



## Efusi Pleura Ganas e.c. Adenocarcinoma Paru

<sup>1</sup> Indra Buana, <sup>2</sup> Arvinnia Tanida Harefa

<sup>1,2</sup> Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh

Korespondensi penulis: [arvinniatanida@gmail.com](mailto:arvinniatanida@gmail.com)

**Abstract:** *Pleural effusion is a condition in which fluid accumulates in the pleural space. Many diseases may underlie the occurrence of pleural effusion including tuberculosis, malignancy, pneumonia, thoracic empyema, congestive heart failure, and liver cirrhosis (1, 2). In western countries, pleural effusion is mainly caused by congestive heart disease, liver cirrhosis, malignancy, and bacterial pneumonia. While in developing countries like Indonesia it is common to be caused by tuberculosis infection.*

**Keywords:** *Pleural effusion, disease, tuberculosis infection*

**Abstrak:** Efusi pleura merupakan keadaan di mana cairan menumpuk di dalam rongga pleura. Banyak penyakit yang mungkin mendasari terjadinya efusi pleura antara lain tuberkulosis, keganasan, pneumonia, empiema toraks, gagal jantung kongestif, dan sirosis hepatitis (1, 2). Di negara-negara barat, efusi pleura terutama disebabkan oleh penyakit jantung kongestif, sirosis hati, keganasan, dan pneumonia bakteri. Sementara di negara-negara berkembang seperti Indonesia lazim di akibatkan oleh infeksi tuberkulosis.

**Kata kunci:** Efusi pleura, penyakit, infeksi tuberkulosis

### PENDAHULUAN

Tingkat kejadian efusi pleura mencapai 320 per 100.000 penduduk di negara-negara industri dan penyebaran etiologi berhubungan dengan prevalensi penyakit yang mendasarinya (3). Insidensi di Amerika Serikat mencapai 1,5 juta orang setiap tahunnya. Sementara itu, di Indonesia tingginya insidensi berbagai kasus infeksi menjadi faktor resiko yang paling signifikan dalam menyumbang insidensi kasus efusi pleura. Di Indonesia TB paru merupakan penyebab utama efusi pleura, di susul oleh keganasan (4).

Gejala yang paling sering timbul adalah sesak napas atau dispneu. Nyeri bisa timbul akibat efusi yang banyak berupa nyeri dada pleuritik atau nyeri tumpul. Diagnosis efusi pleura dapat ditegakkan melalui anamnesis serta pemeriksaan fisik yang teliti, diagnosis yang pasti melalui pungsi percobaan, biopsi dan analisa cairan pleura (4). Penatalaksanaan efusi pleura dapat dilakukan dengan cara pengobatan kausal, thorakosintesis, *Water Sealed Drainage* (WSD), dan pleurodesis (1).

Efusi pleura karena keganasan merupakan kelainan efusi pleura eksudatif terbanyak setelah efusi pleura jenis parapneumonik (5). Efusi pleura ganas merupakan salah satu komplikasi yang biasa ditemukan pada penderita keganasan yang dapat disebabkan oleh hampir semua jenis keganasan namun hampir sepertiganya disebabkan oleh kanker paru (6, 7).

Kanker paru dalam arti luas adalah semua penyakit keganasan di paru, mencakup keganasan yang berasal dari paru itu sendiri (primer) maupun keganasan dari luar paru (metastasis). Pembagian praktis berdasarkan hasil histopatologik terdiri atas Small Cell Lung

*Received Juni 30, 2023; Revised Juli 26, 2023; Accepted Agustus 21, 2023*

\* Arvinnia Tanida Harefa, [arvinniatanida@gmail.com](mailto:arvinniatanida@gmail.com)

Cancer (SCLC) dan Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC) yang terbagi atas karsinoma sel skuamosa, adenokarsinoma, karsinoma bronkoalveolar dan karsinoma sel besar (8).

Prevalensi kanker paru primer di negara maju sangat tinggi. Di Amerika Serikat tahun 2002 dilaporkan terdapat 169.400 kasus baru (merupakan 13% dari semua kanker baru yang terdiagnosis) dengan 154.900 kematian (merupakan 28% dari seluruh kematian akibat kanker). Indonesia menduduki peringkat ke-4 kanker paru terbanyak di dunia. Tahun 1998 di Rumah Sakit (RS) Kanker Dharmas Jakarta kanker paru menduduki urutan ke-3 sesudah kanker payudara dan leher rahim. Angka kematian akibat kanker paru di seluruh dunia mencapai kurang lebih satu juta penduduk setiap tahunnya. Sebagian besar kanker paru mengenai laki-laki (65%). Kelompok risiko tinggi ialah laki-laki dengan usia >40 tahun (8).

Penyebab pasti dari kanker paru belum diketahui secara jelas. Paparan atau inhalasi berkepanjangan terhadap suatu zat yang bersifat karsinogenik merupakan faktor penyebab utama disamping adanya faktor lain seperti kekebalan tubuh, genetik dan lain-lain. Dari beberapa kepustakaan telah dilaporkan bahwa etiologi kanker paru sangat berhubungan dengan kebiasaan merokok. Lombard dan Doering telah melaporkan tingginya insiden kanker paru pada perokok dibandingkan yang tidak merokok (8).

Manifestasi klinis yang dapat ditemukan antara lain sesak nafas, batuk, nyeri dada, nyeri tulang belakang, hemoptisis, anoreksia, penurunan berat badan yang signifikan, lemah badan, dan obstruksi vena cava. Pemeriksaan penunjang yang dapat digunakan untuk mendiagnosis kanker paru antara lain pemeriksaan laboratorium, radiologi, *trans thoracal biopsy* (TTB), *fine needle aspiration biopsy* (FNAB), dan pemeriksaan histopatologik (8).

Pengobatan kanker paru dibagi berdasarkan jenisnya antara NSCLC dan SCLC. Umumnya terapi yang diberikan berdasarkan stadium kanker itu sendiri, yaitu antara lain pembedahan, radioterapi, dan kemoterapi. Kemoterapi digunakan sebagai terapi baku untuk pasien kanker paru mulai dari stadium III A dan untuk pengobatan paliatif (8).

## LAPORAN KASUS

### 2.1 Identitas Pasien

Nama : Ny. S  
Umur : 40 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Babah Krueng, Aceh Utara  
Agama : Islam  
Status : Menikah  
Suku : Aceh

Pekerjaan : Pembuat Emping  
No. RM : 03.36.99  
Tanggal Masuk RS : 26 Februari 2023  
Tanggal Pemeriksaan : 3 Maret 2023  
Tanggal Keluar RS : 3 Maret 2023

## **2.2 Anamnesis**

### **2.2.1 Keluhan Utama**

Sesak napas yang dirasakan memberat sejak 3 hari SMRS.

### **2.2.2 Keluhan Tambahan**

Nyeri dada, batuk berdahak, sulit tidur.

### **2.2.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien datang ke RSUD Cut Meutia dengan keluhan sesak napas yang memberat sejak 3 hari SMRS. Sesak napas biasanya memberat pada posisi tidur, namun tidak dipengaruhi oleh makanan, debu, ataupun cuaca.

Pasien juga mengeluhkan batuk berdahak yang sudah berlangsung sekitar  $\pm 3,5$  tahun. Untuk saat ini dahak berwarna putih kekuningan tanpa disertai darah, namun pasien memiliki riwayat batuk berdahak disertai darah  $\pm 2,5$  tahun yang lalu.

Pasien juga mengeluhkan nyeri dada. Nyeri dada dirasakan sejak  $\pm 3,5$  tahun yang lalu bersamaan dengan keluhan batuk, namun memberat 3 hari SMRS. Nyeri di rasakan di dada sebelah kiri dan tidak menjalar ke leher, lengan, maupun punggung, dan tidak disertai dengan keluhan mual/keringat dingin.

Pasien juga mengaku kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk yang ia rasakan. Mual dan riwayat muntah disangkal. Berkeringat malam disangkal. BAB dan BAK dalam batas normal.

### **2.2.4 Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien tidak memiliki riwayat diabetes mellitus, hipertensi, asma, dan penyakit jantung. Pasien beberapa kali berobat jalan ke puskesmas dan poli paru sejak  $\pm 2,5$  tahun yang lalu dengan keluhan batuk berdarah.

### **2.2.5 Riwayat Penyakit Keluarga**

Berdasarkan keterangan pasien tidak ada keluarga yang mengalami hal serupa. Riwayat keganasan pada keluarga dan riwayat keluarga dengan penyakit TB juga disangkal.

### **2.2.6 Riwayat Penggunaan Obat**

Pasien mengonsumsi obat-obatan yang diberikan dokter di puskesmas dan poli paru, namun pasien tidak ingat nama obatnya. Riwayat konsumsi OAT disangkal.

## 2.2.7 Riwayat Kebiasaan

Pasien makan secara teratur dan makanan yang dikonsumsi oleh pasien bervariasi sebanyak 3 kali/hari. Pasien tidak memiliki riwayat merokok, namun pasien sering berada didekat suaminya saat suaminya merokok.

## 2.2.8 Riwayat Sosial Ekonomi

Pasien tinggal bersama dengan suami dan kedua anaknya. Pasien menggunakan BPJS untuk berobat. Pasien bekerja sebagai pembuat emping. Pasien menumbuk biji melinjo setiap harinya. Pasien juga masih menggunakan kayu bakar untuk memasak di rumahnya.

## 2.3 Pemeriksaan Fisik

### 2.3.1 Status Generalis

Keadaan Umum : Sakit sedang, mMRC Grade 2

Kesadaran : Composmentis = E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub>

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 87 x/i, regular

Pernapasan : 24 x/i

Suhu tubuh : 36,8°C

SpO<sub>2</sub> : 92%

Tinggi badan : 152 cm

Berat badan : 45 kg

IMT : 19,4 (Normal)

1.	<b>Kepala</b>	
	Warna	Sawo matang, hiperpigmentasi (-)
	Turgor	Kembali dengan cepat
	Sianosis	Tidak ada
	Ikterus	Tidak ada
	Oedema	Tidak ada
2.	<b>Kepala</b>	
	Bentuk	Normocephali
	Rambut	Hitam, tidak mudah putus
	Mata	Edema palpebra (-/-), ptosis (-/-), konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-)
	Telinga	Normoaurikula, deformitas (-/-), serumen (-/-), darah (-/-), cairan (-/-)
	Hidung	Deviasi septum (-/-), sekret (-/-), mukosa hiperemis (-/-), konka hipertrofi (-/-)
	Mulut	Sianosis (-), lidah kotor (-), <i>pulse lip breathing</i> (-)
3.	<b>Leher</b>	
	Trakea	Terdorong ke kanan
	Kelenjar tiroid	Tidak teraba pembesaran
	KGB	Tidak ditemukan pembesaran pada KGB pre- dan post-aurikuler, sub-mandibula, supraklavikula, axilla. KGB inguinal tidak dilakukan pemeriksaan
4.	<b>Thorax Pulmo</b>	

	Inspeksi	Dinding dada sebelah kiri tertinggal saat menarik napas. Tidak terdapat ruam diskoid di dada kanan maupun kiri
	Palpasi	Stem fremitus dada sebelah kiri lebih lemah daripada dada sebelah kanan
	Perkusi	Sonor pada dada sebelah kanan dan redup pada dada sebelah kiri
	Auskultasi	Vesikuler pada seluruh lapang paru namun melemah pada dada sebelah kiri, <i>wheezing</i> (-/-), dan <i>rhonki</i> (-/-)
5.	<b>Cor</b>	
	Inspeksi	Ictus cordis tidak terlihat
	Palpasi	Ictus cordis teraba pada ICS V linea midclavicula sin
	Perkusi	Batas kiri pada ICS V linea midclavicula sinistra. Batas kanan pada ICS V linea parasternal dextra
	Auskultasi	BJ I > BJ II, regular (+), regurgitasi (-), gallop (-)
6.	<b>Abdomen</b>	
	Inspeksi	Simetris, distensi abdomen (-)
	Palpasi	Hepar tidak teraba, lien tidak teraba, defans muskular (-), nyeri tekan pada perut bagian bawah (-), teraba massa (-)
	Perkusi	Timpani seluruh lapang abdomen, <i>shifting dullness</i> (-)
	Auskultasi	Peristaltik usus normal
7.	<b>Genitalia</b>	Tidak dilakukan pemeriksaan
8.	<b>Ekstremitas</b>	Akral hangat, edema tungkai (-/-), sianosis (-/-), kelemahan anggota gerak (-/-)

## 2.4 Pemeriksaan Penunjang

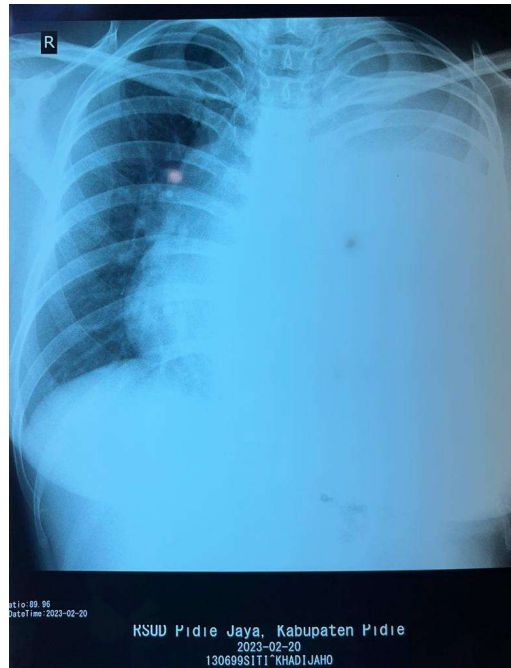
### A. Laboratorium

Tanggal 26 Februari 2023

Nama Test	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<b>Hematologi</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
Hemoglobin (HGB)	7.53	g/dL	13 ~ 18
Eritrosit (RBC)	3.69	juta/mm <sup>3</sup>	4.5 ~ 6.5
Hematokrit (HCT)	25.94	%	37 ~ 47
Leukosit (WBC)	14.24	ribu/mm <sup>3</sup>	4.0 ~ 11.0
MCV	70.23	fL	79 ~ 99
MCH	20.40	Pg	27 ~ 32
MCHC	29.04	g/dl	33 ~ 37
RDW-CV	13.37	%	11.5 ~ 14.5
Trombosit	541	ribu/mm <sup>3</sup>	150 ~ 450
<b>Kimia Darah</b>			
<b>Glukosa Darah</b>			
Glukosa Darah Sewaktu	169	mg/dl	<180
<b>Hitung Jenis Leukosit</b>			
Basophil	0.23	%	0-1,7
Eosinophil	2.37	%	0,60-7,30
Nitrofil Segmen	75.26	%	39,3-73,7
Limfosit	14.98	%	18,0-48,3
Monosit	7.17	%	4,40-12,7
NLR	5.02	Cutoff	0-3,13
ALC	2199.15	Juta/L	0-1500

## B. Rontgen Thorax

Tanggal 20 Februari 2023



### Interpretasi

Identitas : Jelas

Marker : Jelas

Posisi : PA

### Penilaian

Trakea : Tampak deviasi ke kanan

Hilus : Tidak tampak peningkatan corakan

ICS : Tidak tampak pelebaran ICS

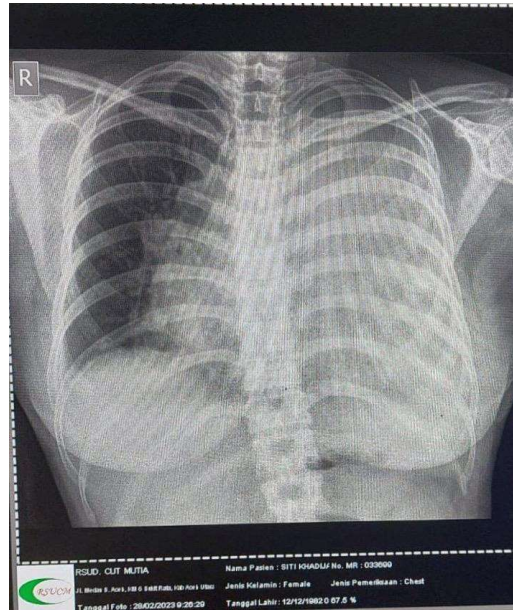
Paru : Corakan bronkovaskular tidak tampak meningkat. Tampak konsolidasi homogen di hemithorax kiri. Sudut costofrenikus sinistra tidak terlihat.

Cor : CTR > 50%, bentuk dan ukuran sulit dinilai, batas mediastinum tergeser ke arah kanan, gambaran water bottle sign.

Tulang : Intak, tidak tampak fraktur dan dislokasi

**Kesan : Efusi Pleura**

Tanggal 28 Februari 2023



**Interpretasi**

Identitas : Jelas

Marker : Jelas

Posisi : PA

**Penilaian**

Trakea : Tampak deviasi ke kanan

Hilus : Tidak tampak peningkatan corakan

ICS : Tidak tampak pelebaran ICS

Paru : Corakan bronkovaskular tidak tampak meningkat. Tampak konsolidasi homogen di hemithorax kiri. Sudut costofrenikus sinistra tidak terlihat.

Cor : CTR > 50%, bentuk dan ukuran sulit dinilai, batas mediastinum tergeser ke arah kanan, gambaran water bottle sign.

Tulang : Intak, tidak tampak fraktur dan dislokasi

**Kesan : Efusi Pleura**

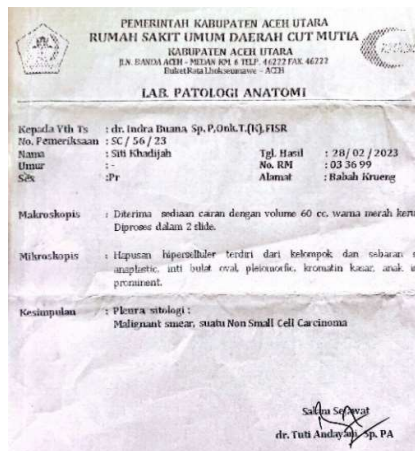
C. **USG Thorax**



Kesan : Efusi Pleura

D. **Patologi Anatomi**

Pleura Sitologi



Gambaran mikroskopis berupa hapusan hiperselluler terdiri dari kelompok dan sebaran sel anaplastic, inti bulat oval, pleomorfic, kromatin kasar, dan anak inti prominent. Kesan malignant smear, suatu Non Small Cell Carcinoma.

Biopsi




Gambaran mikroskopis menunjukkan sediaan jaringan dilapisi epitel respirasi, tampak pertumbuhan tumor epithelial terdiri dari proliferasi sel anaplastic, inti bulat oval, pleomorfic,



kromatin kasar. Kesan Non Small Cell Carcinoma, condong suatu Adenocarcinoma.

## E. Bronkoskopi

Dilakukan tanggal **2 Maret 2023**: Tumor Paru Kiri (Jenis?) T<sub>3</sub>N<sub>3</sub>M<sub>0</sub> Stage IIB.

PEMERINTAH KABUPATEN ACEH UTARA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CUT MEUTIA JLN. BANDA ACEH - MEDAN KM 6. TEL: (0645) 46334 - 46222. FAX. 46222 BUKET RATA LHOEKSUMAWA - ACEH			
ID Pasien	033699	Kla. /Kmr.	R. ZAMZAM
Nama Pasien	SITI KHADIJAH	Dari Dokter	Dr. Indra Buana, Sp.P. Onk. T. (K).
Umur / Jenis	40 F	Keluhan	
Alamat	BABAH KREUNG, BANDAR DUA PIDIE JAYA	Diagnosis	Susp. Tumor Paru
		Alat	FUJIFILM EB-590S
Hasil Pemeriksaan Bronchoscopy			
Obat	Xylocaine Spray		
Premedikasi	Sulfas Atropin		
<b>HASIL</b>			
Vocal Cord : Simetris Trachea : C-Shape Karna status Tajan BUKI : Orificium terbuka, mukosa tenang, sekret banyak, encer LARI : Upper Division : Orificium menyempit, scope tidak dapat masuk, mukosa hiperemis, sekret banyak, encer Lingula : Orificium menyempit, tampak massa infiltratif, scope tidak dapat masuk, mukosa hiperemis, mudah berdarah, sekret banyak, encer LBKI : Orificium menyempit, stenosis kompresif, scope tidak dapat masuk, mukosa hiperemis, sekret banyak, encer LC2 & LC1 : Tergang BUKA, LAKA, LAMKA, LBKA : Orificium terbuka, mukosa tenang, sekret banyak, encer RC1 : Tumpul Dilakukan Biopsi Forceps, Washing Di Lingula			
<b>KESIMPULAN</b> Tumor Paru Kiri (Jenis?) T <sub>3</sub> N <sub>3</sub> M <sub>0</sub> Stage IIB			
<b>SARAN</b> Dilakukan Pemeriksaan Histopatologi Jaringan Dilakukan Pemeriksaan Sitologi Washing Dilakukan Pemeriksaan Immunohistokimia (EGFR, ALK, PDL-1)			
Lhoeksumawa, 02-Mar-2023			
 Dr. Indra Buana, Sp.P. Onk. T. (K), FISIR			



## 2.5 Resume

Ny. S 40 tahun datang ke IGD RSU Cut Meutia dengan keluhan sesak napas yang memberat sejak 3 hari SMRS. Pasien mengaku sesak memberat saat pasien berada pada posisi tidur. Sesak napas tidak dipengaruhi oleh makanan, debu, ataupun cuaca. Pasien juga mengeluhkan batuk berdahak yang sudah berlangsung ±3,5 tahun. Untuk saat ini dahak berwarna putih kekuningan tanpa disertai darah, namun pasien memiliki riwayat batuk berdahak disertai darah ±2,5 tahun yang lalu. Pasien juga mengeluhkan nyeri dada yang dirasakan sejak ±3,5 tahun yang lalu bersamaan dengan keluhan batuk, namun memberat 3 hari SMRS. Nyeri dirasakan di dada sebelah kiri dan tidak menjalar ke leher, lengan, maupun punggung. Pasien juga mengaku kesulitan tidur karena sesak napas dan batuk yang ia rasakan. Mual dan riwayat muntah disangkal. Berkeringat malam disangkal. BAB dan BAK dalam batas normal.

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit terdahulu seperti diabetes mellitus, hipertensi, asma, dan penyakit jantung. Namun, pasien beberapa kali berobat jalan ke puskesmas dan poli paru sejak ±2,5 tahun yang lalu dengan keluhan batuk berdarah. Berdasarkan keterangan pasien tidak ada keluarga yang mengalami hal serupa. Riwayat keganasan pada keluarga dan riwayat

keluarga dengan penyakit TB juga disangkal. Pasien mengonsumsi obat-obatan yang diberikan dokter di puskesmas dan poli paru, namun pasien tidak mengingat nama obatnya. Riwayat konsumsi OAT disangkal. Pasien tinggal bersama dengan suami dan kedua anaknya. Riwayat merokok disangkal, namun pasien sering berada didekat suaminya saat suaminya merokok. Pasien bekerja sebagai pembuat emping yang sehari-harinya menumbuk biji melinjo. Pasien juga masih memasak menggunakan kayu bakar di rumahnya.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital tampak lemas, kesadaran komposmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, HR 87x/menit, RR 24x/menit, dan suhu 36,8°C. Pada pemeriksaan thorax, dari inspeksi dijumpai dinding dada sebelah kiri tertinggal saat menarik napas, stem fremitus dada kiri melemah pada palpasi, redup pada dada kiri pada perkusi, dan suara pernapasan vesikuler yang melemah pada auskultasi di dada sebelah kiri. Pada pemeriksaan penunjang laboratorium didapatkan beberapa perubahan yang bermakna antara lain: penurunan pada kadar hemoglobin, peningkatan kadar leukosit dan trombosit, dll. Pemeriksaan rontgen dan USG thorax menunjukkan kesan efusi pleura. Pada pemeriksaan bronkoskopi didapatkan kesimpulan Tumor Paru Kiri (Jenis?) T<sub>3</sub>N<sub>3</sub>M<sub>0</sub> Stage IIIB. Pemeriksaan patologi anatomi sitologi pleura menunjukkan kesan malignant smear, suatu Non Small Cell Carcinoma dan biopsi menunjukkan Non Small Cell Carcinoma, condong suatu Adenocarcinoma.

## 2.6 Diagnosis

Diagnosis Banding :

1. Non Small Cell Lung Carcinoma Jenis Adenocarcinoma
2. Non Small Cell Lung Carcinoma Jenis Squamousa
3. Small Cell Lung Carcinoma

Diagnosis Kerja :

Efusi Pleura Ganas e.c. Non Small Cell Lung Carcinoma Jenis Adenocarcinoma Paru Sinistra T<sub>4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>1A</sub> (Pleura) Stage IV A ECOG 2 + Cancer Pain + Dispepsia

## 2.7 Penatalaksanaan

### Non-Medikamentosa

- a. *Bed rest*

### Medikamentosa

- a. O<sub>2</sub> 2-4 L/i
- b. IVFD NaCl 0,9% + tramadol 2 amp 20 gtt/i
- c. Drip Sohobion 1 amp/H
- d. Inj. Ceftriaxone 1 gr vial/12 jam
- e. Inj. Dexamethasone 5 mg amp/12 jam

- f. Inj. Omeprazole 40 mg vial/12 jam
- g. Inj. Ondancetron 4 mg amp/12 jam
- h. Codein 3 x 20mg
- i. Bicnat 3 x 500mg
- j. Cetirizine 1 x 10mg
- k. Alprazolam 1 x 0,25mg

## 2.8 Prognosis

- a. Quo ad vitam : dubia ad bonam
- b. Quo ad functionam : dubia ad malam
- c. Quo ad sanationam : dubia ad malam

## 2.9 Follow Up Pasien

Hari Rawatan	SOAP	Terapi
Senin, 27/2/2023 H+2	<p>S/ Pasien mengeluhkan sesak napas, batuk berdahak, nyeri dada, dan nyeri perut.</p> <p>O/ KU: Lemas TD: 100/60 mmHg N: 68 x/i RR: 35 x/i T: 36,7°C SpO2: 72% Thorax</p> <p>Inspeksi: Dinding dada kiri tertinggal saat menarik napas Palpasi: Stem fremitus dada kiri melemah Perkusi: Redup pada dada kiri Auskultasi: Suara vesikuler melemah di dada sebelah kiri, wheezing (-/-), ronkhi (+/+)</p> <p>A/ Efusi Pleura Ganas e.c. Susp. Tumor Paru Kiri Jenis? T<sub>4</sub>N<sub>x</sub>M<sub>1A</sub> + Dispepsia</p> <p>P/ Susul hasil PA (Sitologi Pleura)</p>	<p>O2 2-4 L/i IVFD NaCl 0,9% + 2 amp tramadol 20 gtt/i Inj. Ceftriaxone 1 gr/12 jam Inj. Dexamethason amp/12 jam Inj. Omeprazole 40 mg/12 jam Inj. Ondancetron 4 mg/12 jam Drip sohobion/H Codein 3 x 20mg Bicnat 3 x 500mg</p>
Selasa, 28/2/2023 H+3	<p>S/ Pasien mengaku sesak napas sudah berkurang, batuk berdahak berkurang, dan nyeri dada berkurang.</p> <p>O/ KU: Lemas TD: 110/70 mmHg N: 104 x/i RR: 31 x/i T: 36,7°C SpO2: 90% Thorax</p> <p>Inspeksi: Dinding dada kiri tertinggal saat menarik napas Palpasi: Stem fremitus dada kiri melemah Perkusi: Redup pada dada kiri Auskultasi: Suara vesikuler melemah di dada sebelah kiri, wheezing (-/-), ronkhi</p>	<p>O2 2-4 L/i IVFD NaCl 0,9% + 2 amp tramadol 20 gtt/i Inj. Ceftriaxone 1 gr/12 jam Inj. Dexamethason amp/12 jam Inj. Omeprazole 40 mg/12 jam Inj. Ondancetron 4 mg/12 jam Drip sohobion/H Codein 3 x 20mg Bicnat 3 x 500mg Cetirizine 1 x 10mg Alprazolam 1 x 0,25mg</p>

	(+/+) A/ Efusi Pleura Ganas e.c. Susp. Tumor Paru Kiri Jenis? T <sub>4</sub> N <sub>x</sub> M <sub>1A</sub> + Dispepsia P/ Bronkoskopi (Kamis, 2/3/2023)	
Rabu, 1/3/2023 H+4	S/ Pasien mengaku batuk berdahak berkurang dan nyeri dada berkurang. O/ KU: Lemas TD: 120/80 mmHg N: 92 x/i RR: 24 x/i T: 36,7°C SpO <sub>2</sub> : 90% Thorax Inspeksi: Dinding dada kiri tertinggal saat menarik napas Palpasi: Stem fremitus dada kiri melemah Perkusi: Redup pada dada kiri Auskultasi: Suara vesikuler melemah di dada sebelah kiri, wheezing (-/-), ronkhi (+/+) A/ Efusi Pleura Ganas e.c. Non Small Cell Lung Carcinoma Jenis Adenocarcinoma Paru Sinistra T <sub>4</sub> N <sub>x</sub> M <sub>1A</sub> (Pleura) + Cancer Pain + Dispepsia P/ Bronkoskopi (Kamis, 2/3/2023)	O <sub>2</sub> 2-4 L/i IVFD NaCl 0,9% + 2 amp tramadol 20 gtt/i Inj. Ceftriaxone 1 gr/12 jam Inj. Dexamethason amp/12 jam Inj. Omeprazole 40 mg/12 jam Inj. Ondancetron 4 mg/12 jam Drip sohobion/H Codein 3 x 20mg Bicnat 3 x 500mg Cetirizine 1 x 10mg Alprazolam 1 x 0,25mg
Kamis, 2/3/2023 H+5	S/ Pasien mengaku batuk berdahak berkurang dan nyeri dada berkurang. O/ KU: Lemas TD: 110/80 mmHg N: 110 x/i RR: 20 x/i T: 36,7°C SpO <sub>2</sub> : 94% Thorax Inspeksi: Dinding dada kiri tertinggal saat menarik napas Palpasi: Stem fremitus dada kiri melemah Perkusi: Redup pada dada kiri Auskultasi: Suara vesikuler melemah di dada sebelah kiri, wheezing (-/-), ronkhi (-/-) A/ Efusi Pleura Ganas e.c. Non Small Cell Lung Carcinoma Jenis Adenocarcinoma Paru Sinistra T <sub>4</sub> N <sub>3</sub> M <sub>1A</sub> (Pleura) Stage IV A ECOG 2 + Cancer Pain + Dispepsia P/ Observasi KU	O <sub>2</sub> 2-4 L/i IVFD NaCl 0,9% + 2 amp tramadol 20 gtt/i Inj. Ceftriaxone 1 gr/12 jam Inj. Dexamethason amp/12 jam Inj. Omeprazole 40 mg/12 jam Inj. Ondancetron 4 mg/12 jam Drip sohobion/H Codein 3 x 20mg Bicnat 3 x 500mg Cetirizine 1 x 10mg Alprazolam 1 x 0,25mg

<p>Jumat, 3/3/2023 H+6</p>	<p><b>S/</b> Pasien mengaku batuk berdahak berkurang dan nyeri dada berkurang. <b>O/</b> KU: Lemas TD: 110/70 mmHg N: 104 x/i RR: 31 x/i T: 36,7°C SpO2: 90% Thorax Inspeksi: Dinding dada kiri tertinggal saat menarik napas Palpasi: Stem fremitus dada kiri melemah Perkusi: Redup pada dada kiri Auskultasi: Suara vesikuler melemah di dada sebelah kiri, wheezing (-/-), ronkhi (+/+) <b>A/</b> Efusi Pleura Ganas e.c. Non Small Cell Lung Carcinoma Jenis Adenocarcinoma Paru Sinistra T<sub>4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>1A</sub> (Pleura) Stage IV A ECOG 2 + Cancer Pain + Dispepsia <b>P/</b> PBJ</p>	<p>Morfikaf 3 x 1 Symbicort Rapihaler 2 x 1 Cefixime 2 x 200mg N-acetylcysteine 3 x 200mg Metilprednisolon 2 x 4mg Salbutamol 3 x 2mg Omeprazole 2 x 20mg Ondansetron 2 x 4mg</p>
------------------------------------	--	---

## PEMBAHASAN

Laporan kasus ini membahas seorang pasien, Ny. S, berusia 40 tahun. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan beberapa pemeriksaan penunjang, pasien didiagnosis dengan Efusi Pleura Ganas e.c. Non Small Cell Lung Carcinoma Jenis Adenocarcinoma Paru Sinistra T<sub>4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>1A</sub> (Pleura) Stage IV A. Efusi pleura merupakan keadaan saat terjadi penumpukan cairan di dalam rongga pleura. Banyak penyakit yang mungkin mendasari terjadinya efusi pleura antara lain tuberkulosis, keganasan, pneumonia, empiema toraks, gagal jantung kongestif, dan sirosis hepatis (1, 2). Di Indonesia TB paru merupakan penyebab utama efusi pleura, di susul oleh keganasan (4). Efusi pleura karena keganasan merupakan kelainan efusi pleura eksudatif terbanyak setelah efusi pleura jenis parapneumonik (5). Efusi pleura ganas merupakan salah satu komplikasi yang biasa ditemukan pada penderita keganasan yang dapat disebabkan oleh hampir semua jenis keganasan namun hampir sepertiganya disebabkan oleh kanker paru (6, 7). Pada kasus ini efusi pleura ganas disebabkan oleh Non Small Cell Lung Carcinoma Jenis Adenocarcinoma.

Pasien datang dengan keluhan utama sesak napas yang dirasakan memberat sejak 3 hari SMRS. Selain itu pasien juga mengeluhkan nyeri dada, batuk berdahak dengan riwayat batuk berdarah sebelumnya, dan kesulitan tidur. Dari pemeriksaan fisik ditemukan suara pernapasan vesikuler melemah pada auskultasi dada kiri, perkusi redup pada dada kiri, dan stem fremitus dada kiri melemah. Lebih dari 50% pasien dengan Efusi Pleura Ganas (EPG) mengalami sesak napas terutama jika volume cairan sangat banyak, memberat saat beraktivitas dan berkurang pada saat istirahat. Sesak napas terjadi karena refleks neurogenik paru dan dinding dada karena

penurunan keregangannya (compliance) paru, penurunan volume paru ipsilateral, mendorong mediastinum ke arah kontralateral dan penekanan diafragma ipsilateral. Estenne dkk menyimpulkan bahwa meskipun terjadi perubahan fungsi paru pada penderita EPG misalnya perubahan volume ekspirasi paksa detik pertama (VEP1) tetapi perubahan itu saja belum memadai untuk dapat menjelaskan mekanisme sesak napas. Hipotesis lain yaitu sesak napas terjadi karena berkurangnya kemampuan meregang otot inspirasi akibat terjadi restriksi toraks oleh cairan (9). Keluhan lain biasanya berupa nyeri dada, dada terasa penuh, batuk kering dan batuk darah yang mengindikasikan keganasan intrabronkial (10). Dapat ditemukan kelainan pada pemeriksaan fisik pada efusi pleura yang sudah mencapai 300 ml. Kelainan tersebut meliputi penurunan suara napas yang ditandai dengan perkusi redup, penurunan vokal fremitus, *pleural friction-rub* dan pergeseran batas mediastinum ke arah kontralateral efusi (11).

Pemeriksaan rontgen dan USG thorax menunjukkan kesan efusi pleura. Pada hari rawatan pertama di ruangan, dilakukan pengeluaran cairan pleura dengan tindakan torakosintesis terapeutik yang merupakan salah satu cara penatalaksanaan efusi pleura. Dari tindakan tersebut, didapatkan cairan berwarna merah sebanyak  $\pm 1$  L yang selanjutnya diantarkan ke laboratorium patologi anatomi untuk dilakukan pemeriksaan sitologi pleura. Pasien dengan efusi pleura masif harus selalu dilakukan pengeluaran cairan karena cairan pleura akan menekan organ intratoraks. Tindakan tersebut dilakukan pada sela iga ke enam atau ke tujuh pada garis mid axilaris atau aksilaris posterior. Pengeluaran cairan pleura dianjurkan tidak sekaligus (maksimal 1,5 liter) karena akan terjadi peningkatan permeabilitas kapiler sehingga menyebabkan edema paru re-ekspansif. Komplikasi lain adalah cedera paru, hematotoraks, pneumotoraks, emfisema subkutis, reflek vasovagal, hipotensi, gagal jantung dan infeksi sekunder (12, 13).

Riwayat diabetes mellitus, hipertensi, asma, dan penyakit jantung disangkal. Riwayat keganasan pada keluarga juga disangkal. Pasien tidak memiliki riwayat mengonsumsi obat anti tuberkulosis (OAT). Riwayat kebiasaan merokok disangkal, namun pasien sering berada di dekat suaminya saat suaminya merokok. Pasien bekerja sebagai pembuat emping yang sehari-harinya menumbuk biji melinjo. Pasien juga masih memasak menggunakan kayu bakar di rumahnya. Faktor risiko utama terjadinya kanker paru yaitu rokok. Hampir seluruh penyebab kematian akibat kanker paru dihubungkan dengan merokok atau pajanan asap rokok. Rokok menjadi faktor risiko kanker paru melalui dua jalur, yaitu melalui asap rokok yang mengandung zat karsinogen dan melalui asap rokok yang terus menerus sehingga menyebabkan gangguan pada mukosa dan epitel saluran napas (14). Selain itu, ada beberapa faktor risiko lainnya, termasuk polutan lingkungan dan rumah tangga (15).

Berdasarkan pemeriksaan penunjang berupa bronkoskopi dan patologi anatomi (sitologi pleura dan biopsi) ditegakkan diagnosis Non Small Cell Lung Carcinoma Jenis Adenocarcinoma Paru Sinistra T<sub>4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>1A</sub> (Pleura) Stage IV A. Kanker paru dalam arti luas adalah semua penyakit keganasan di paru, mencakup keganasan yang berasal dari paru itu sendiri (primer) maupun keganasan dari luar paru (metastasis). Pembagian praktis berdasarkan hasil histopatologik terdiri atas Small Cell Lung Cancer (SCLC) dan Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC) yang terbagi atas karsinoma sel skuamosa, adenokarsinoma, karsinoma bronkoalveolar dan karsinoma sel besar (8). Pada pasien ini ditentukan staging T<sub>4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>1A</sub>. T<sub>4</sub> karena ditemukan tumor yang disertai dengan efusi pleura ganas. N<sub>3</sub> karena pada pemeriksaan bronkoskopi *second* karina kontralateral tampak tumpul. M<sub>1A</sub> karena ditemukan tumor dengan efusi pleura (16).

## KESIMPULAN

Telah dilaporkan Ny. S 40 tahun datang ke IGD RSUD Cut Meutia pada tanggal 26 Februari 2023 dengan keluhan sesak napas yang memberat sejak 3 hari SMRS. Pasien juga mengeluhkan nyeri dada, batuk berdahak, dan sulit tidur. Dari pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital tampak lemas, kesadaran komposmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, HR 87x/menit, RR 24x/menit, dan suhu 36,8°C. Pada pemeriksaan thorax, dari inspeksi dijumpai dinding dada sebelah kiri tertinggal saat menarik napas, stem fremitus dada kiri melemah pada palpasi, redup pada dada kiri pada perkusi, dan suara pernapasan vesikuler yang melemah pada auskultasi di dada sebelah kiri. Pada pemeriksaan penunjang laboratorium didapatkan beberapa perubahan yang bermakna antara lain: penurunan pada kadar hemoglobin, peningkatan kadar leukosit dan trombosit, dll. Pemeriksaan rontgen dan USG thorax menunjukkan kesan efusi pleura. Pada pemeriksaan bronkoskopi didapatkan kesimpulan Tumor Paru Kiri (Jenis?) T<sub>3</sub>N<sub>3</sub>M<sub>0</sub> Stage IIIB. Pemeriksaan patologi anatomi sitologi pleura menunjukkan kesan malignant smear, suatu Non Small Cell Carcinoma dan biopsi menunjukkan Non Small Cell Carcinoma, condong suatu Adenocarcinoma. Pasien telah diberikan terapi suportif untuk memperbaiki keadaan umum.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Masyhudi A, Fatah S, Saktini F. Hubungan Jumlah Volume Drainase Water Sealed Drainage dengan Kejadian Udema Pulmonum Re-Ekspansi pada Pasien Efusi Pleura Masif. Media Med Muda. 2014;
2. Hadi H. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam: Penyakit-Penyakit Pleura. 4th ed. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen IPD FK UI; 2006.
3. Parcel J, Light R. Pleural Effusions. Pubmed. 2013;
4. Rubins J, Mosenifar Z, Manning H, Peters S. Pleural Effusions. Medscape. 2014;

5. Rab PDHT. Penyakit Pleura. 1st ed. Jakarta; 2010. 142–144 p.
6. Society AT. Management of Malignant Pleural Effusions. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;
7. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. Kanker Paru (Kanker Paru Karsinoma Bukan Sel Kecil). In: *Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia*. 2001.
8. Joseph J, Rotty LWA. Kanker Paru: Laporan Kasus. *Med Scope J*. 2020;2(1):17–25.
9. Thomas R, Jenkins S, Eastwood P, Lee Y, Singh B. Physiology of Breathlessness Associated with Pleural Effusions. *Curr Opin Pulm Med*. 2015;
10. Moore A, Parker R, Wiggins J. Malignant Mesothelioma. *Orphanet J Rare Dis*. 2018;
11. Diaz-Guzman E, Budev M. Accuracu of the Physical Examination in Evaluating Pleural Effusion. *Cleve Clin J Med*. 2018;
12. Desai N, Lee H. Diagnosis and Management of Malignant Pleural: State of the Art in 2017. *J Thorac Dis*. 2017;
13. Koegelenberg C, Shaw J, Irusen E, Lee Y. Contemporary Best Practice in the Management of Malignant Pleural Effusion. *Adv Respir Dis*. 2018;
14. Pritami AA, Ariza R, Soemarwoto S, Wintoko R. Faktor Risiko Kanker Paru : Tinjauan Pustaka Risk Factors of Lung Cancer : Literature Review. 2022;9:120–3.
15. Zaini J, Syahrudin E, Andarini SL. Kanker Paru Bukan Sel Kecil. *Seri Pandu Pasien ESMO*. 2018;9–22.
16. Adiatma. Hubungan antara Karsinoma Paru dengan Efusi Pleura. Universitas Diponegoro; 2012.