

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mediastinum adalah suatu bagian penting dari *thorax*. *Mediastinum* terletak di antara *kavita pleuralis* dan mengandung banyak organ penting dan struktur vital. Proses penting yang melibatkan *mediastinum* mencakup emfisema, infeksi, perdarahan serta banyak jenis kista dan tumor primer. Kelainan sistemik seperti *karsinoma metastatic* dan banyak penyakit *granulomatosa* juga bisa terlibat dalam *mediastinum*. Lesi terutama berasal dari *esophagus*, *trakea*, jantung dan pembuluh darah besar biasanya berhubungan dengan susunan organik spesifik yang terlibat daripada *mediastinum*. (Sabiston, 2013).

Menurut WHO tahun 2015, berdasarkan gambaran histopatologinya, *tumor mediastinum* diklasifikasikan menjadi *tumor sel epitel*, *tumor sel germinal*, *limfoma mediastinum*, *neoplasma sel dendritik* dan *histiositik*, *sarkoma myeloid* dan *leukemia myeloid akut ekstrameduler*, *tumor jaringan lunak*, dan *tumor ektopik timus*. Dilihat dari segi usia, jenis tumor *mediastinum* yang paling sering terjadi pada orang dewasa adalah *timoma*, dan pada anak-anak adalah *tumor neurogenik* dan *tumor sel germinal*. Berdasarkan jenis kelamin, *tumor mediastinum* diketahui dapat ditemukan baik pada pria maupun wanita. Penderita *tumor mediastinum* primer memiliki beragam gambaran klinis, mulai dari yang bersifat asimtomatik sampai gejala yang lebih parah seperti nyeri dada, sesak napas, dan gejala paratimik seperti

myasthenia gravis. Beberapa *tumor mediastinum* juga dapat dikategorikan stadiumnya, contohnya untuk *tumor sel germinal* menggunakan sistem TNM, dan untuk *timoma* menggunakan klasifikasi Masaoka-Koga. Saat ini, kepustakaan mengenai karakteristik dari *tumor mediastinum* masih sulit ditemukan, sehingga penelitian ini diharapkan dapat memperluas wawasan mengenai karakteristik *tumor mediastinum* dan mampu membantu klinisi dalam memperkirakan diagnosis pasien dengan *tumor mediastinum* serta memperkirakan gambaran histopatologi dan stadiumnya. (World Health Organization, 2015).

Adapun frekuensi tumor mediastinum di kepustakaan luar berdasarkan penelitian retrospektif dari tahun 1973 sampai dengan 1995 di New Mexico, USA didapatkan 219 pasien tumor mediastinum ganas yang diidentifikasi dari 110.284 pasien penyakit keganasan primer, jenis terbanyak adalah limfoma 55%, sel germinal 16%, timoma 14%, sarkoma 5%, neurogenik 3% dan jenis lainnya 7%. (West J Med, 1999).

Sedangkan data frekuensi tumor mediastinum di Indonesia antara lain didapat dari SMF bedah Thorak RS Persahabatan Jakarta dan RSUD Dr. Sutomo Surabaya. Pada tahun 1970 - 1990 di RS Persahabatan dilakukan operasi terhadap 137 kasus, jenis tumor yang ditemukan adalah 32,2% teratoma, 24% timoma, 8% tumor syaraf, 4,3% limfoma. Data RSUD Dr. Soetomo menjelaskan lokasi tumor pada mediastinum anterior 67% kasus, mediastinum medial 29% dan mediastinum posterior 25,5%. (Jakarta. 2006).

Kebanyakan tumor mediastinum tanpa gejala dan ditemukan pada saat dilakukan foto toraks untuk berbagai alasan. Keluhan penderita biasanya berkaitan dengan ukuran dan invasi atau kompresi terhadap organ sekitar, misalnya sesak napas berat, sindrom vena kava superior (SVKS) dan gangguan menelan. Tidak jarang pasien datang dengan kegawatan napas, kardiovaskuler atau saluran cerna (PDPI, 2003).

Untuk melakukan prosedur diagnostik tumor mediastinum perlu dilihat apakah pasien datang dengan kegawatan (napas, kardiovaskular atau saluran cerna) atau tidak. Bila pasien datang dengan kegawatan yang mengancam jiwa, maka prosedur diagnostik dapat ditunda. Sementara itu diberikan terapi atau tindakan untuk mengatasi kegawatan, bila telah memungkinkan prosedur diagnostik dilakukan. (Edinburgh, 1999).

Penatalaksanaan tumor mediastinum sangat bergantung pada sifat tumor, jinak atau ganas. Tindakan untuk tumor mediastinum yang bersifat jinak adalah bedah, sedangkan untuk tumor ganas tergantung dari jenisnya tetapi secara umum terapi untuk tumor mediastinum ganas adalah multimodaliti yaitu bedah, kemoterapi dan radiasi. (Philadelphia 1993).

Diagnosis yang lebih dini dan lebih tepat dari proses mediastinum telah dimungkinkan dengan peningkatan penggunaan rontgen dada, tomografi komputerisasi (CT Scan), teknik sidik radioisotope dan *magnetic resonance imaging* (MRI), serta telah memperbaiki keberhasilan dalam mengobati lesi mediastinum. Bersama dengan kemajuan dalam teknik diagnostik ini, kemajuan dalam anestesi, kemoterapi, immunoterapi, dan terapi radiasi telah

meningkatkan kelangsungan hidup serta memperbaiki kualitas hidup. (Sabiston, 2013).

Pada observasi yang dilakukan penulis selama melakukan studi kasus pada pasien dengan Post Operasi Tumor Mediastinum dengan keluhan utama nyeri, sesak dan lemah Berdasarkan uraian tersebut diatas penulis tertarik untuk melakukan pengelolaan kasus dalam penyusunan Laporan hasil penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Post Operasi Tumor Mediastinum Di Ruang Rawat Inap Ali bin Abi thalib 2 RSUD Bangkinang”.

B. Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada : Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Post Operasi Tumor Mediastinum Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.

C. Rumusan Masalah

Bagaimana memberikan Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Post Operasi Tumor Mediastinum Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Post Operasi Tumor Mediastinum Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Tn.Y yang mengalami Tumor Medistinum Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada Tn.Y yang mengalami Tumor Medistinum Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada Tn.Y yang mengalami Tumor Medistinum Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.
- d. Melakukan Implementasi keperawatan pada Tn.Y yang mengalami Tumor Medistinum Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.Y yang mengalami Tumor Medistinum Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Menambah khasanah keilmuan sehingga meningkatkan ilmu pengetahuan dalam mencari pemecahan permasalahan pada Pasien Tn. Y Dengan Post Operasi Tumor Mediastinum Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien dan Keluarga

Memberi tambahan informasi bagi pasien dan keluarga untuk memahami keadaan sehingga dapat mengambil keputusan sesuai dengan masalah serta memperhatikan dan melaksanakan tindakan yang diberi perawat .

b. Bagi Perawat

Dapat dijadikan informasi tambahan bagi perawat di rumah sakit dan melakukan tindakan asuhan keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya pada pasien tumor mediastinum.

c. Bagi Institusi Pendidikan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan pada pasien tumor mediastinum.

d. Bagi Peneliti selanjutnya.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan pada pasien tumor mediastinum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

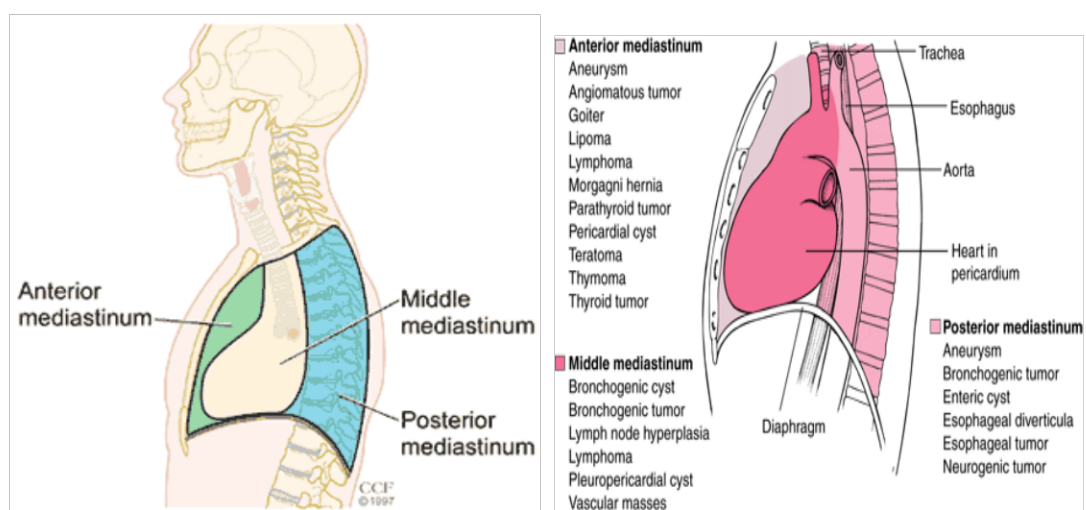
A. Konsep Dasar Tumor Mediastinum

1. Anatomi

Menurut Desen (2013) mediastinum adalah bagian dari rongga toraks, terletak di tengah-tengah rongga toraks, di antara rongga pleura kiri dan kanan. Di anterior adalah sternum, posterior adalah vertebra, kedua sisi adalah selaput pleura mediastinal, membuatnya terpisah dari rongga pleura. Ke atas berhubungan dengan region servikal, ke bawah hingga otot diafragma. Di dalamnya terdapat banyak organ dan struktur vital, seperti jantung, pembuluh darah besar, trakea, esophagus, dan lain-lain. Karena berhubungan dengan celah fascia superficial servikal, infeksi region servikal dapat menjangar ke mediastinum. Selain itu, anomaly embrional dapat menimbulkan jaringan aberan ataupun membentuk kista di setiap lokasi mediastinum, tumor yang berasal dari glandula tiroid atau paratiroid dapat bergeser ke mediastinum. Yang sangat jarang ditemukan adalah massa di posterior kiri mediastinum dapat berupa ginjal torakal. Pembagian mediastinum:

- a. Pembagian superoinferior: batasnya adalah bidang datar setinggi angulus sterni, di superior bidang itu disebut mediastinum superior bidang itu disebut mediastinum superior, di bidang inferior bidang itu disebut mediastinum inferior.

b. Pembagian anteroposterior: batasnya adalah ruang yang ditempati pericardium, di anterior pericardium disebut mediastinum anterior, di posterior pericardium disebut mediastinum posterior, pericardium terletak di mediastinum media. Di mediastinum superior terdapat trakea, esophagus, kelenjar timus, pembuluh darah besar, duktus torakikus, nervus vagus, nervus rekuren laryngeal sinistra, nervus frenikus, dan trunkus simpaticus, di media terdapat pericardium, jantung, aorta asenden, pembuluh darah pulmonal, ujung bawah vena kava superior, bronkus utama dan nervus frenikus, di posterior terdapat aorta desenden, vena azigos, duktus torakikus, esophagus dan kelenjar limfe. Pembagian ini memiliki makna tertentu dalam diagnosis klinis dan terapi terdapat penyakit mediastinum.



(Desen, 2013)

2. Definisi Tumor Mediastinum

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).

3. Patofisiologi

Sebagaimana bentuk kanker/karsinoma lain, penyebab dari timbulnya karsinoma jaringan mediastinum belum diketahui secara pasti, namun diduga berbagai faktor predisposisi (virus, faktor lingkungan, faktor hormonal dan faktor genetik semuanya berkaitan dengan risiko terjadi tumor) yang kompleks berperan dalam menimbulkan manifestasi tumbuhnya jaringan/sel-sel kanker pada jaringan mediastinum (Sudoyo, 2009).

Adanya pertumbuhan sel-sel karsinoma dapat terjadi dalam waktu yang relatif singkat maupun timbul dalam suatu proses yang memakan waktu bertahun-tahun untuk menimbulkan manifestasi klinik. Permulaan terjadinya tumor dimulai dengan adanya zat yang bersifat initiation yang merangsang permulaan terjadinya perubahan sel. Diperlukan perangsangan yang lama dan berkesinambungan untuk memicu timbulnya penyakit tumor. Initiati agent biasanya bisa berupa unsur kimia, fisik atau biologis yang berkemampuan beraksi langsung dan merubah struktur dasar dari komponen genetic (DNA). Keadaan selanjutnya akibat keterpaparan yang lama ditandai dengan berkembangnya neoplasma dengan terbentuknya formasi tumor. Hal ini dapat berlangsung lama, minggu bahkan sampai tahunan (Sudoyo, 2009)

Dengan semakin meningkatnya volume massa sel-sel yang berproliferasi maka secara mekanik menimbulkan desakan pada jaringan sekitarnya; pelepasan berbagai substansia pada jaringan normal seperti prostalandin, radikal bebas dan protein-protein reaktif secara berlebihan sebagai ikutan dari timbulnya karsinoma meningkatkan daya rusak sel-sel kanker terhadap jaringan sekitarnya; terutama jaringan yang memiliki ikatan yang relatif lemah (Alsagaff, 2010).

Kanker sebagai bentuk jaringan progresif yang memiliki ikatan yang longgar mengakibatkan sel-sel yang dihasilkan dari jaringan kanker lebih mudah untuk pecah dan menyebar ke berbagai organ tubuh lainnya

(metastase) melalui kelenjar, pembuluh darah maupun melalui peristiwa mekanis dalam tubuh (Alsagaff, 2010).

Adanya pertumbuhan sel-sel progresif pada mediastinum secara mekanik menyebabkan penekanan (direct pressure/indirect pressure) serta dapat menimbulkan destruksi jaringan sekitar; yang menimbulkan manifestasi seperti penyakit infeksi pernafasan lain seperti sesak nafas, nyeri inspirasi, peningkatan produksi sputum, bahkan batuk darah atau lendir berwarna merah (hemoptoe) manakala telah melibatkan banyak kerusakan pembuluh darah. Kondisi kanker juga meningkatkan resiko timbulnya infeksi sekunder; sehingga kadangkala manifestasi klinik yang lebih menonjol mengarah pada infeksi saluran nafas seperti pneumonia, tuberkulosis walaupun mungkin secara klinik pada kanker ini kurang dijumpai gejala demam yang menonjol (Sudoyo, 2009)

4. Etiologi

Meskipun etiologi sebenarnya dari kanker paru belum diketahui, tetapi ada beberapa faktor yang agaknya bertanggung jawab dalam peningkatan insiden kanker paru:

a. Merokok

Suatu hubungan statistik yang defenitif telah ditegakkan antara perokok berat (lebih dari dua puluh batang sehari) dari kanker paru (karsinoma bronkogenik).Perokok seperti ini mempunyai kecenderungan sepuluh kali lebih besar dari pada perokok ringan. Selanjutnya orang perokok berat yang sebelumnya dan telah meninggalkan kebiasaannya akan kembali

ke pola resiko bukan perokok dalam waktu sekitar 10 tahun. Hidrokarbon karsinogenik telah ditemukan dalam tar dari tembakau rokok yang jika dikenakan pada kulit hewan, menimbulkan tumor.

b. Zat kimia

Terdapat insiden yang tinggi dari pekerja yang terpapar dengan karbonil nikel (pelebur nikel) dan arsenic (pembasmi rumput). Pekerja pemecah hematite (paru – paru hematite) dan orang – orang yang bekerja dengan asbestos dan dengan kromat juga mengalami peningkatan insiden.

c. Polusi udara

Mereka yang tinggal di kota mempunyai angka kejadian yang lebih tinggi dari pada mereka yang tinggal di desa dan walaupun telah diketahui adanya karsinogen dari industri dan uap diesel dalam atmosfer di kota.

d. Faktor Genetic

e. Faktor hormonal

(Desen, 2013).

5. Klasifikasi

Menurut Desen (2013) membagi klasifikasi tumor mediastinum dan lokalisasinya menjadi sebagai berikut :

a. Tumor mediastinum superior

Yang tersering ditemukan adalah timoma dan tumor tiroid intratorakal

1) Timoma

Timoma adalah tumor epitel yang bersifat jinak atau tumor dengan

derajat keganasan yang rendah dan ditemukan pada mediastinum anterior. Timoma termasuk jenis tumor yang tumbuh lambat (Syahrudin, dkk.,2010).

Umumnya terletak di mediastinum anterosuperior atau mediastinum anteriomedial, sebagian kecil kasus terletak di mediastinum posterior atau lokasi lain dalam toraks, menempati sekitar 1/3-1/5 dari tumor primer mediastinum, insiden pria dan wanita seimbang. 30% bersifat ganas, 30% jinak, 40% potensial ganas atau keganas rendah. Menurut karakteristik histologist dapat dibagi menjadi jenis limfositik, jenis epithelial dan jenis campuran limfoepithelial. Yang sering ditemukan adalah timoma jinak yang didominasi sel epitel dan limfosit. Bila eksisi tidak tuntas, ada kemungkinan kambuh dan invasi metastasis. Jadi, timoma dapat dianggap bersifat keganasan rendah (Syahrudin, dkk.,2010).

Pada orang-orang dewasa dengan Myasthenia Gravis, kelenjar thymus tidak normal. Ini mengandung beberapa kelompok dari indikasi sel imun dari lymphoid hyperplasia. Kondisi ini umumnya hanya ditemukan pada limpa dan tunas getah bening pada saat reaksi aktif imun. Beberapa orang dengan Myasthenia Gravis menghasilkan thymoma atau tumor pada kelenjar thymus. Umumnya tumor ini jinak, tapi bisa menjadi berbahaya. Hubungan antara kelenjar thymus dan Myasthenia Gravis masih belum sepenuhnya dimengerti. Para ilmuwan percaya bahwa kelenjar

thymus mungkin memberikan instruksi yang salah mengenai produksi antibodi reseptor asetilkolin sehingga malah menyerang transmisi neuromuskular (MGI Indonesia, 2012)

2) Tumor tiroid intratorakal

Mencakup kelenjar tiroid aberan congenital dan kelenjar tiroid retrosternal. Pertama adalah jaringan tiroid yang tertinggal dari massa embrional di mediastinum. Kedua adalah kelenjar tiroid region servikal yang menelusuri retrostrernum turun ke mediastinum anterosuperior, umumnya terletak di anterior paratrakea, sebagian kecil di posterior trakea. Pembesaran tiroid intratorakal umumnya bersifat jinak dan asimtomatik. Ada kalanya terdapat adenokarsinoma tiroid intratorakal. Bila massa menarik atau menekan trakea, dapat timbul batuk iritasi, dispnea, gejala tersebut dapat bertambah parah sewaktu berbaring terlentang atau memalingkan kepala. Tekanan pada sternum atau veterbra dapat timbul gejala dada penuh, sakit punggung, kadang kala timbul gejala hipertiroidisme. Bila timbul batuk hebat, hemoptisis, suara parau, harus pikirkan kemungkinan tumor ganas tiroid (Syahrudin, dkk.,2010).

b. Tumor mediastinum anterior

Tumor mediastinum anterior yang sering ditemukan adalah teratoma. Setengah kasus timbul gejala pada usia 20-40 tahun. Teratoma adalah suatu tumor padat campuran, terbentuk dari jaringan ectoderm,

mesoderm dan entoderm, di dalamnya terdapat unsure kartilago, otot polos, bronkus, mukosa usus, neurovascular. Teratoma dapat berubah ganas menjadi karsinoma epidermoid atau adenokarsinoma (Syahrudin, dkk.,2010).

c. Tumor mediastinum medial

Kebanyakan berupa tumor system limfatik. Yang sering ditemukan adalah penyakit Hodgkin, sarcoma sel reticular, limfoma non Hodgkin. Ciri khas umumnya berupa pembesaran kelenjar limfe mediastinum medial, tapi juga dapat menginvasi jaringan paru hingga membentuk lesi infiltrasi. Riwayat penyakit ini pendek, progresi gejala cepat, sering disertai limfadenopati generalisata, demam tak beraturan, hepatosplenomegali, anemia (Syahrudin, dkk.,2010).

d. Tumor mediastinum posterior

Hampir semuanya adalah tumor neurogenik. Tumor neurogenik merupakan jenis tumor yang ditemukan diantara tumor mediastinum, umumnya berasal dari saraf simpatis, sebagian kecil dari saraf perifer. Biasanya timbul dari saraf interkostal atau radiks saraf spinal. Maka sebagian besar terletak di lekuk paravertebral di mediastinum posterior. Secara histologist menurut asal jaringannya biasanya tumor neurogenik dibagi menjadi 3 jenis:

1) Berasal dari sel sarung saraf (neurilema)

2) Berasal dari sel saraf

Berasal dari sel paraganglion. (Syahrudin, dkk.,2010).

e. Teratoma (Mesoderm)

Teratoma merupakan neoplasma yang terdiri dari beberapa unsur jaringan yang asing pada daerah dimana tumor tersebut muncul. Teratoma paling sering ditemukan pada mediastinum anterior. Teratoma yang histologik benigna mengandung terutama derivat ektoderm (kulit) dan entoderm (usus) (Alsagaff, 2010).

Pada teratoma maligna dan tumor sel benih seminoma, tumor teratokarsinoma dan karsinoma embrional atau kombinasi dari tumor itu menduduki tempat yang terpenting. Penderita dengan kelainan ini adalah yang pertama-tama perlu mendapat perhatian untuk penanganan dan pembedahan (Alsagaff, 2010).

Mengenai teratoma benigna, dahulu disebut kista dermoid, prognosisnya cukup baik. Pada teratoma maligna, tergantung pada hasil terapi pembedahan radikal dan tipe histologiknya, tapi ini harus diikuti dengan radioterapi atau kemoterapi. (Alsagaff, 2010).

f. Limfoma

Secara keseluruhan, limfoma merupakan keganasan yang paling sering pada mediastinum. Limfoma adalah tipe kanker yang terjadi pada limfosit (tipe sel darah putih pada sistem kekebalan tubuh vertebrata). Terdapat banyak tipe limfoma. Limfoma adalah bagian dari grup penyakit yang disebut kanker Hematological. Pada abad ke-19 dan abad ke-20, penyakit ini disebut penyakit Hodgkin karena ditemukan oleh Thomas Hodgkin tahun 1832. Limfoma dikategorikan sebagai limfoma

Hodgkin dan limfoma non-Hodgkin.

g. Tumor Tiroid

Tumor tiroid merupakan tumor berlobus, yang berasal dari Tiroid.

h. Kista Pericardium

Ini adalah kista dengan dinding yang tipis, berisi cairan jernih yang selalu dapat menempel pada perikardium dan kadang-kadang berada dalam hubungan terbuka dengan perikardium itu. Yang terbanyak terdapat di ventral, di sudut diafragma jantung. Kista ini juga dikenal sebagai kista coelom. Kista pleuroperikardial adalah kelainan congenital, tetapi baru muncul manifestasi pada usia dewasa. Sampai deseniun ke 5 atau 6, ukuran tumor biasanya secara lambat bertambah, tetapi jarang sampai lebih dari 10 cm. pada fluoroskopi, kista-kista ini sering terlihat sebagai rongga-rongga dengan dinding yang tipis dengan perubahan bentuk pada pernapasan dalam. Kista-kista coelom di sebelah kanan harus differensiasi dengan lemak parakardial dan dengan hernia diafragmatika melalui foramen Morgagni. Kista-kista ini sering terdapat, meskipun tentang hal ini tidak ada data yang jelas. Kista ini tidak menimbulkan keluhan, infeksi sangat jarang dan malignitasnya tidak diketahui. Karena itu ekstirpasi hanya diperlukan pada keraguan yang serius mengenai diagnosisnya atau pada ukuran kista yang sangat besar.

i. Tumor Neurogenic

Tumor Neurogen merupakan tumor mediastinal yang terbanyak terdapat, manifestasinya hampir selalu sebagai tumor bulat atau oval, berbatas licin, terletak jauh di mediastinum belakang. Tumor ini dapat berasal dari saraf intercostalis, ganglia simpatis, dan dari sel-sel yang mempunyai ciri kemoreseptor. Tumor ini dapat terjadi pada semua umur, tetapi relative frekuensi pada umur anak (Sudoyo, 2009).

Banyak Tumor Neurogenik menimbulkan beberapa gejala dan ditemukan pada foto thorax rutin. Gejala biasanya merupakan akibat dari penekanan pada struktur yang berdekatan. Nyeri dada atau punggung biasanya akibat kompresi atau invasi tumor pada nervus interkostalis atau erosi tulang yang berdekatan. Batuk dan dispneu merupakan gejala yang berhubungan dengan kompresi batang trakeobronchus. Sewaktu tumor tumbuh lebih besar di dalam mediastinum posterosuperior, maka tumor ini bisa menyebabkan sindrom pancoast atau Horner karena kompresi peleksus brakhialis atau rantai simpatis servikalis.

Pembagian dari tumor neurogenik, menurut letaknya:

- 1) Dari saraf tepi: Neurofibroma, Neurolinoma
- 2) Darisarafsimpatis: Ganglion Neurinoma, Neuroblastoma, Simpati kobloma
- 3) Dari paraganglion: Phaeocromocitoma, Paraganglioma

j. Kista Bronchogenic

Kista Bronkogenik kebanyakan mempunyai dinding cukup tipis, yang terdiri dari jaringan ikat, jaringan otot dan kadang-kadang tulang rawan. Kista ini dilapisi epitel rambut getar atau planoselular dan terisi lendir putih susu atau jernih. Kista bronkus terletak menempel pada trakea atau bronkus utama, kebanyakan dorsal dan selalu dekat dengan bifurkatio. Kista ini dapat tetap asimptomatik tetapi dapat juga menimbulkan keluhan karena kompresi trakea, bronki utama atau esophagus. Kecuali itu terdapat bahaya infeksi dan perforasi sehingga kalau ditemukan diperlukan pengangkatan dengan pembedahan. Gejala dari kista ini adalah batuk, sesak napas s/d sianosis (Syahrudin, dkk.,2010).

Tabel 1.1 Klasifikasi tumor mediastinum didasarkan atas organ/jaringan asal tumor oleh Rosenberg :

Neurogenic Arising from peripheral nerves Neurofibroma Neurilemoma (Schwannoma) Neurosarcoma Arising from sympatetic ganglia Ganglioneuroma Ganglioneuroblastoma Neuroblastoma Arising from paraganglionic tissue Pheochromocytoma Chemodectoma (paraganglioma)	Germ Cell Tumors Seminoma Nonseminomatous tumors Pure embryonal cell Mixed embryonal cell With seminomatous elements With trophoblastic elements With teratoid elements With entodermal sinus elements (yolk sac tumors) Teratoma, benign	Endocrine Tumors Thyroid Parathyroid Cysts Pericardial Bronchogenic Enteric Thymic Thoracic duct Meningoceles
Thymic Thymoma Carcinoid Thymolipoma	Aneurysms	Hernias Hiatal Morgagni
Lymphoma Hodgkin's disease Histiocytic lymphoma Undifferentiated	Mesenchymal Tumors Fibroma and fibrosarcoma Lipoma and liposarcoma Myxoma Mesothelioma Leiomyoma and leiomyosarcoma Rhabdomyosarcoma Xanthogranuloma Mesenchymoma Hemangioma Hemangioendothelioma Hemangiopericytoma Lymphangioma Lymphangiomyoma Lymphangiopericytoma	Lymphadenopathy Inflammatory Granulomatous Sarcoid

Dikutip dari: Rosenberg SA. *Neoplasma of the mediastinum*. In: *Cancer Principles & Practice of Oncology*, 4th ed., 1993

6. Tanda Dan Gejala

- a. Mengeluh sesak nafas, nyeri dada, nyeri dan sesak pada posisi tertentu (menelungkup)
- b. Sekret berlebihan
- c. Batuk dengan atau tanpa dahak
- d. Riwayat kanker pada keluarga atau pada klien.
- e. Pernafasan tidak simetris
- f. Unilateral Flail Chest
- g. Effusi pleura
- h. Egophonia pada daerah sternum
- i. Pekak/redup abnormal pada mediastinum serta basal paru
- j. Wheezing unilateral/bilateral
- k. Ronchii

Tumor mediastinum sering tidak memberi gejala dan terdeteksi pada saat dilakukan foto toraks. Untuk tumor jinak, keluhan biasanya mulai timbul bila terjadi peningkatan ukuran tumor yang menyebabkan terjadinya penekanan struktur mediastinum, sedangkan tumor ganas dapat menimbulkan gejala akibat penekatan atau invasi ke struktur mediastinum.

Kebanyakan tumor mediastinum tumbuh lambat sehingga pasien sering datang setelah tumor cukup besar disertai keluhan dan tanda akibat penekanan tumor terhadap organ sekitarnya. Tanda dan gejala yang timbul tergantung pada organ yang terlibat:

- 1) Batuk, sesak, atau stridor bila terjadi penekanan atau invasi pada trakea dan atau bronkus utama.
- 2) Disfagia bila terjadi penekanan atau invasi pada esofagus.
- 3) Sindrom vena kava superior (SVKS) lebih sering terjadi pada tumor mediastinum yang ganas dibandingkan dengan tumor jinak.
- 4) Suara serak dan batuk kering bila nervus laringeal terlibat
- 5) Paralisis diafragma timbul apabila terjadi penekanan pada nervus frenikus
- 6) Nyeri dada pada tumor neurogenik atau pada penekanan pada sistem syaraf.

Nyeri dada timbul paling sering pada tumor mediastinum anterosuperior. Nyeri dada yang serupa biasanya disebabkan oleh kompresi atau invasi dinding dada posterior dan nervus interkostalis. Kompresi batang trakhebronkus biasanya memberikan gejala seperti dispnae, batuk, pneumonitis berulang atau gejala yang agak jarang yaitu stidor. Keterlibatan esophagus bisa menyebabkan disfagia atau gejala obstruksi. Keterlibatan nervus laringeus rekuren, rantai simpatis atau plekus brakialis masing-masing menimbulkan paralisis plika vokalis, sindrom horner dan sindrom pancoast. Tumor mediastinum yang menyebabkan gejala ini paling sering berlokalisasi pada mediastinum superior. Keterlibatan nervus frenikus bisa menyebabkan paralisis diafragma (Alsagaff, 2010).

7. Komplikasi

Komplikasi dari kelainan mediastinum merefleksikan patologi primer yang utama dan hubungan antara struktur anatomic dalam mediastinum. Tumor atau infeksi dalam mediastinum dapat menyebabkan timbulnya komplikasi melalui perluasan dan penyebaran secara langsung, dengan melibatkan struktur-struktur (sel-sel) bersebelahan, dengan tekanan sel bersebelahan, dengan menyebabkan sindrom paraneoplastik, atau melalui metastatic di tempat lain. Empat komplikasi terberat dari penyakit mediastinum adalah:

- a. Obstruksi trachea
- b. Sindrom Vena Cava Superior
- c. Invasi vascular dan catastrophic hemorrhage, dan
- d. Rupture esofagus

(Alsagaff, 2010).

8. Pemeriksaan Penunjang

- a. Foto thoraks

Dari foto thoraks PA atau lateral untuk menentukan lokasi tumor anterior, medial atau posterior, tetapi pada kasus dengan ukuran tumor yang besar sulit ditentukan lokasinya yang pasti.

- b. Tomografi

Dapat menentukan lokasi tumor, mendeteksi klasifikasi pada lesi yang sering ditemukan pada kista dermoid, tumor tiroid, dan kadang-kadang timoma. Teknik ini semakin jarang digunakan.

c. CT-scan toraks dengan kontras

Dapat mendeskripsikan lokasi, kelainan tumor secara lebih baik, kemungkina jenis tumor, misalnya pada teratoma dan timoma, menentukan stage pada kasus timoma dengan cara mencari apakah telah terjadi invasi atau belum, mempermudah pelaksanaan pengambilan bahan untuk pemeriksaan sitologi, serta untuk menentukan luas radiasi beberapa jenis tumor mediastiinum bila dilakukan CT-Scan Toraks dan CT-Scan abdomen.

d. Flouroskopi

Untuk melihat kemungkinan terjadi aneurisma aorta.

e. Ekokardiografi

Untuk mendeteksi pulsasi pada tumor yang diduga terjadi aneurisma aorta.

f. Angiografi

Lebih sensitif untuk mendeteksi aneurisma aorta dibandingkan flouroskopi dan ekokardiografi.

g. Esofagografi

Pemeriksaan ini dianjurkan dilakukan bila ada dugaan invasi atau penekanan pada esofagus.

h. USG, MRI, dan Kedokteran Nuklir

Jarang dilakukan, tetapi pemeriksaan ini terkadang harus dilakukan untuk beberapa kasus tumor mediastinum.

i. Pemeriksaan Lain

EMG adalah pemeriksaan penunjang untuk tumor mediastinum jenis timoma, dimana untuk mencari kemungkinan terjadi miastenia gravis atau *myesthenic reaction*.

j. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Hasil pemeriksaan rutin laboratorium sering tidak memberikan informasi yang berkaitan dengan tumor, tetapi terkadang LED meningkat pada limfoma dan TBC mediastinum.
- 2) Uji tuberkulin bila dicurigai adanya limfadenitis TBC.
- 3) Pemeriksaan T₃ dan T₄ dibutuhkan untuk mendeteksi tumor tiroid.

Pemeriksaan beta-HCG dan alfa-fetoprotein dilakukan untuk tumor mediastinum yang termasuk kelompok tumor sel germinal, khususnya bila ada keraguan antara tumor sel germinal seminoma atau nonseminoma (Alsagaff, 2010).

9. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan tumor mediastinum tergantung sifat tumor, jinak atau ganas. Tindakan yang dapat dilakukan pada tumor mediastinum yang bersifat jinak adalah bedah, sedangkan penatalaksanaan secara umum untuk tumor yang bersifat ganas adalah multimodaliti, yaitu bedah, kemoterapi, dan radiasi. Selain itu kemoradioterapi dapat juga diberikan sebelum prosedur pembedahan (neoadjuvan) atau sesudah prosedur pembedahan (adjuvan). Berikut adalah penatalaksanaan yang dapat dilakukan berdasarkan jenis tumor:

a. Timoma

- 1) Penatalaksanaan sangat tergantung pada invasif atau tidaknya tumor, staging, dan klinis penderita.
- 2) Terapi untuk timoma adalah bedah, tetapi sangat jarang kasus penderita datang pada stage 1 atau noninvasif, sehingga terapi multimodalitilah yang dapat memberikan hasil yang lebih baik.
- 3) Jenis tindakan bedah untuk kasus ini adalah *Extended Thymectomy* (ETT) atau reseksi komplet (*Extended Resection* = ER), yaitu mengangkat kelenjar timus beserta jaringan lemak sekitarnya sampai jaringan perikard dan debulking reseksi sebagian atau pengangkatan massa tumor sebanyak mungkin. Reseksi komplet ini diyakini dapat mengurangi risiko invasi dan meningkatkan umur harapan hidup.
- 4) Radioterapi harus diberikan pada kasus timoma invasif atau reseksi sebagian untuk kontrol ketat, tetapi tidak direkomendasikan untuk yang telah menjalani reseksi komplet. Dosis radiasi yang dapat diberikan adalah 3500-5000 cGy dan harus dihindarkan pemberian lebih dari 6000 eGy untuk mencegah terjadinya *radiation-induced injury*.
- 5) Kemoterapi yang sering digunakan adalah cisplatin based rejimen, kombinasi cisplatin dengan doksorubisin dan siklofosfamid (CAP), kombinasi cisplatin dengan doksorubisin, vinkristin, dan

siklofosfamid (ADOC), serta rejimen lain yang lebih sederhana yaitu cisplatin dan etoposid (EP).

Penatalaksanaan terdiri dari :

a) Pembedahan

Indikasi ;

- (1) Tumor stadium I
- (2) Stadium II jenis karsinoma dan karsinoma sel besar tidak dapat di bedakan (undifferentiated).
- (3) Dilakukan secara khusus pada stadium III

Secara individual yang mencakup 3 kriteria;

(a). karakteristik biologis tumor

1. Hasil baik : Tumor dari skuamosa atau epidermoid.
2. Hasil cukup baik : adenokarsinoma dan karsinoma sel besar tak terdiferensiasi.
3. Hasil buruk : oat cell

(b). Letak tumor dan pembagian stadium klinis

Menentukan teknik reseksi terbaik yang dilakukan

(c). Keadaan fungsional penderita

Terdapatnya penyakit degeneratif lain atau penyakit gangguan kardiovaskuler, operasi harus di pertimbangkan masak-masak.

(d). Syarat untuk tindakan bedah:

Pengkuran toleransi berdasarkan fungsi paru yang diukur

dengan spirometri. Bila nilai spirometri tidak sesuai dengan klinis, maka harus dikonfirmasi dengan analisis gas darah. Tekanan O₂ arteri dan saturasi O₂ darah arteri harus > 90 %.

(e). Tujuan pada pembedahan kanker paru untuk mengangkat semua jaringan yang sakit sementara mempertahankan sebanyak mungkin fungsi paru-paru yang tidak terkena kanker.

(f). Macam – macam pembedahan

1. Toraktomi eksplorasi

Untuk mengkonfirmasi diagnosa tersangka penyakit paru atau toraks khususnya karsinoma, untuk melakukan biopsi.

2. Pneumonektomi (pengangkatan paru)

Karsinoma bronkogenik bilamana dengan lobektomi tidak semua lesi bisa diangkat

3. Lobektomi (pengangkatan lobus paru)

Karsinoma bronkogenik yang terbatas pada satu lobus, bronkiaktosis bleb atau bula emfisematosa, abses paru, infeksi jamur; tumor jinak tuberkulois.

4. Reseksi segmental

Merupakan pengangkatan satu atau lebih segmen paru.

(g). Reseksi baji

Tumor jinak dengan batas tegas, tumor metastetik, atau penyakit peradangan yang terlokalisir. Merupakan pengangkatan dari permukaan paru-paru berbentuk baji (potongan es).

(h). Dekortikasi

Merupakan pengangkatan bahan-bahan fibrin dari pleura viscelaris).

b) Radiasi

Indikasi dan syarat pasien dilakukan tindakan radiasi adalah ;

- (1) Pasien dengan tumor yang operabel tetapi karena resiko tinggi maka pembedahan tidak dapat dilakukan.
- (2) Pasien kanker jenis adenokarsinoma atau sel skuamosa yang inoperabel yang diketahui terdapat pembesaran kelenjar getah bening pada hilus ipsilateral dan mediastinal.
- (3) Pasien dengan karsinoma bronkus dengan histology sel gandum atau anaplastik pada satu paru tetapi terdapat penyebaran nodul pada kelenjar getah bening dibawah supraklavikula.
- (4) Pasien kambuhan sesudah lobektomi atau pneumonektomi tanpa bukti penyebaran diluar rongga dada.

Pada beberapa kasus, radioterapi dilakukan sebagai pengobatan kuratif dan biasa juga sebagai terapi paliatif pada tumor dengan

komplikasi, seperti mengurangi efek obstruksi atau penekanan terhadap pembuluh darah atau brokus. Dosis umum 5000-6000 rad dalam jangka waktu 5-6 minggu, pengobatan dilakukan dalam lima kali seminggudengan dosis 180-200 rad/ hari.

Komplikasi:

- (1) Esofagitis, hilang 7 – 10 hari sesudah pengobatan
- (2) Pneumonitis, pada rontgen terlihat bayangan eksudat.

c) Kemoterapi

Kemoterapi digunakan untuk mengganggu pola pertumbuhan tumor, untuk menangani pasien dengan tumor paru sel kecil atau dengan metastasi luas serta untuk melengkapi bedah atau terapi radiasi. Pada karsinoma sel skuamosa sangat responsive pada kemoterapi, sedangkan pada non small cell carcinoma kurang member hasil yang baik.

Syarat untuk pelaksanaan radioterapi dan kemoterapi:

- (1) Hb > 10 gr%
- (2) Leukosit > 4000/dl
- (3) Trombosit > 100.000/dl

Selama pemberian kemoterapi atau radiasi perlu diawasi terjadinya melosupresi dan efek samping obat atau toksisiti akibat tindakan lainnya.

Macam-macam kemoterapi berdasarkan klasifikasi tumor

(1) Small Cell Lung Cancer (SCLC)

Limited stage diseasediobati dengan tujuan kuratif (kombinasi kemoterapi dan radiasi) dan angka keberhasilan terapi 20 %.

Extensive stage disease diobati dengan kemoterapi.

(2) Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC)

(a) Kemoterapi adjuvant diberikan mulai stadium II dengan sasaran lokoregional tumor yang dapat direseksi lengkap, dimana cara pemberiannya dilakukan setelah terapi definitif pembedahan, radioteerapi, atau keduanya.

(b) Kemoterapi neoadjuvant diberikan mulai dari stadium II dengan sasaran lokoregional tumor yang dapat direseksi lengkap, dimana pemberian terapi definitif pembedahan dan radioterapi diberikan diantara siklus pemberian kemoterapi.

(c) Kemoradioterapi konkomitan dilakukan mulai dari stage III, dimana pemberian kemoterapi dilakukan bersamaan radioterapi. (Alsagaff, 2010)

Tabel 1.2 Penatalaksanaan timoma berdasarkan staging:

Stage I	<i>Extended Thymo Thymectomy</i> (ETT)
Stage II	ETT + radioterapi
Stage III	ETT + <i>Extended Resection</i> (ER) + Radioterapi + Kemoterapi
Stage IV A	Debulking + Kemoterapi + Radioterapi
Stage IV B	Kemoterapi+ Radioterapi + Debulking

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas

- 1) Nama pasien
- 2) Umur : Karsinoma cenderung ditemukan pada usia dewasa
- 3) Jenis kelamin : Laki-laki lebih beresiko daripada wanita
- 4) Suku /Bangsa
- 5) Pendidikan
- 6) Pekerjaan
- 7) Alamat
- 8) Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan utama:

Keluhan utama yang sering muncul adalah sesak nafas dan nyeri dada yang berulang tidak khas, mungkin disertai batuk darah. Pada beberapa kasus sering dilaporkan keluhan infeksi lebih menjadi sebab klien melakukan pemeriksaan ke rumah sakit.

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit saluran pernafasan lain seperti ISPA, influenza sering terjadi dalam rentang waktu yang relatif lama dan berulang, adanya riwayat tumor pada organ lain, baik pada diri sendiri maupun dari keluarga. Penyakit paru, jantung serta kelainan organ vital bawaan dapat memperberat gejala klinis penderita.

- 1) Riwayat Penyakit Keluarga

2) Pemeriksaan Per Sistem

a) Sistem pernafasan (B1)

Data Subyektif: sesak nafas, dada tertekan, nyeri dada berulang

Data Obyektif: hiperventilasi, batuk (produktif/nonproduktif), sputum banyak, penggunaan otot diafragma pernafasan diafragma dan perut meningkat, laju pernafasan meningkat, terdengar stridor, ronchii pada lapang paru, terdengar suara nafas abnormal, egophoni.

b) Sistem kardiovaskuler (B2)

Data Subyektif: sakit kepala

Data Obyektif: denyut nadi meningkat, disritmia, pembuluh darah vasokonstriksi, kualitas darah menurun.

c) Sistem Persarafan (B3)

Data Subyektif: gelisah, penurunan kesadaran

Data Obyektif: letargi

d) Sistem Perkemihan (B4)

Data Subyektif: -

Data Obyektif: produksi urine menurun

e) Sistem Pencernaan (B5)

Data Subyektif: mual, kadang muntah, anoreksia, disfagia, nyeri telan.

Data Obyektif: konsistensi feses normal/diare, berat badan turun, penurunan intake makanan.

f) Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B6)

Data Subyektif: lemah, cepat lelah

Data Obyektif: kulit pucat, sianosis, turgor menurun (akibat dehidrasi sekunder), banyak keringat, suhu kulit meningkat /normal, tonus otot menurun, nyeri otot, retraksi paru dan penggunaan otot aksesoris pernafasan, flail chest.

(1) Sistem Endokrin (B7)

(2) Pengkajian Psikososial

(3) Personal Hygiene dan Kebiasaan

Perokok berat dapat terkena penyakit tumor mediastinum.

c. Pengkajian Spiritual

1) Pemeriksaan Penunjang

a) Hb: menurun/normal

b) Analisa Gas Darah: asidosis respiratorik, penurunan kadar oksigen darah, kadar karbon darah meningkat/normal

c) Elektrolit: Natrium/kalsium menurun/normal

d) Pemeriksaan diagnostik

2) Rontgenografi

Investigasi suatu massa di mediastinum harus dimulai dengan foto dada anterior-superior, lateral, oblik, esofagogram, dan terakhir tomogram bila perlu. Penentuan lokasi yang tepat amat penting untuk langkah diagnostik lebih lanjut. CT scan thorax diperlukan untuk membedakan apakah lesi berasal dari vaskuler atau bukan vaskuler. Hal ini perlu

menjadi pertimbangan bila bioopsi akan dilakukan, selain itu CT scan juga berguna untuk menentukan apakah lesi tersebut bersifat kistik atau tidak. Pada langkah selanjutnya untuk membedakan apakah massa tersebut adalah tumor metastasis, limfoma atau tuberculosis/ sarkoidosis maka mediastinoskopi dan biopsy perlu dilakukan. Dasar dari evaluasi diagnostik adalah pemeriksaan rontgenografi. Foto thorax lateral dan posteroanterior standar bermanfaat dalam melokalisir massa di dalam mediastinum. Neoplasma mediastinum dapat diramalkan timbul pada bagian tertentu mediastinum. Foto polos bisa mengenal densitas relatif massa ini, dan apakah padat atau kistik.

3) USG

Ultrasonografi bermanfaat dalam menggambarkan struktur kista dan lokasinya di dalam mediastinum. Fluoroskopi dan barium enema bisa membantu lebih lanjut dalam menggambarkan bentuk massa dan hubungannya dengan struktur mediastinum lain, terutama esofagus dan pembuluh darah besar.

4) USG Germ Cell Mediastinum

Kemajuan dalam teknologi nuklir telah bermanfaat dalam mendiagnosis sejumlah tumor. Sidik yodium radioisotop bermanfaat dalam membedakan struma intratoraks dari lesi mediastinum superior lain. Sidik gallium dan teknesium sangat memperbaiki kemampuan mendiagnosis dan melokalisir adenoma parathyroid. Belakangan ini kemajuan dalam radiofarmakologi telah membawa ke diagnosis tepat.

5) Tomografi Komputerisasi

Kemajuan terbesar dalam diagnosis dan penggambaran massa dalam mediastinum pada tahun belakangan ini adalah penggunaan sidik CT untuk diagnosis klinis. Dengan memberikan gambaran anatomi potongan melintang yang memuaskan bagi mediastinum, CT mampu memisahkan massa mediastinum dari struktur mediastinum lainnya. Terutama dengan penggunaan materi kontras intravena untuk membantu menggambarkan struktur vascular, sidik CT mampu membedakan lesi asal vascular dari neoplasma mediastinum. Sebelumnya, pemeriksaan angiografi sering diperlukan untuk membedakan massa mediastinum dari berbagai proses pada jantung dan aorta seperti aneurisma thorax dan sunit aneurisma Valsava. Dengan perbaikan resolusi belakangan ini, CT telah menjadi alat diagnostik yang jauh lebih sensitif dibandingkan dengan teknik radiografi rutin. CT bermanfaat dalam diagnosis kista bronkogenik pada bayi dengan infeksi berulang dan timoma dalam pasien myasthenia gravis, kasus yang foto polosnya sering gagal mendeteksi kelainan apapun. Tomografi komputerisasi juga memberikan banyak informasi tentang sifat invasi relatif tumor mediastinum. Diferensiasi antara kompresi dan invasi seperti dimanifestasikan oleh robeknya bidang lemak mediastinum dapat dibuat dengan pemeriksaan cermat. Tambahan lagi, dalam laporan belakangan ini, diagnosis prabedah pada sejumlah lesi yang mencakup kista pericardial, adenoma paratiroid, kista enteric dan

tumor telah dibuat dengan CT karena gambarannya yang khas.

6) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Magnetic Resonance Imaging (MRI) mempunyai potensi yang memungkinkan diferensiasi struktur vascular dari massa mediastinum tanpa penggunaan materi kontras atau radiasi. Di masa yang akan datang, teknik ini bisa memberikan informasi unggul tentang ada atau tidaknya keganasan di dalam kelenjar limfe dan massa tumor.

7) Biopsy

Berbagai teknik invasif untuk mendapatkan diagnosis jaringan tersedia saat ini. Perbaikan jelas dalam teknik sitologi telah memungkinkan penggunaan biopsy aspirasi jarum halus untuk mendiagnosis tiga perempat pasien lesi mediastinum. Teknik ini sangat bermanfaat dalam mendiagnosis penyakit metastatik pada pasien dengan keganasan primer yang ditemukan di manapun. Kegunaan teknik ini dalam mendiagnosis tumor primer mediastinum tetap akan ditegaskan.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Ketidakefektifan pola pernapasan berhubungan dengan kelemahan otot pernapasan
- b. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penekanan jaringan paru oleh sel tumor.
- c. Gangguan Rasa Nyaman (Nyeri) berhubungan dengan post op tumor mediastinum.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.

e. Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi yang masih basah.

3. Intervensi

a. Diagnosa: Gangguan rasa nyaman nyeri b/d luka bekas op pada Tumor Mediastinum.

Tujuan: Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24/jam nyeri dapat berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil: 1) Mampu mengontrol nyeri.

2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.

3) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

No.	Intervensi	Rasional
1.	Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif.	Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien.
2.	Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.	Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang di rasakan pasien.
3.	Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.	Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri.
4.	Ajarkan tentang teknik non farmakologi.	Agar pasien mampu menggunakan non farmakologi dalam manajemen.
5.	Anjurkan pasien untuk meningkatkan istirahat.	Untuk mengurangi nyeri yang di rasakan.
6.	Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik.	Pemberian analgetik dapat mengurangi nyeri yang di rasakan.

b. Diagnosa: Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penekanan jaringan paru oleh sel tumor

Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien menunjukkan keefektifan pola nafas.

Kriteria Hasil: 1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dg mudah, tidak ada pursed lips).

2) Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).

3) Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).

No.	Intervensi	Rasional
1.	Kaji frekuensi, kedalaman dan upaya pernapasan.	Melihat/mengetahui frekuensi pernapasan, kedalaman, adanya kelainan/gangguan pernapasan.
2.	Auskultasi bagian dada anterior dan posterior.	Mengetahui adanya bunyi napas tambahan.
3.	Ajarkan kepada klien tentang batuk efektif dan teknik napas dalam.	Memudahkan klien untuk mengeluarkan sekret, agar klien tahu tentang cara mengeluarkan sekret yang menumpuk.
4.	Atur humidifier oksigen.	Mensuplai oksigen dan mengurangi kerja pernapasan.
5.	Anjurkan klien minum air hangat dipagi hari.	Minum air hangat dapat memudahkan pengeluaran sekret.
6.	Atur posisi klien dengan ambulasi dan ubah posisi.	Sekret bergerak sesuai perubahan tubuh terhadap gravitasi.
7.	Anjurkan intake 1.5-2 L/hari kecuali kontraindikasi.	Mengencerkan secret/hidrasi.
8.	Berikan obat bronkodilator, antitusif, vitamin dan antibiotik.	Antibiotik menghambat dan membunuh kuman, antitusif menurunkan rangsangan

		batuk, vitamin meningkatkan ketahanan tubuh, bronkodilator melegakan pernapasan.
--	--	--

c. Diagnosa : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24/ jam pasien dapat meningkatkan dan melakukan aktifitas sesuai kemampuan tanpa di sertai dengan nyeri.

Kriteria Hasil : Pasien dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan toleransi aktifitas dan pasien dapat beristirahat dengan nyaman.

No	Intervensi	Rasional
1	Kaji respon pasien terhadap aktifitas.	Untuk mengetahui keluhan kelemahan.
2	Anjurkan pasien untuk beristirahat.	Dengan istirahat dapat mempercepat pemulihan.
3	Bantu dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari sesuai kebutuhan.	Dapat memberikan rasa tenang dan aman pada pasien.
4	Tingkatkan aktifitas secara bertahap.	Meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional.

4. Implementasi

Pada tahap ini ntuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan pasien. Agar implementasi/pelaksanaan perencanaan ini dapat tepat waktu dan efektif maka perlu mengidentifikasi prioritas perawatan, memantau dan mencatat respon pasien terhadap setiap intervensi yang dilaksanakan serta mendokumentasikan pelaksanaan perawatan.

5. Evaluasi

Pada tahap akhir proses keperawatan adalah mengevaluasi respon pasien terhadap perawatan yang diberikan untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah dicapai. Evaluasi merupakan proses yang interaktif dan kontinyu, karena setiap tindakan keperawatan, respon pasien dicatat dan dievaluasi dalam hubungannya dengan hasil yang diharapkan kemudian berdasarkan respon pasien, revisi, intervensi keperawatan/hasil yang mungkin diperlukan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Tn.Y Dengan Post Operasi Tumor Mediastinum.

B. Batasan Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respons untuk individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.
2. 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).

3. 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 (Hood Alsagaff, 2010).
4. Masalah: Diartikan sebagai penyimpangan antara yang seharusnya dengan apa yang benar-benar terjadi, antara teori dengan praktek, antara aturan dengan pelaksanaan, antara rencana dengan pelaksana.

C. Partisipan

Secara umum partisipan yang akan diikuti sertakan dalam laporan hasil penelitian ini adalah Tn. Y dengan penyakit Tumor Mediastinum Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Studi kasus ini dilaksanakan Di Ruang Rawat Inap Ali Bin Abi Thalib 2 RSUD Bangkinang.

2. Waktu

Waktu yang ditetapkan pada saat pasien MRS sampai pasien pulang atau klien dirawat minimal 3 hari. Jika sebelum 3 hari pasien sudah pulang, maka perlu penggantian pasien dan bila perlu dilanjutkan dalam bentuk *home care*.

E. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Dalam studi kasus ini menggunakan metode pengumpulan data dalam penelitian deskriptif, yaitu :

1. Wawancara

Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga dan lain-lain, Sumber data diperoleh dari klien, keluarga, dan perawat lainnya).

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat (Saryono, 2013). Beberapa informasi yang diperoleh dari hasil observasi adalah ruang (tempat), pelaku, kegiatan, objek, perbuatan, kejadian atau peristiwa, waktu dan perasaan. Alasan peneliti melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistik perilaku atau kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku manusia dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu melakukan umpan balik terhadap pengukuran tersebut.

Observasi ini menggunakan observasi partisipasi (participant observation) adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data studi kasus melalui pengamatan. Pemeriksaan pada studi kasus ini dengan pendekatan komunikasi terapeutik pada pasien.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasati, notulen rapat, agenda, dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

F. Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menghasilkan validitas data studi kasus yang tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas tinggi. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 1 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari, sehingga waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah 2 hari.
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, keluarga dan perawat.

G. Analisa data

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Langkah-langkah analisis data pada studi kasus, yaitu :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi) hasil studi di tempat pengambilan studi kasus. Hasil ditulis dalam bentuk catatan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara seluruh data yang diperoleh dari lapangan ditelaah, dicatat kembali dalam bentuk uraian atau laporan yang lebih rinci dan sistematis dan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis

berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari pasien.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

H. Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari nyusunan studi kasus, terdiri dari :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

Memberikan bentuk persetujuan antara dan responden studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan studi kasus.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika studi kasus merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek studi kasus dengan cara memberikan atau menempatkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil studi kasus yang akan

disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti studi kasus.