, A. & Jusuf, A. (tanpa tahun). *Penatalaksanaan tumor mediastinum ganas* diakses tanggal 10 Oktober 2014 dari Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI-RS Persahabatan, Jakarta pada http://jurnalrespirologi.org/jurnal/Okto09JRI/Penatalaksanaan%20tumor%20mediastinum_6_.pdf

Bennister L. Respiratory system. In: Gray's anatomy. Williams PL, Bennister L, Berry LH, Collins P, Dyson M, Dussek JE, et al. Editors. 38 th ed, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1999

Brunner & Suddart, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Vol 3, Edisi 8, Penerbit RGC, Jakarta.

NANDA, 2012, *Diagnosis Keperawatan NANDA : Definisi dan Klasifikasi*.

Price, A. S., Wilson M. L., 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Alih Bahasa: dr. Brahm U. Jakarta: EGC

Syahrudin, Elisna, dkk. 2010. *Penatalaksanaan Tumor Mediastinum Ganas*.