

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Kista Ovarium

1. Pengertian Kista Ovarium

Kista Ovarium adalah benjolan yang membesar, seperti balon yang berisi cairan, yang tumbuh di indung telur. Cairan ini biasa berupa air, darah, nanah, atau cairan coklat kental seperti darah menstruasi. Kista banyak terjadi pada wanita usia subur atau usia reproduksi. Kista ovarium adalah sebuah struktur tidak normal yang berbentuk seperti kantung yang bisa tumbuh dimanapun dalam tubuh. Kantung ini bisa berisi zat gas, cair, atau setengah padat. Dinding luar kantung menyerupai sebuah kapsul (Mumpuni & Andang, 2013).

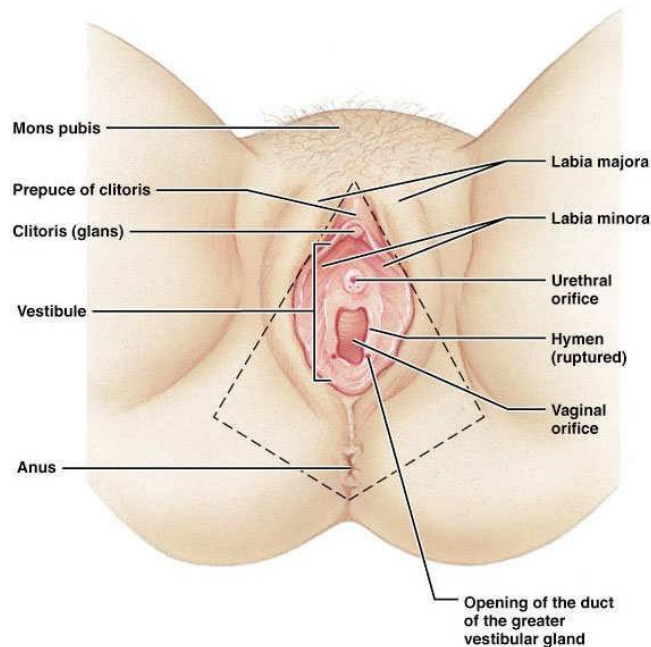
Kista ovarium biasanya berupa kantong yang tidak bersifat kanker yang berisi material cairan atau setengah cair (Nugroho, 2014). Kista ovarium (kista indung telur) berarti kantung berisi cairan, normalnya berukuran kecil, yang terletak di indung telur (ovarium). Kista indung telur dapat terbentuk kapan saja (Setyorini, 2014).

2. Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

Sistem reproduksi wanita merupakan suatu sistem yang sudah sejak lahir dimiliki oleh wanita, namun alat reproduksi wanita akan berfungsi sepenuhnya saat seorang wanita memasuki masa pubertas. Alat reproduksi wanita terdiri dari genitalia *internal* dan genitalia *external* (Oktavelani, D. A., 2019).

a. Genitalia *External* (Alat Kelamin Bagian Luar)

Genitalia *external* secara kesatuan disebut vulva atau pudendum. Secara anatomis genitalia *external* terdiri dari:



Gambar 1. Genitalia *external* wanita (Moore *et al.*, 2014)

1) Mons Veneris

Mons veneris adalah bagian yang sedikit menonjol dan bagian yang menutupi tulang kemaluan (simfisis pubis)

2) Labia Mayora (bibir besar kemaluan)

Labia mayora merupakan bagian lanjutan dari mons veneris yang berbentuk lonjong, menuju ke bawah dan bersatu membentuk perineum.

3) Labia Minora (bibir kecil kemaluan)

Labia minora merupakan organ berbentuk lipatan yang terdapat di dalam labia mayora.

4) Klitoris

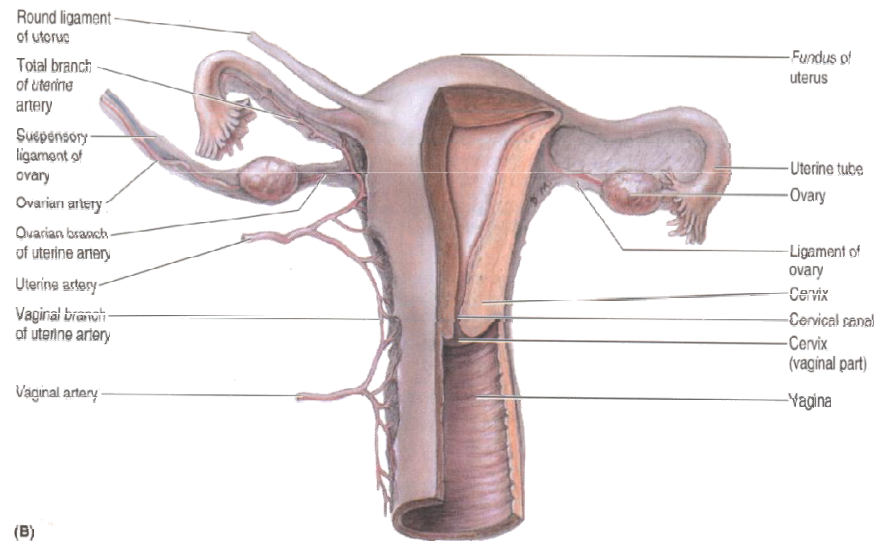
Klitoris adalah organ bersifat erektil yang sangat sensitif terhadap rangsangan saat hubungan seksual.

5) Vestibulum

Vestibulum adalah rongga pada kemaluan yang dibatasi oleh labia minora pada sisi kiri dan kanan, dibatasi oleh klitoris pada bagian atas dan dibatasi oleh pertemuan dua labia minora pada bagian belakang bawahnya.

6) Himen (Selaput Dara)

Himen merupakan selaput membran tipis yang menutupi lubang vagina.

b. *Genitalia Internal* (Alat Kelamin Bagian Dalam)

Gambar 2. *Genitalia internal* wanita (Moore *et al.*, 2014)

1) Vagina

Vagina adalah muskulo membranasea (otot-selaput) yang menghubungkan rahim dengan dunia luar yang berfungsi sebagai jalan lahir, sebagai sarana dalam hubungan seksual dan sebagai saluran untuk mengalirkan darah dan lendir saat menstruasi.

2) Uterus (rahim)

Ruang pada rahim (uterus) berbentuk segitiga dengan bagian atas yang lebih lebar. Fungsinya adalah sebagai tempat tumbuh dan berkembangnya janin.

3) Tuba Fallopi (oviduk)

Tuba Fallopi (oviduk) adalah organ yang menghubungkan uterus (rahim) dengan indung telur yang berfungsi sebagai saluran spermatozoa dan ovum.

4) Ovarium (Indung Telur)

Ovarium adalah kelenjar reproduksi utama pada wanita yang berfungsi untuk menghasilkan ovum (sel telur). Ovarium merupakan organ yang kecil berbentuk seperti buah kenari berwarna putih dan konsistensinya agak padat. Ukuran ovarium 3 cm x 2 cm x 1 cm dan beratnya 5-8 gram (Wiknjastro, 2008).

3. Jenis-jenis Kista Ovarium

Menurut Putri (2019), kista ovarium merupakan gangguan indung telur yang bersifat fisiologis atau patologis. Berdasarkan tingkat keganasan kista dibagi menjadi dua yaitu non neoplastik dan neoplastik.

a. Kista ovarium non neoplastik jinak yaitu:

1) Kista Folikel

Kista folikel disebabkan oleh kegagalan folikel ovarium yang pecah pada saat ovulasi. Ukuran diameter kista folikel pada umumnya tidak lebih dari 5 cm. Kista folikel bersifat fisiologis dan tidak memerlukan perawatan. Kista folikel dapat terjadi pada segala usia tetapi lebih sering terjadi pada wanita usia produktif dan menopause. Kista folikel ini dapat dideteksi dengan *vaginal ultrasound/USG* vagina.

Kista folikel biasanya tidak menunjukkan gejala dan menghilang dalam waktu <60 hari. Jika muncul gejala akan menyebabkan siklus menstruasi periode berikutnya memanjang atau memendek. Pemeriksaan untuk kista <4 cm adalah pemeriksaan ultrasonografi awal dan pemeriksaan ulang dalam waktu 4-8 minggu. Sedangkan pada kista > 4 cm atau kista menetap dapat diberikan pemberian kontrasepsi oral selama 4-8 minggu yang akan menyebabkan kista menghilang sendiri (Prawirohardjo, 2014).

2) Kista Korpus Luteum

Dalam keadaan normal korpus luteum akan mengecil dan menjadi korpus albicans. Terkadang korpus luteum mempertahankan diri (korpus luteum persistens), perdarahan yang terjadi di dalamnya menyebabkan terjadinya kista. Kista korpus

luteum berukuran ≥ 3 cm, diameter kista sebesar 10 cm dan cairan berwarna merah coklat karena darah tua.

Kista korpus luteum merupakan perdarahan yang terjadi pada korpus luteum dan tidak dapat berdegenerasi di 14 hari setelah periode menstruasi terakhir. Keluhan yang dirasakan yaitu nyeri pada panggul, amenorea diikuti oleh perdarahan tidak teratur dan gangguan haid. Pemeriksaan untuk kista korpus luteum dengan *pelvic ultrasound*. Dilakukan tindakan operasi (kistektomi ovari) atas dugaan kehamilan ektopik terganggu (Prawirohardjo, 2014).

3) Kista Lutein

Kista lutein biasanya bilateral, kecil dan jarang terjadi dibandingkan kista folikel atau korpus luteum. Kista lutein berisi cairan berwarna kekuning-kuningan. Kista lutein merupakan kista yang tumbuh akibat pengaruh hormon *Human Corioni Gonadotropin* (HCG). Meskipun jarang ditemui, kista ini berhubungan dengan mola hidatidosa, koriokarsinoma dan sindrom ovarium polikistik. Kista ini biasanya bilateral dan bisa menjadi sebesar ukuran tinju. Kista lutein dapat terjadi pada kehamilan, umumnya berasal dari korpus luteum hematoma. Gejala yang timbul biasanya rasa penuh atau menekan pada pelvis (Prawirohardjo, 2014).

4) Sindrom Ovarium Polikistik

Sindrom ovarium polikistik biasa disebut dengan kista stein-laventhal. Keadaan ini menunjukkan adanya beberapa kista folikel

inaktif pada ovarium yang mengganggu fungsi ovarium. Kista ini disebabkan oleh ketidakseimbangan hormonal. Ditandai dengan kedua ovarium membesar 2–3 kali, bersifat polikistik, ovarium berwarna pucat, permukaan rata dan licin, dan berdinding tebal. Pemeriksaan untuk stein-laventhal yaitu laparoskopi. (Prawirohardjo, 2014).

b. Kista ovarium neoplastik jinak yaitu:

1) Kista Ovarii Simpleks

Kista ovarii simpleks merupakan kista yang permukaannya rata dan halus, biasanya bertangkai, sering kali bilateral dan menjadi besar, dinding tipis dan cairan dalam kista jernih. Dinding kista tampak lapisan epitel kubik. Pengangkatan kista ini dengan reseksi ovarium, namun jaringan yang dikeluarkan untuk segera diperiksa secara histologik untuk mengetahui adanya keganasan (Mumpuni & Andang, 2013).

2) Kistadenoma Ovarii Musinosum

Kista ini berbentuk multilokuler dan biasanya unilateral, dapat tumbuh menjadi ukuran sangat besar. Pada kista yang ukurannya besar tidak lagi dapat ditemukan ovarium yang normal. Gambaran klinik terjadi perdarahan dalam kista dan perubahan degeneratif, yang menimbulkan perlekatan kista dengan omentum, usus-usus dan peritoneum parietale. Dinding kista agak tebal, berwarna putih keabu-abuan. Pada

pembukaan terdapat cairan lendir, kental, melekat dan berwarna kuning hingga coklat. Penatalaksanaan dengan pengangkatan dengan atau tanpa salpingo ooforektomi tergantung besarnya kista (Mumpuni & Andang, 2013).

3) Kistadenoma Ovarii Serosum

Kista ini berasal dari epitel permukaan ovarium (germinal epithelium). Pada umumnya kista ini tidak mencapai ukuran yang sangat besar dibandingkan kistadenoma ovarii musinosum. Permukaan tumor biasanya licin, berongga satu, berwarna keabu-abuan. Ukuran kista yang kecil, tetapi permukaannya penuh dengan pertumbuhan papiler (solid papilloma). Penatalaksanaan pada kista ini umumnya sama seperti pada kistadenoma ovarii musinosum. Namun karena kemungkinan keganasan lebih besar, maka diperlukan pemeriksaan teliti terhadap tumor yang dikeluarkan. Bahkan kadang-kadang perlu diperiksa sediaan yang dibekukan untuk menentukan tindakan selanjutnya saat operasi (Mumpuni & Andang, 2013).

4) Kista Endometroid

Kista ini biasanya unilateral dengan permukaan licin, terdapat satu lapisan sel-sel pada dinding menyerupai lapisan epitel endometrium. Terjadi akibat adanya bagian endometrium yang berada diluar rahim. Kista ini berkembang bersamaan dengan tumbuhnya lapisan endometrium setiap

bulannya yang mengakibatkan nyeri hebat, terutama saat menstruasi dan infertilitas (Mumpuni & Andang, 2013).

5) Kista dermoid

Kista dermoid merupakan teratoma kistik jinak dengan struktur ektodermal diferensiasi sempurna dan lebih menonjol daripada entoderm dan mesoderm. Kista ini diduga berasal dari sel telur melalui proses partenogenesis dan bisa menjadi ganas seperti karsinoma epidermoid. Dinding kista terlihat putih keabu-abuan, agak tipis, konsistensi sebagian kistik kenyal dan sebagian padat. Kandungan tidak hanya cairan melainkan elemen ektodermal, mesodermal dan entoderm. Dapat ditemukan kulit, rambut, kelenjar sebacea, gigi (ektodermal), tulang rawan, serat otot jaringan ikat (mesodermal), mukosa traktus gastrointestinal, epitel saluran pernafasan, dan jaringan tiroid (endotermal). Gejala klinik kista dermoid dapat terjadi torsi tangkai dengan nyeri mendadak pada lower abdomen. Terjadi sobekan dinding kista sehingga isi kista keluar dalam rongga peritoneum. Terapi pada kista dermoid dengan pengangkatan seluruh ovarium (Mumpuni & Andang, 2013).

4. Etiologi

Menurut Nugroho (2012), kista ovarium disebabkan oleh gangguan pembentukan hormon pada hipotalamus, hipofisis dan ovarium. Penyebab lain timbulnya kista adalah ovarium adalah adanya penyumbatan pada

saluran yang berisi cairan karena adanya bakteri dan virus, adanya zat dioksin dan asap pabrik dan pembakaran gas bermotor yang dapat menurunkan daya tahan tubuh manusia yang akan membantu tumbuhnya kista, faktor makan makanan yang berlemak yang mengakibatkan zat-zat lemak tidak dapat dipecah dalam proses metabolisme sehingga akan meningkatkan resiko timbulnya kista (Mumpuni & Andang, 2013).

Menurut Arif, F. A *et al.*, (2016) mengatakan faktor resiko pembentukan kista ovarium terdiri dari:

a. Usia

Kista ovarium jinak terjadi pada wanita kelompok usia reproduktif. Pada wanita yang memasuki masa menopause (usia 50-70 tahun) lebih beresiko memiliki kista ovarium ganas.

b. Status menopause

Ketika wanita telah memasuki masa menopause, ovarium dapat menjadi tidak aktif dan dapat menghasilkan kista akibat tingkat aktifitas wanita menopause yang rendah.

c. Faktor genetik

Di dalam tubuh manusia terdapat gen pemicu kanker yaitu disebut dengan gen protoonkogen. Protoonkogen dapat bereaksi akibat dari paparan karsinogen (lingkungan, makanan, kimia), polusi dan paparan radiasi.

d. Pengobatan infertilitas

Pengobatan infertilitas dengan konsumsi obat kesuburan dilakukan dengan induksi ovulasi dengan gonadotropin (konsumsi obat

kesuburan). Gonadotropin yang terdiri dari *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH) dapat menyebabkan kista berkembang.

e. Kehamilan

Pada wanita hamil, kista ovarium dapat terbentuk pada trimester kedua pada puncak kadar *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG).

f. Hipotiroid

Hipotiroid merupakan kondisi menurunnya sekresi hormone tiroid yang dapat menyebabkan kelenjar pituitari memproduksi *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH) lebih banyak sehingga kadar TSH meningkat. TSH merupakan faktor yang memfasilitasi perkembangan kista ovarium folikel.

g. Merokok

Kebiasaan merokok juga merupakan faktor resiko untuk pertumbuhan kista ovarium fungsional. Semakin meningkat resiko kista ovarium dan semakin menurun Indeks Massa Tubuh (IMT) jika seseorang merokok.

h. Ukuran massa

Kista ovarium fungsional pada umumnya berukuran kurang dari 5 cm dan akan menghilang dalam waktu 4-6 minggu. Sedangkan pada wanita pasca menopause, kista ovarium lebih dari 5 cm memiliki kemungkinan besar bersifat ganas.

i. Kadar serum pertanda tumor CA-125

Kadar CA-125 yang meningkat menunjukkan bahwa kista ovarium tersebut bersifat ganas. Kadar abnormal CA-125 pada wanita pada usia

reproduktif dan premenopause adalah lebih dari 200 u/mL, sedangkan pada wanita menopause adalah 35 u/mL atau lebih.

j. Riwayat keluarga

Riwayat keluarga menderita kanker ovarium, endometrium, payudara, dan kolon menjadi perhatian khusus. Semakin banyak jumlah keluarga yang memiliki riwayat kanker tersebut, dan semakin dekat tingkat hubungan keluarga, maka semakin besar resiko seorang wanita terkena kista ovarium.

k. Konsumsi alkohol

Konsumsi alkohol dapat meningkatkan resiko terbentuknya kista ovarium, karena alkohol dapat meningkatkan kadar estrogen. Kadar estrogen yang meningkat ini dapat mempengaruhi pertumbuhan folikel.

l. Obesitas

Wanita obesitas yang memiliki *Body Mass Indeks* (BMI) lebih besar atau sama 30kg/m² lebih beresiko terkena kista ovarium baik jinak maupun ganas. Jaringan lemak memproduksi banyak jenis zat kimia, salah satunya adalah hormon estrogen, yang dapat mempengaruhi tubuh. Hormon estrogen merupakan faktor utama dalam terbentuknya kista ovarium.

5. Manifestasi Klinik

a. Gejala Kista Secara Umum

Menurut Yatim (2008), gejala kista secara umum, antara lain:

1) Rasa nyeri di rongga panggul disertai rasa gatal.

- 2) Rasa nyeri sewaktu bersetubuh atau nyeri rongga panggul kalau tubuh bergerak.
 - 3) Rasa nyeri saat siklus menstruasi selesai, pendarahan menstruasi tidak seperti biasa. Mungkin pendarahan lebih lama, lebih pendek atau tidak keluar darah menstruasi pada siklus biasa, atau siklus menstruasi tidak teratur.
 - 4) Perut membesar.
- b. Gejala Klinis Kista Ovarium

Ada pun gejala klinis kista ovarium:

- 1) Pembesaran, tumor yang kecil mungkin diketahui saat melakukan pemeriksaan rutin. Tumor dengan diameter sekitar 5 cm, dianggap belum berbahaya kecuali bila dijumpai pada ibu yang menopause atau setelah menopause. Besarnya tumor dapat menimbulkan gangguan berkemih dan buang air besar terasa berat di bagian bawah perut, dan teraba tumor di perut.
- 2) Gejala gangguan hormonal, indung telur merupakan sumber hormon wanita yang paling utama sehingga bila terjadi pertumbuhan tumor dapat mengganggu pengeluaran hormon. Gangguan hormon selalu berhubungan dengan pola menstruasi yang menyebabkan gejala klinis berupa gangguan pola menstruasi dan gejala karena tumor mengeluarkan hormon.
- 3) Gejala klinis karena komplikasi tumor. Gejala komplikasi tumor dapat berbentuk infeksi kista ovarium dengan gejala demam, perut sakit, tegang dan nyeri, penderita tampak sakit. Gejala klinis kista

ovarium adalah nyeri saat menstruasi, nyeri di perut bagian bawah, nyeri saat berhubungan badan, siklus menstruasi tidak teratur, dan nyeri saat buang air kecil dan besar. Gejalanya tidak menentu, terkadang hanya ketidaknyamanan pada perut bagian bawah. Pasien akan merasa perutnya membesar dan menimbulkan gejala perut terasa penuh dan sering sesak nafas karena perut tertekan oleh besarnya kista (Nugroho, 2014).

6. Patofisiologi

Perkembangan ovarium setelah lahir didapatkan kurang lebih sebanyak 1.000.000 sel germinal yang akan menjadi folikel, dan sampai pada umur satu tahun ovarium berisi folikel kistik dalam berbagai ukuran yang dirangsang oleh peningkatan gonadotropin secara mendadak, bersamaan dengan lepasnya steroid fetoplasental yang merupakan umpan balik negative pada hipotalamus-pituitari neonatal. Pada awal pubertas sel germinal berkurang menjadi 300.000 sampai 500.000 unit dari selama 35-40 tahun dalam masa kehidupan reproduksi, 400-500 mengalami proses ovulasi, folikel primer akan menipis sehingga pada saat menopause tinggal beberapa ratus sel germinal. Pada rentang 10-15 tahun sebelum menopause terjadi peningkatan hilangnya folikel berhubungan dengan peningkatan *Follicle Stimulating Hormone* (FSH). Peningkatan hilangnya folikel kemungkinan disebabkan peningkatan stimulasi FSH.

Pada masa reproduksi akan terjadi maturasi folikel yang khas termasuk ovulasi dan pembentukan korpus luteum. Proses ini terjadi akibat interaksi hipotalamus-hipofisis-gonad di mana melibatkan folikel dan

korpus luteum, hormon steroid, gonadotropin, hipofisis dan faktor autokrin atau parakrin bersatu untuk menimbulkan ovulasi. Kista ovarium yang berasal dari proses ovulasi normal disebut kista fungsional jinak. Kista dapat berupa folikular dan luteal. Kista ini terjadi karena kegagalan ovulasi *Luteinizing Hormone (LH surge)* dan kemudian cairan intrafolikel tidak diabsorpsi kembali. Pada beberapa keadaan, kegagalan ovulasi juga dapat terjadi secara artificial dimana gonadotropin diberikan secara berlebihan untuk menginduksi ovulasi. Hipotalamus menghasilkan *Gonadotrophin Releasing Hormone (GnRH)*, yang disekresi secara pulspasi dalam rentang kritis. Kemudian GnRH memacu hipofisis untuk menghasilkan gonadotropin (FSH dan LH) yang disekresi secara pulspasi juga.

Segera setelah menopause tidak ada folikel ovarium yang tersisa. Terjadi peningkatan FSH 10-20 kali lipat dan peningkatan LH sekitar 3 kali lipat dan kadar maksimal dicapai 1-3 tahun pasca menopause, selanjutnya terjadi penurunan yang bertahap walaupun sedikit pada kedua gonadotropin tersebut. Peningkatan kadar FSH dan LH pada saat kehidupan merupakan bukti pasti terjadi kegagalan ovarium (Prawirohardjo, 2011).

Ukuran kista ovarium bervariasi, misalnya kista korpus luteum yang berukuran sekitar 2 cm-6 cm, dalam keadaan normal lambat laun akan mengecil dan menjadi korpus albicans. Kadang-kadang korpus luteum akan mempertahankan diri, perdarahan yang sering terjadi di dalamnya menyebabkan terjadinya kista, berisi cairan berwarna merah coklat tua karena darah tua. Korpus luteum dapat menimbulkan gangguan haid,

berupa amnorea diikuti perdarahan tidak teratur. Adanya kista dapat pula menyebabkan rasa berat di perut bagian bawah dan perdarahan berulang dalam kista dapat menyebabkan ruptur (Wiknjosastro, 2008).

7. Komplikasi

Hal yang paling ditakutkan dari penyakit kista ovarium ialah berubah menjadi ganas dan banyak terjadi komplikasi. Menurut Putri (2019), komplikasi yang dapat terjadi pada kista ovarium yaitu:

a. Perdarahan ke dalam kista

Perdarahan kista biasanya terjadi sedikit-sedikit dan berangsur menyebabkan pembesaran pada kista dan menimbulkan gejala klinik yang minimal. Tetapi jika perdarahan terjadi tiba-tiba dengan jumlah yang sangat banyak dapat menimbulkan distensi cepat dan nyeri abdomen secara mendadak. Selain itu, tidak ada patokan mengenai ukuran besar kista yang berpotensi pecah. Ada kista yang berukuran 5 cm sudah pecah, namun ada pula yang sampai berukuran 20 cm belum pecah. Pecahnya kista menyebabkan pembuluh darah robek dan menimbulkan terjadinya perdarahan.

b. Torsio (Putaran Tangkai)

Torsio terjadi pada tumor dengan diameter 5 cm atau lebih. Putaran tangkai menimbulkan tarikan ligamentum infundibulo pelvikum terhadap peritonium parietale yang menimbulkan rasa sakit. Jika putaran tangkai berjalan terus, akan menimbulkan nekrosis hemoragik dalam tumor, jika tidak segera dilakukan tindakan, dapat merobek

dinding kista dengan perdarahan *abdominal* atau peradangan sekunder. Jika putaran tangkai terjadi perlahan, tumor melekat pada omentum.

c. Infeksi kista ovarium

Infeksi pada kista terjadi akibat infeksi asenden dari serviks, tuba dan menuju lokus ovulasi, sampai abses. Keluhan infeksi kista ovarium yaitu badan panas, nyeri pada abdomen, perut terasa tegang, diperlukan pemeriksaan laparotomi dan laboratorium untuk mengetahui adanya infeksi pada kista.

d. Robek dinding kista (*rupture*)

Robek dinding kista terjadi pada putaran tangkai, tetapi dapat pula akibat jatuh, trauma, atau saat berhubungan intim. Kista yang berisi cairan serus, rasa nyeri akibat robekan dan iritasi peritonium akan segera berkurang. Tetapi, jika terjadi robekan dinding kista disertai hemoragik akut, perdarahan akan terus berlangsung ke dalam rongga peritonium dan menimbulkan nyeri terus menerus disertai tanda abdomen akut.

e. Degenerasi keganasan

Degenerasi ganas berlangsung pelan "*silent killer*". Terdiagnosa setelah stadium lanjut, diagnosa dini karsinoma ovarium menggunakan pemeriksaan tumor marker CA-125 untuk mengetahui terjadinya degenerasi ganas.

8. Pemeriksaan Penunjang

Kista ovarium dapat dilakukan pemeriksaan lanjut yang dapat dilaksanakan dengan:

- a. Laparoskopi: pemeriksaan ini Sangat berguna untuk mengetahui apakah tumor berasal dari ovarium atau tidak, dan untuk menentukan sifat-sifat tumor itu.
- b. Ultrasonografi: dengan pemeriksaan ini dapat ditentukan letak dan batas tumor, apakah tumor berasal dari uterus, ovarium, atau kandung kencing, apakah tumor kistik atau solid, dan dapat dibedakan pula antara cairan dalam rongga perut yang bebas dan yang tidak.
- c. Foto rontgen: pemeriksaan ini berguna untuk menentukan adanya hidrotoraks.
- d. CA-125: memeriksa kadar protein di dalam darah yang disebut CA-125.

Kadar CA-125 juga meningkat pada perempuan subur, meskipun tidak ada proses keganasan. Tahap pemeriksaan CA-125 biasanya dilakukan pada perempuan yang berisiko terjadi proses keganasan, kadar normal CA-125 (0-35 u/ml).

- e. Paracentesis pungsi asites: berguna untuk menentukan sebab asites.
Perlu diperhatikan bahwa tindakan tersebut dapat mencemarkan kavum peritonei dengan isi kista bila dinding kista tertusuk (Wiknjosastro, 2008).

9. Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan kista ovarium dibagi atas dua metode:

a. Terapi Hormonal

Pengobatan dengan pemberian pil KB (gabungan estrogen-progesteron) boleh ditambahkan obat anti androgen progesteron cyproteron asetat yang akan mengurangi ukuran besar kista. Untuk kemandulan dan tidak terjadinya ovulasi, diberikan klomiphen sitrat. Juga bisa dilakukan pengobatan fisik pada ovarium, misalnya melakukan diatermi dengan sinar laser.

b. Terapi Pembedahan/Operasi

Pengobatan dengan tindakan operasi kista ovarium perlu mempertimbangkan beberapa kondisi antara lain, umur penderita, ukuran kista, dan keluhan. Apabila kista kecil atau besarnya kurang dari 5 cm dan pada pemeriksaan Ultrasonografi tidak terlihat tanda-tanda proses keganasan, biasanya dilakukan operasi dengan laparoskopi dengan cara, alat laparoskopi dimasukkan ke dalam rongga panggul dengan melakukan sayatan kecil pada dinding perut. Apabila kista ukurannya besar, biasanya dilakukan pengangkatan kista dengan laparotomi. Teknik ini dilakukan dengan pembiusan total. Dengan cara laparotomi, kista bisa diperiksa apakah sudah mengalami proses keganasan atau tidak. Bila sudah dalam proses keganasan, dilakukan operasi sekaligus mengangkat ovarium dan saluran tuba, jaringan lemak sekitar dan kelenjar limfe (Yatim, 2008).

B. Konsep Teori *Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salphingo Oophorectomy* (TAH-BSO)

1. Definisi Histerektomi

Histerektomi berasal dari bahasa Yunani yakni *hystera* yang berarti “rahim” dan *ektomia* yang berarti “pemotongan”. Histerektomi berarti operasi pengangkatan rahim. Akibat dari histerektomi ini adalah wanita tidak bisa hamil lagi dan berarti tidak bisa pula mempunyai anak lagi. Walaupun tidak pernah diharapkan, wanita tak jarang mengalami berbagai penyakit yang berkaitan dengan organ reproduksinya. Penyakit itu diantaranya kanker rahim atau kanker mulut rahim, fibroid (tumor jinak pada rahim), dan endometriosis (kelainan akibat dinding rahim bagian dalam tumbuh pada indung telur, tuba fallopi, atau bagian tubuh lain, padahal seharusnya hanya tumbuh di rahim).

Penyakit-penyakit tersebut sangat membahayakan bagi seorang wanita, bahkan dapat mengancam jiwanya, karena itu, perlu tindakan medis untuk mengatasinya. Menghadapi penyakit-penyakit tersebut tindakan medis yang harus dilakukan adalah histerektomi. Prosedur biasanya histerektomi dipilih berdasarkan diagnosa penyakit, juga berdasarkan pengalaman dan kecenderungan ahli bedah. Namun, demikian, prosedur histerektomi melalui vagina memiliki resiko yang lebih kecil dan waktu pemulihan yang lebih cepat dibanding prosedur histerektomi melalui perut (Oktavelani, 2019).

a. Tujuan atau Kegunaan Histerektomi

Tujuan atau kegunaan histerektomi adalah untuk mengangkat rahim wanita yang mengidap penyakit tertentu dan sudah menjalani berbagai perawatan medis, namun kondisinya tidak kunjung membaik. Pengangkatan uterus merupakan solusi terakhir yang direkomendasikan pada pasien, jika tidak ada pengobatan lain atau prosedur yang lebih rendah resiko untuk mengatasi masalah tumor atau kista pada organ reproduksinya.

b. Alasan melakukan histerektomi

Wanita yang melakukan histerektomi memiliki alasan masing - masing. Alasan-alasan melakukan histerektomi adalah:

- 1) Menorrhagia atau menstruasi berlebihan. Selain darah menstruasi yang keluar berlebihan, gejala lainnya adalah kram dan sakit pada perut.
- 2) Endometriosis yaitu kondisi yang terjadi ketika sel-sel yang melintang di rahim ditemukan di luar dinding rahim.
- 3) Penyakit radang panggul yaitu terinfeksi sistem reproduksi oleh bakteri bisa menyebabkan penyakit ini. Sebenarnya penyakit radang panggul bisa diatasi dengan antibiotik, namun jika kondisinya telah parah atau infeksi sudah menyebar dibutuhkan tindakan histerektomi.
- 4) Fibroid atau tumor jinak yang tumbuh di area rahim.
- 5) Kekenduran rahim yaitu terjadi ketika jaringan dan ligamen yang menopang rahim menjadi lemah. Gejalanya adalah nyeri punggung,

urine bocor, sulit berhubungan seks, dan merasa ada sesuatu yang turun dari vagina.

6) Adenomyosis atau penebalan rahim yaitu kondisi ketika jaringan yang biasanya terbentang di rahim menebal ke dalam dinding otot rahim. Hal tersebut bisa membuat menstruasi terasa menyakitkan dan nyeri panggul.

7) Kanker kewanitaan seperti: serviks, ovarium, tuba fallopi dan rahim.

c. Jenis – jenis Histerektomi

1) Histerektomi Radikal

Histerektomi radikal yaitu mereka yang menjalani prosedur ini akan kehilangan seluruh sistem reproduksi seperti seluruh rahim dan serviks, tuba fallopi, ovarium, bagian atas vagina, jaringan lemak dan kelenjar getah bening. Prosedur ini dilakukan pada mereka yang mengidap kanker. Prosedur ini melibatkan operasi yang luas dari pada histerektomi *abdominal* total, karena prosedur ini juga mengikutsertakan pengangkatan jaringan lunak yang mengelilingi uterus serta mengangkat bagian atas dari vagina. Histerektomi radikal ini sering dilakukan pada kasus-kasus karsinoma serviks stadium dini. Komplikasi lebih sering terjadi pada histerektomi jenis ini dibandingkan pada histerektomi tipe *abdominal*. Hal ini juga menyangkut perlukaan pada usus dan sistem urinarius

2) Histerektomi Total

Histerektomi total yaitu seluruh rahim dan serviks diangkat jika menjalani prosedur ini. Namun ada pula jenis histerektomi total

bilateral salpingo ooforektomi yaitu prosedur ini melibatkan tuba fallopi dan ovarium. Keuntungan dilakukan histerektomi total adalah ikut diangkatnya serviks yang menjadi sumber terjadinya karsinoma dan prekanker. Akan tetapi, histerektomi total lebih sulit daripada histerektomi supraservikal karena insiden komplikasinya yang lebih besar. Operasi dapat dilakukan dengan tetap meninggalkan atau mengeluarkan ovarium pada satu atau keduanya. Pada penyakit, kemungkinan dilakukannya ooforektomi unilateral atau bilateral harus didiskusikan dengan pasien. Sering kali, pada penyakit ganas, tidak ada pilihan lain, kecuali mengeluarkan tuba dan ovarium karena sudah sering terjadi mikrometastase. Berbeda dengan histerektomi sebagian, pada histerektomi total seluruh bagian rahim termasuk mulut rahim (serviks) diangkat. Selain itu, terkadang histerektomi total juga disertai dengan pengangkatan beberapa organ reproduksi lainnya secara bersamaan. Misalnya, jika organ yang diangkat itu adalah kedua saluran telur (tuba fallopi) maka tindakan itu disebut salpingo. Jika organ yang diangkat adalah kedua ovarium atau indung telur maka tindakan itu disebut oophor. Jadi, yang disebut histerektomi bilateral salpingo ooforektomi adalah pengangkatan rahim bersama kedua saluran telur dan kedua indung telur. Pada tindakan histerektomi ini, terkadang juga dilakukan tindakan pengangkatan bagian atas vagina dan beberapa simpul (nodus) dari saluran kelenjar getah bening, atau yang disebut sebagai histerektomi radikal (Oktavelani, 2019).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Kista Ovarium

Asuhan keperawatan adalah serangkaian proses keperawatan yang berkesinambungan untuk mengatasi atau mengurangi masalah kesehatan individu, kelompok, maupun masyarakat meliputi bio-psiko-sosio-spiritual (Susanti, 2020). Proses keperawatan terdiri dari:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah salah satu proses keperawatan yang sistematis dan berkesinambungan berupa pengumpulan data, verifikasi dan komunikasi data tentang individu, keluarga, kelompok atau masyarakat untuk menggali permasalahan klien.

a. Sumber data dapat diperoleh melalui:

1) Data subjektif

Data subjektif disebut juga data tertutup, yaitu deskripsi verbal klien mengenai masalah kesehatan.

2) Data objektif

Data objektif disebut juga data terbuka, yaitu hasil observasi atau pengukuran dari status kesehatan klien. Sumber data dapat diperoleh melalui klien, keluarga, tenaga kesehatan, dan literatur.

b. Metode pengumpulan data yaitu:

1) Observasi

Observasi adalah pengumpulan data dengan menggunakan indera. Observasi adalah keterampilan yang didasari dan disengaja yang dikembangkan melalui upaya dan dengan menggunakan pendekatan

yang terorganisir, observasi memiliki dua aspek yaitu memlihara data dan menyeleksi, mengantur, menginterprestasikan data.

2) Wawancara

Wawancara adalah komunikasi yang direncanakan atau perbincangan dengan suatu tujuan, misalnya mendapatkan atau menerima infomasi, mengindentifikasi masalah, mengevaluasi perubahan, mengajarkan memberikan dukungan konseling dan terapi.

3) Pengkajian pada pasien dengan Kista Ovarium (Kozier *et al.*, 2010)

a) Identitas

(1) Nama

Dikaji untuk mengenal atau memanggil agar tidak keliru dengan pasien lain.

(2) Umur

Untuk mengetahui apakah pasien masih dalam masa reproduksi atau sudah menopause.

(3) Agama

Untuk mengetahui pandangan agama klien mengenai masalah gangguan reproduksi.

(4) Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi dan akhirnya pegentahuan yang dimiliki semakin banyak (Notoatmodjo, 2012).

(5) Suku bangsa

Dikaji untuk melihat adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari pasien.

(6) Pekerjaan

Dikaji untuk mengukur dan mengetahui tingkat sosial ekonominya.

(7) Alamat

Dikaji untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

b) Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. Keluhan juga muncul pada kasus kista ovarium adalah nyeri perut pada bagian bawah (Sulistyawati, 2011).

2) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui penyakit yang disertai saat ini, apakah keadaan ibu dengan kista ovarium menderita sakit pinggang dan nyeri pada bagian bawah perut bagian bawah serta mengetahui adanya penyakit kronis dan keterbatasan fisik.

3) Riwayat menstruasi

Dikaji untuk mengetahui riwayat menstruasi antara lain menarche, siklus menstruasi, lamanya menstruasi, banyaknya darah, keluhan utama yang dirasakan saat haid.

4) Riwayat kehamilan

Dikaji untuk mengetahui jumlah kehamilan, anak yang hidup, persalinan *aterm*, persalinan *premature*, keguguran, persalinan dengan tindakan, riwayat pendarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya.

5) Riwayat persalinan

Hal yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah sah atau tidak, karena bila menikah tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya.

6) Riwayat ginekologi

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah mengalami penyakit kandungan seperti infertilitas, penyakit kelamin, tumor atau sistem reproduksi.

7) Riwayat keluarga berencana

Dikaji untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, ada keluhan selama menggunakan kontrasepsi.

8) Riwayat kesehatan yang lalu

Dikaji untuk mengetahui apakah ada hubungan dengan masalah yang dihadapi oleh klien pada saat ini.

9) Riwayat kesehatan keluarga

Dikaji untuk mengetahui apakah ada penyakit menurun dalam keluarga seperti asma, diabetes mellitus, hipertensi, jantung dan riwayat penyakit menular lainnya.

c) Pemeriksaan fisik

Dikaji mulai dari ujung kepala sampai ujung kaki untuk melibatkan apakah ada kelainan atau tidak. Seperti inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

d) Data sosial

Yang perlu dikaji yaitu kondisi ekonomi pasien serta kebudayaan yang dianut pasien saat ini.

e) Data spriritual

Klien menjalankan kegiatan keagamaannya sesuai dengan kepercayaannya

f) Data psikologis

Hal yang perlu dikaji yaitu perasaan pasien setelah mengetahui penyakit yang diderita saat ini.

g) Pola kebiasaan sehari-hari

Biasanya klien dengan penderita kista ovarium mengalami gangguan dalam aktivitas, dan tidur karena merasa nyeri.

h) Pemeriksaan penunjang

Ultrasonografi dengan USG dapat dilihat besarnya kista bentuk kista, isi kista, dan lain sebagainya.

4) Pengkajian keperawatan *pre* operatif

Menurut Barbara (2010) dalam Susanti (2020), asuhan keperawatan pada klien yang mengalami pembedahan atau *pre* operatif, meliputi pengumpulan dan penilaian data-data klien yang spesifik untuk menentukan kebutuhan *pre* operatif seperti kebutuhan fisik,

psikologi, sosial, dan spiritual ditentukan selama pengkajian. Hal yang perlu dikaji pada klien *pre* operatif meliputi:

a) Riwayat keperawatan

Riwayat keperawatan yang perlu dikaji yaitu:

- (1) Status kesehatan saat ini untuk mengetahui adanya penyakit kronis dan adanya keterbatasan fisik.
- (2) Alergi bertujuan agar dapat mengindikasikan adanya potensi reaksi terhadap obat atau zat-zat yang digunakan selama pembedahan atau prosedur diagnostik.
- (3) Medikasi berfungsi untuk mempertahankan kadar beberapa obat dalam darah.
- (4) Pembedahan sebelumnya dikaji untuk mengetahui respon fisik dan psikologi klien terhadap pembedahan.
- (5) Status mental untuk memahami respon klien terhadap pembedahan.
- (6) Pemahaman mengenai prosedur pembedahan dan anestesi.
- (7) Kebiasaan merokok atau minum beralkohol.
- (8) Mekanisme koping
- (9) Sumber-sumber sosial atau sumber kekuatan bagi klien yang akan menjalani pembedahan.

b) Uji skrining

Untuk mengidentifikasi abnormalitas sebelum pembedahan, meliputi hitung darah lengkap, golongan darah, gula darah puasa, elektrolit serum, ureum, kreatinin, bilirubin, *Serum Glutamic*

Oxaloacetic Transaminase (SGOT), Serum Glutamic Pyruvic Transaminase (SGPT), albumin, sinar X, elektrokardiogram (EKG).

5) Pengkajian keperawatan *post* operatif

Pengkajian pada pasien *post* operatif yaitu pengukuran tanda-tanda vital, observasi setiap 4 jam sekali atau lebih sering, tergantung kondisi klien dan kebijakan unit, jalan nafas atau pernafasan, sirkulasi, suhu, keseimbangan cairan dan elektrolit, fungsi neurolog, fungsi perkemihan, fungsi gastrointestinal, kenyamanan dan harapan klien.

6) Pengkajian yang lengkap dan akurat memudahkan perawat dalam menetapkan data dasar, menegakan diagnosa keperawatan yang tepat, merencanakan terapi pengobatan yang cocok, dan memudahkan perawat dalam mengevaluasi respon pasien terhadap terapi yang diberikan. Pada anamnesa keluhan utama yang paling sering ditemui adalah nyeri. Pengkajian dengan pendekatan *Provokatif, Quality, Region, Severity, Time (PQRST)* dapat membantu perawat dalam menentukan rencana intervensi yang tepat.

7) Pola persepsi manajemen kesehatan

(a) Pola persepsi manajemen kesehatan

Mengambarkan persepsi pemeliharaan, penanganan kesehatan, penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan dan pengetahuan tentang kesehatan.

(b) Pola nutrisi

Mengambarkan masukan nutrisi *balance* cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, frekuensi BB dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual muntah, kebutuhan zat gizi.

(c) Pola eliminasi

Menjelaskan fungsi eksresi, kandung kemih dan kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi dan miksi karakteristik urin dan feses.

(d) Pola latihan aktifitas

Mengambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan gerak dalam keadaan sehat atau sakit, gerak tubuh dan keseimbangan berhubungan satu sama lain.

(e) Pola kognitif perseptual

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif meliputi pengkajian fungsi pendengaran, penglihatan, perasaan, pembau dan kompensasi terhadap tubuh.

(f) Pola istirahat tidur

Mengambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang energi. Jumlah jam tidur pad siang dan malam hari, masalah selama tidur, insomia, mimpi buruk, dan penggunaan obat.

(g) Pola konsep diri

Mengambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan antara lain: gambaran diri, harga diri, peran, identitas diri, pola peran dan hubungan.

(h) Pola seksual dan reproduksi

Mengambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

a. *Pre operasi*

- 1) Nyeri akut (D.0077)
- 2) Gangguan eliminasi urine (D.0040)
- 3) Ansietas (D.0080)
- 4) Defisit pengetahuan (D.0111)

b. *Post operasi*

- 1) Nyeri akut (D.0077)
- 2) Gangguan Mobilitas Fisik (D,0054)
- 3) Risiko infeksi (D.0142)
- 4) Defisit Nutrisi (D.0019)

- 5) Konstipasi (D.0049)
- 6) Defisit perawatan diri (D.0109)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 1. Intervensi Keperawatan Kista Ovarium

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
<p>Nyeri Akut (D.0077)</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedra kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencidra fisik (mis. Abses, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangakat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) 	<p>Tingkat Nyeri Menurun (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Pemberian Analgetik (I.08243)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
		2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5. Monitor efektifitas analgesik Terapeutik 6. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu 7. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 8. Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien 9. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan Edukasi 10. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
Gangguan Eliminasi Urine (D.0040) Penyebab: 1. Penurunan kapasitas kandung kemih 2. Iritasi kandung kemih 3. Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih 4. Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi dan obat-obatan) 5. Kelemahan otot pelvis	Eliminasi Urine (L.04034) 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan berkemih (urgensi) 3. Distensi kandung kemih 4. Berkemih tidak tuntas (<i>hesitancy</i>) 5. Volume residu urine 6. Urine menetes (<i>dribbling</i>) 7. Nokturia 8. Mengompol 9. Enuresis	Manajemen Eliminasi Urine (I.04152) Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3. Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) Terapeutik 4. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 5. Batasi asupan cairan, jika perlu 6. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur Edukasi 7. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 9. Anjurkan mengambil specimen urine midstream 10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih 11. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot pinggul/berkemihan 12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi 13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat suposituria uretra jika perlu

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
6. Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. Imobilisasi) 7. Hambatan lingkungan 8. Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi 9. Outlet Kandung kemih tidak lengkap (mis. Anomali saluran kemih kongenital) 10. Imaturitas (pada anak usia < 3 tahun)	10. Disuria 11. Anuria 12. Frekuensi BAK 13. Karakteristik urine	
Ansietas (D.0080) Penyebab: 1. Krisis situasional. 2. Kebutuhan tidak terpenuhi. 3. Krisis maturasional. 4. Ancaman terhadap konsep diri. 5. Ancaman terhadap kematian. 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan. 7. Disfungsi sistem keluarga. 8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan. 9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)	Tingkat Ansietas (L.09093) 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun	Terapi Relaksasi I. 09326 Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman 2. Gunakan nada suara yang lembut Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, musik, napas dalam, meditasi) 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman dan rileks 3. Anjurkan sering mengulang teknik relaksasi

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
10. Penyalahgunaan zat. 11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain). 12. Kurang terpapar informasi.	7. Palpitasi menurun 8. Frekuensi pernapasan menurun 9. Frekuensi nadi menurun 10. Tekanan darah menurun 11. Diaforesis menurun 12. Tremor menurun 13. Pucat menurun 14. Konsentrasi membaik 15. Pola tidur membaik	
Defisit pengetahuan (D. 0111) Penyebab: 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu mengingat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi	Tingkat Pengetahuan (L.12111) 1. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	Edukasi Kesehatan (I. 12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 3. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan Pendidikan kesehatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Ajarkan bagaimana cara senam kaki diabetes

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan muskuloskeletal 12. Gangguan neuromuskular 13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik 18. Kecemasan 	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kaku sendi menurun <p>Pemulihan Pasca Bedah (L.14129)</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kenyamanan Meningkat 2. Selera makan Meningkat 3. Mobilitas Meningkat 4. Kemampuan melanjutkan pekerjaan meningkat 5. Kemampuan bekerja Meningkat 6. Kemampuan perawatan diri Meningkat 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini 10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) <p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekwensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
19. Gangguan kognitif 20. Keengganan melakukan pergerakan 21. Gangguan sensoripersepsi	7. Waktu penyembuhan Menurun 8. Area luka Operasi Membaik	
Resiko Infeksi (D.0142) Faktor Risiko 1. Penyakit Kronis 2. Efek prosedur Infasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer : a. Gangguan peristaltik b. Kerusakan integritas kulit c. Perubahan sekresi PH d. Penurunan kerja siliaris e. Ketuban pecah lama f. Ketuban pecah sebelum waktunya g. Merokok	Tingkat Infeksi (L.14137) a. Kebersihan tangan meningkat b. Demam menurun c. Kemerahan menurun d. Nyeri menurun e. Bengkak menurun	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sitemik Therepeutik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Ajarkan cara mencuci tangan dnegan benar 6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor Karakteristik luka (warna, ukuran, bau, drainase) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plestrer secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCL/ Pembersih non toksik sesuai kebutuhan 5. Berikan salep salep yang sesuai ke kulit/lesi jika perlu 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kebutuhan Edukasi 8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 9. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
h. Statis cairan tubuh 6. Ketidakadekuatan pertahan tubuh sekunder a. Penuruna Hemoglobin b. Imunosupresi c. Leukopenia d. Supresi Respon Inflamasi e. Faksinasi tidak adekuat		
Defisit Nutrisi (D.0019): Penyebab: 11. Ketidakmampuan menelan makanan 12. Ketidakmampuan mencerna makanan 13. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien 14. Peningkatan kebutuhan metabolisme 15. Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi) 16. Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan)	Status Nutrisi (L.03030) 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot mengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 5. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan	Manajemen Nutrisi (I. 03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
	minuman yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang standar asuhan nutrisi yang tepat meningkat	Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
Konstipasi (D.0049) Penyebab: Fisiologis 1. Penurunan motilitas gastrointestinal 2. Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi 3. Ketidakcukupan diet 4. Ketidakcukupan asupan serat 5. Ketidakcukupan asupan cairan 6. Aganglionik (mis. penyakit Hirschsprung) 7. Kelemahan otot abdomen Psikologis 8. Konfusi 9. Depresi 10. Gangguan emosional Situasional 11. Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan) 12. Ketidakadekuatan <i>toileting</i>	Eliminasi Fekal (L.04033) 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Distensi abdomen menurun 5. Teraba massa pada rektal menurun 6. Urgency menurun 7. Nyeri abdomen menurun 8. Kram abdomen menurun 9. Konsistensi feses membaik 10. Frekuensi defekasi 11. Peristaltik usus membaik	Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) Observasi 1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencacah 2. Identifikasi pengobatan yang berefek pada 3. kondisi gastrointestinal 4. Monitor buang air besar (mis. warna, konsistensi, volume) 5. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi Terapeutik 6. Berikan air hangat setelah makan 7. Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien 8. Sediakan makanan tinggi serat Edukasi 9. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 10. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 11. Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi 12. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas 13. Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung serat 14. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak terkontraindikasi 15. Kolaborasi 16. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu .

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
13. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan 14. Penyalahgunaan laksatif 15. Efek agen farmakologis 16. Ketidakteraturan kebiasaan defekasi 17. Kebiasaan menahan dorongan defekasi 18. Perubahan lingkungan		
Defisit Perawatan Diri (D.0109) Penyebab: 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat	Perawatan Diri meningkat (L.11103): 1. Kemampuan mand meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan mandi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

4. Implementasi Keperawatan

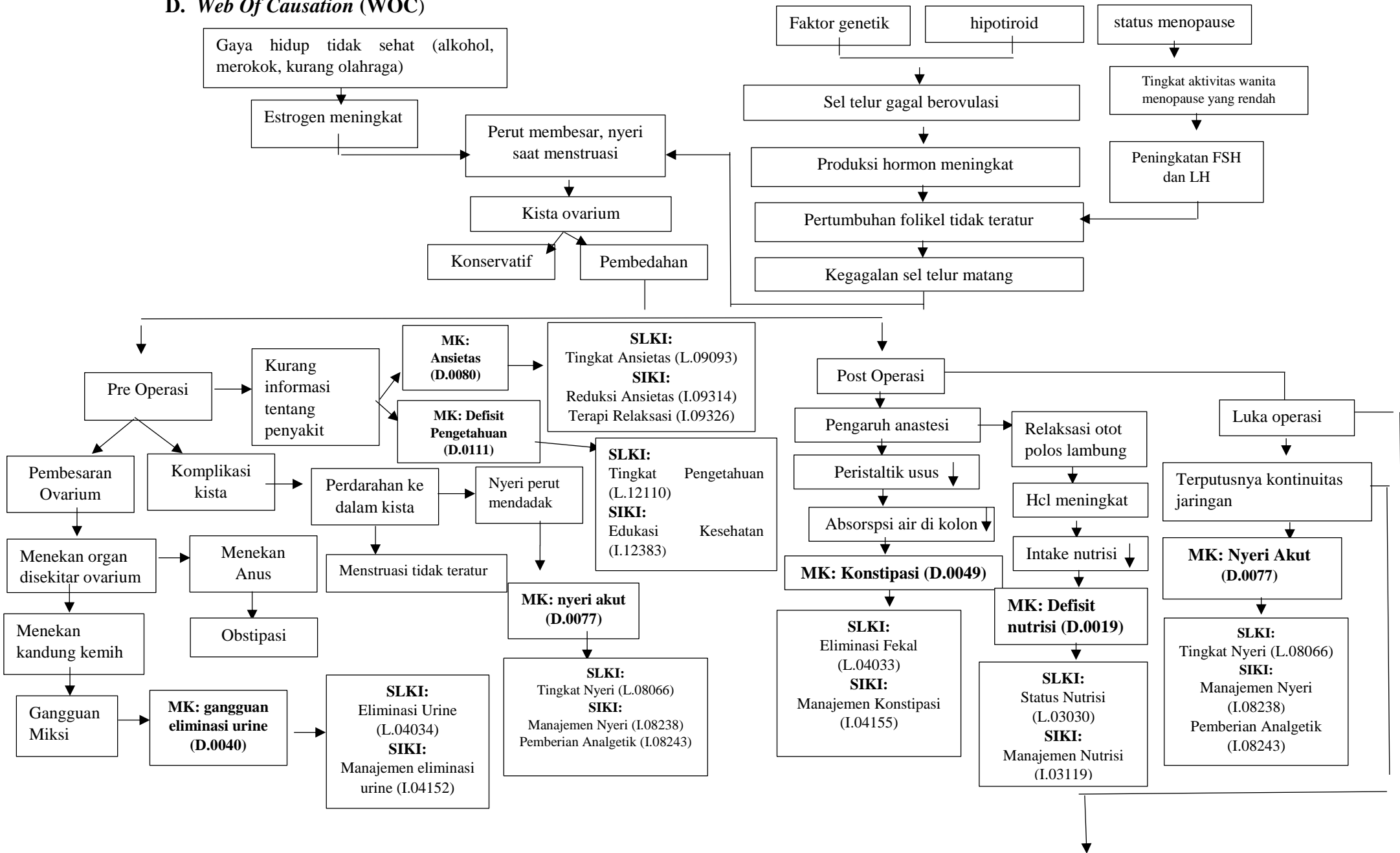
Setelah rencana keperawatan disusun langkah selanjutnya adalah dalam menetapkan tindakan keperawatan. Tindakan ini dapat dilakukan secara mandiri atau kerjasama dengan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi Keperawatan

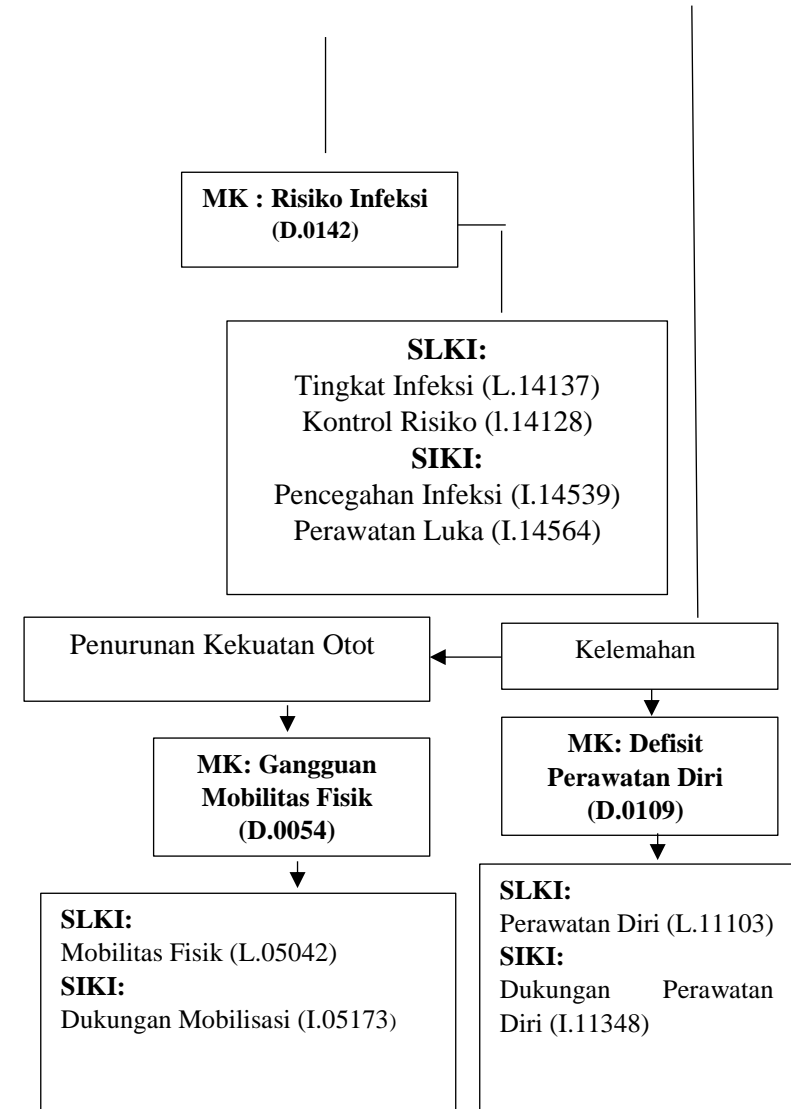
Evaluasi merupakan suatu kegiatan yang terjadi pada setiap langkah dari proses keperawatan dan pada kesimpulan. Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif.

Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: *Subjective* yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: *Objective* yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A: *Assessment* yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: *Planning* yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dewinta, 2020).

D. Web Of Causation (WOC)



Lanjutan WOC



Bagan 1. WOC Kista Ovarium

Sumber: (Arif, F. A *et al.*, 2016; Wiknjastro, 2008; Prawirohardjo, 2011; SDKI, 2017; SLKI, 2018; SIKI, 2018)