

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu: pre operatif, intra operatif dan post operatif. Dalam setiap fase tersebut dimulai dan diakhiri dalam waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standart keperawatan (Maryunani, 2014).

2. Indikasi

Menurut Maryunani (2014), operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti:

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparatomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

3. Tahapan Keperawatan Perioperatif

Menurut Maryunani (2014), pengalaman pembedahan (perioperatif) dapat dibagi dalam tiga tahap keperawatan perioperatif, yaitu:

a. Fase Pre Operasi

Fase pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan operasi. Persiapan operasi dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1) Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien, meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang operasi, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

2) Persiapan Fisiologi

- a) Diet (puasa), pada operasi dengan anaestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaestesi lokal atau spinal anaestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.
- b) Persiapan Perut, Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah perifer. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c) Persiapan Kulit, daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut

- d) Hasil pemeriksaan penunjang.
- e) Persetujuan Operasi/*Informed Consent*.

(Muttaqin & Sari, 2014)

b. Fase Intra Operasi

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan *IV cath*, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah:

- 1) Letak bagian tubuh yang akan dioperasi.
- 2) Umur dan ukuran tubuh pasien.
- 3) Tipe anaesthesia yang digunakan.
- 4) Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan

Anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya dibagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril (Aulia, 2021):

- 1) Anggota steril, terdiri dari : ahli bedah utama/operator, asisten ahli bedah, *Scrub Nurse*/Perawat Instrumen.

Peran perawat steril:

- a) Mempersiapkan pengadaan alat dan bahan yang diperlukan untuk operasi.
- b) Membantu ahli bedah dan asisten bedah saat prosedur bedah berlangsung.
- c) Membantu persiapan pelaksanaan alat yang dibutuhkan seperti jarum, pisau, kassa, dan instrumen yang dibutuhkan untuk operasi.

- 2) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari: ahli atau pelaksana *anaesthesi*, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).
 - a) Mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi aktivitas keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.
 - b) Mempertahankan lingkungan yang aman dan nyaman.
 - c) Menyiapkan bantuan kepada tiap anggota tim menurut kebutuhan.
 - d) Memelihara komunikasi antar anggota tim ruang bedah.
 - e) Membantu mengatasi masalah yang terjadi.

c. Fase Post Operasi

Fase post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*)/pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Fase post operasi meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

- 1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (*recovery room*), Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan di atas lutut dan siku serta *side rail* harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko *injury*. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.
- 2) Perawatan post anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi. Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus

dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room* : RR) atau unit perawatan pasca anastesi (PACU: *post anesthesia care unit*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan) (Muttaqin & Sari, 2014).

4. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Menurut urgensi maka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan (Maryunani, 2014), yaitu :

- a. Kedaruratan/*Emergency*, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa ditunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sanagat luas.
- b. *Urgent*, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- c. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- d. Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan *Scar*, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.
- e. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi di bagi menjadi :

- a. Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh: insisi dan *drainage* kandung kemih, sirkumsisi.

- b. Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh: Total abdominal histerektomi, reseksi *colon*, dan lain-lain.

5. Komplikasi Post Operatif dan Penatalaksanaanya

a. Syok

Syok yang terjadi pada pasien operasi biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah: Pucat, Kulit dingin, basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah, nadi cepat, lemah dan bergetar, penurunan tekanan darah, urine pekat. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter seperti terapi obat, terapi pernafasan, memberikan dukungan psikologis, pembatasan penggunaan energi, memantau reaksi pasien terhadap pengobatan, dan peningkatan periode istirahat.

b. Perdarahan

Penatalaksanaannya pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus dijaga tetap lurus. Kaji penyebab perdarahan, luka bedah harus selalu diinspeksi terhadap perdarahan.

c. Trombosis vena profunda

Trombosis vena profunda adalah trombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pasca flebitis.

d. Retensi urin

Retensi urine paling sering terjadi pada kasus-kasus operasi rektum, anus dan vagina. Penyebabnya adalah adanya spasme spinkter kandung kemih. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah pemasangan kateter untuk membatu mengeluarkan urine dari kandung kemih.

e. Infeksi luka operasi

Infeksi luka post operasi dapat terjadi karena adanya kontaminasi luka operasi pada saat operasi maupun pada saat

perawatan di ruang perawatan. Pencegahan infeksi penting dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi dan juga perawatan luka dengan prinsip steril.

f. Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi serius akibat infeksi dimana kuman berkembang biak. Sepsis dapat menyebabkan kematian karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ.

g. Embolisme pulmonal

Embolsime dapat terjadi karena benda asing (bekuan darah, udara dan lemak) yang terlepas dari tempat asalnya terbawa di sepanjang aliran darah. Embolus ini bisa menyumbat arteri pulmonal yang akan mengakibatkan pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sesak nafas, cemas dan sianosis. Intervensi keperawatan seperti ambulatori pasca operatif dini dapat mengurangi resiko embolus pulmonal.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Perioperatif

1. Pengkajian Keperawatan Perioperatif Kista Ovarium

a. Pengkajian Keperawatan Preoperatif

1) Pengkajian Fokus

a) Keluhan utama

Dikaji untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan gejala-gejala kista ovarium. Menurut Setyorini (2014) kebanyakan wanita yang memiliki kista ovarium tidak memiliki gejala sampai periode tertentu. Namun beberapa orang dapat mengalami gejala ini nyeri di perut bagian bawah, nyeri saat berhubungan seksual, nyeri pada punggung terkadang menjalar sampai ke kaki, terkadang disertai nyeri saat BAK atau BAB.

b) Riwayat Haid

Untuk mengetahui usia berapa pertama kali mengalami menstruasi, jarak antara menstruasi yang dialami dengan

menstruasi berikutnya dalam hitungan hari, seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan dan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi. Pada kasus kista ovarium menurut Setyorini (2014) kebanyakan wanita nyeri saat menstruasi dan siklus menstruasi tidak teratur, bisa juga jumlah darah yang keluar banyak. Perdarahan dalam menopause perlu mendapat perhatian khusus karena gejala ini mempunyai arti klinis seperti tumor yang berasal dari vagina, serviks uteri, korpus uteri, maupun ovarium.

c) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

d) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pernah ikut KB, dengan kontasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi. Hal ini perlu dikaji dikarenakan KB IUD memiliki efek samping menoragia yang merupakan gejala kista ovarium.

2) Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan ginekologi dengan inspeksi perut perlu diperhatikan bentuk, pembesaran/cekungan, pergerakan dengan pernapasan, kondisi kulit (tebal, mengkilat, *striae*, pigmentasi, gambaran vena), parut operasi dan lain sebagainya. Pembesaran perut ke depan dengan batas-batas jelas menunjuk ke arah kehamilan atas tumor (kista ovari), pembesaran ke samping (perut katak) merupakan gejala cairan dalam rongga perut. Pemeriksaan perkusi dilakukan untuk menentukan pembesaran apakah disebabkan oleh tumor atau suatu cairan (Muttaqin & Sari, 2014).

3) Pengkajian Psikologis

Perawat perioperatif yang merawat pasien ginekologi akan menyadari kemungkinan dampak pembedahan pada citra tubuh dan rasa percaya diri pasien yang bersangkutan. Pasien mungkin

takut akan ditinggalkan oleh pasangannya karena pengangkatan bagian tubuh yang berkaitan dengan seksualitasnya (Muttaqin & Sari, 2014).

b. Pengkajian Keperawatan Intraoperatif

Menurut Muttaqin & Sari (2014) prosedur pemberian anastesi, pengatur posisi bedah, manajemen asepsis, dan prosedur bedah akan memberikan implikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul. Efek dari anastesi umum akan memberikan respons depresi atau iritabilitas kardiovaskuler, depresi pernapasan, dan kerusakan hati serta ginjal. Penurunan suhu tubuh akibat suhu diruang operasi yang rendah, infus dengan cairan yang dingin, inhalasi gas-gas yang dingin, luka terbuka pada tubuh, aktivitas otot yang menurun, usia yang lanjut, obat-obatan yang digunakan (vasodilator, anastesi umum) mengakibatkan penurunan laju metabolisme. Pengkajian kelengkapan pembedahan terdiri atas hal-hal sebagai berikut:

- 1) Data laboratorium dan laporan temuan yang abnormal.
- 2) Hasil USG abdomen.
- 3) Transfusi darah.
- 4) Kaji kelengkapan sarana pembedahan (benang, cairan intravena, obat antibiotik profilaksis) sesuai dengan kebijakan institusi.
- 5) Pastikan bahwa instrumentasi telah tersedia dan berfungsi dengan baik.

c. Pengkajian Keperawatan Postoperatif

Menurut Muttaqin & Sari (2014) fase pascaoperatif merupakan suatu kondisi dimana pasien ke ruang pulih sadar sampai pasien dalam kondisi sadar betul untuk dibawa ke ruang rawat inap. Pengkajian yang dilakukan saat pascaoperatif meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital, *airway, breathing, circulation*, kesadaran, *brome score, aldrete score*, dan keluhan.

1) Pengkajian awal

Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut

- a) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan.

- b) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital.
 - c) Anastesi dan medikasi lain yang digunakan.
 - d) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin mempengaruhi perasaan pasca operasi.
 - e) Patologi yang dihadapi.
 - f) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian.
 - g) Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya.
 - h) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu.
- 2) Status respirasi
- a) Kontrol pernafasan
 - b) Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernapasan.
 - c) Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernapasan, kesemitrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan arna membran mukosa.
 - d) Kepatenan jalan nafas
 - (1) Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal.
 - (2) Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat benda asing (lidah jatuh), aspirasi muntah, akumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring.
- 3) Status sirkulasi
- a) Pasien beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau resiko dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan defresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.
 - b) Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskuler pasien.

- c) Perawat membandingkan TTV pre operasi dan post operasi.
- 4) Status neurologi
 - a) Perawat mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan cara memanggil namanya dengan suara sedang.
 - b) Mengkaji respon nyeri.
- 5) Muskuloskeletal
 - Kaji kondisi organ pada area yang rentan mengalami cedera posisi post operasi.

2. Diagnosis Keperawatan Perioperatif Kista Ovarium

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosis yang dapat muncul pada pasien yang menjalani tindakan pembedahan kistektomi atas indikasi kista ovarium antara lain

- a. Diagnosis Keperawatan pada Preoperatif
 - 1) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)
 - 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma) (D.0077)
- b. Diagnosis Keperawatan pada Intraoperatif
 - 1) Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0012)
 - 2) Resiko cedera intraoperative dibuktikan dengan prosedur invasif bedah (Muttaqin & Sari, 2014) (D.0136)
- c. Diagnosis Keperawatan pada Postoperatif
 - 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)
 - 2) Resiko Hipotermia Perioperatif dibuktikan dengan suhu lingkungan rendah (D.0141)

3. Intervensi Keperawatan Perioperatif Kista Ovarium

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Preoperatif			
1.	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (neoplasma) (D.0077)</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat berlangsung < 3 bulan.</p> <p>Gejala dan Tanda Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh nyeri Objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Bersikap protektif - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur - TD meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaphoresis </p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik - Tekanan darah membaik <p>(L.08066)</p>	<p>Intervensi Utama:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen nyeri - Pemberian analgesik <p>Intervensi Pendukung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aromaterapi - Dukungan hypnosis diri - Edukasi manajemen nyeri - Edukasi proses penyakit - Kompres dingin - Kompres panas - Manajemen medikasi - Manajemen sedasi - Pemberian obat - Pemantauan nyeri - Pengaturan posisi - Teknik distraksi - Teknik imajinasi terbimbing - Terapi murottal - Terapi musik - Teknik pemijatan - Terapi relaksasi - Terapi sentuhan
2.	<p>Ansietas b.d krisis situasional (rencana operasi) (D.0080)</p> <p>Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Gejala dan Tanda Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> - Merasa bingung - Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi </p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi khawatir terhadap kegagalan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Frekuensi pernapasan dan nadi menurun 	<p>Intervensi Utama:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduksi ansietas - Terapi relaksasi <p>Intervensi Pendukung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dukungan emosi - Dukungan hypnosis diri - Dukungan keyakinan - Persiapan pembedahan - Konseling - Teknik distraksi - Teknik hipnosis - Terapi musik - Terapi <i>biofeedback</i> - Teknik relaksasi otot progresif - Terapi imajinasi

	<ul style="list-style-type: none"> - Sulit berkonsentrasi - Mengeluh pusing - Anoreksia - Palpitasi - Merasa tak berdaya <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak gelisah - Tampak tegang - Sulit tidur - Frekuensi napas, nadi, dan tekanan darah meningkat - Diaphoresis - Tremor - Muka tampak pucat - Suara bergetar - Kontak mata buruk - Sering berkemih - Berorientasi pada masa lalu 	<ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah menurun - Pucat menurun - Konsentrasi membaik - Pola tidur membik (L.09093) 	terbimbing
Intraoperatif			
3.	<p>Resiko perdarahan d.d tindakan pembedahan (D.0012)</p> <p>Definisi: Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelembapan membrane mukosa meningkat - Kelembapan kulit meningkat - Perdarahan pasca menurun - Distensi abdomen menurun - Perdarahan vagina menurun - Tekanan darah membaik - Denyut nadi membaik - Suhu tubuh membaik <p>(L.02017)</p>	<p>Intervensi Utama:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pencegahan perdarahan <p>Intervensi Pendukung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balut tekan - Manajemen medikasi - Manajemen trombolitik - Pemantauan cairan - Pemantauan tanda vital - Pemberian obat - Pencegahan syok - Perawatan area insisi
4.	<p>Resiko cedera d.d prosedur invasif bedah (Muttaqin & Sari, 2014) (D.0136)</p> <p>Definisi: Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kejadian cedera menurun - Perdarahan menurun - TD, nadi, napas membaik <p>(L.14136)</p>	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen keselamatan lingkungan - Pencegahan cedera <p>Intervensi Pendukung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi resiko - Pemasangan alat pengaman - Pencegahan jatuh

			<ul style="list-style-type: none"> - Pencegahan perdarahan - Pencegahan resiko lingkungan
Postoperatif			
5.	<p>Resiko Hipotermia d.d suhu lingkungan rendah (D.0141)</p> <p>Definisi: Beresiko mengalami suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggigil menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik - Tekanan darah membaik <p>(L.14134)</p>	<p>Intervensi Utama:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen hipotermia - Pemantauan hemodinamik invasif <p>Intervensi Pendukung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompres panas - Manajemen cairan - Pemantauan tanda vital - Perawatan pascaanastesi - Regulasi temperatur
6.	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (neoplasma) (D.0077)</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat berlangsung < 3 bulan.</p> <p>Gejala dan Tanda Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh nyeri Objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak meringis - Bersikap protektif - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur - TD meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaphoresis </p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik - Tekanan darah membaik <p>(L.08066)</p>	<p>Intervensi Utama:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen nyeri - Pemberian analgesik <p>Intervensi Pendukung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aromaterapi - Dukungan hypnosis diri - Edukasi manajemen nyeri - Edukasi proses penyakit - Kompres dingin - Kompres panas - Manajemen medikasi - Manajemen sedasi - Pemberian obat - Pemantauan nyeri - Pengaturan posisi - Teknik distraksi - Teknik imajinasi terbimbing - Terapi murottal - Terapi musik - Teknik pemijatan - Terapi relaksasi - Terapi sentuhan

(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019); (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

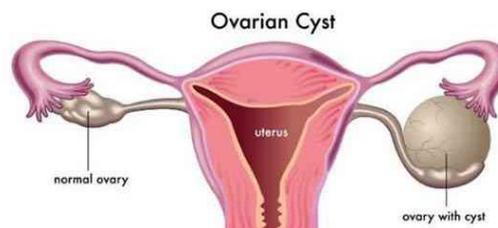
Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah keperawatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan mencakup tingkatan mandiri dan tindakan kolaborasi. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien dan faktor-faktor yang memengaruhi kebutuhan keperawatan dan strategi keperawatan serta kegiatan komunikasi (Tarwoto & Wartonah, 2015).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015).

C. Konsep Kista Ovarium

1. Definisi Kista Ovarium



Gambar 2.1 Kista Ovarium
(Wijayarini, Anugerah, Bobak, & Lowdermilk, dalam Putri, 2021)

Kista ovarium merupakan pembesaran ovarium yang bersifat fungsional atau disfungsional, berupa kistik, padat atau campuran kistik padat dan dapat bersifat neoplastik maupun non neoplastik. Kista ovarium berisi kumpulan cairan yang terdapat pada ovarium. Cairan yang terkumpul ini dibungkus oleh selaput yang terbentuk dari lapisan terluar

ovarium. Kista atau tumor merupakan gangguan pertumbuhan sel-sel otot polos pada ovarium yang bersifat jinak dan biasanya terjadi pada wanita usia reproduktif (Fatkhayah, 2019).

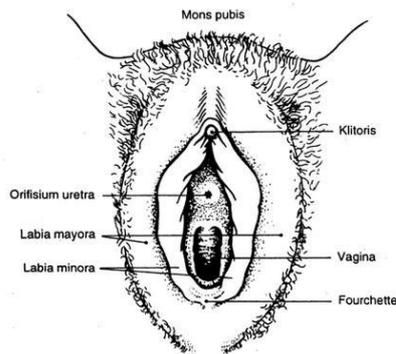
2. Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

Menurut Wahyuningsih & Kusmiyati (2017), organ reproduksi wanita terdiri dari organ genitalia dalam (interna) dan organ genitalia luar (eksterna). Organ-organ wanita ini berkembang dan matur akibat rangsangan hormon estrogen dan progesteron.

a. Organ Genitalia Luar Wanita

1) Vulva

Vulva merupakan alat kelamin luar yang terdiri atas mons pubis/mons veneris, labia mayora, labia minora, klitoris, vestibulum serta himen/selaput dara.



Gambar 2.2 Vulva (Farrer dalam Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017)

a) Mons Pubis/Mons Veneris

Bagian ini menonjol yang meliputi simfisis pubis dan terdiri dari jaringan lemak. Bagian ini dapat melindungi simfisis pubis saat koitus dari trauma.

b) Labia Mayora

Labia mayora terdiri atas dua bagian yaitu bagian kanan dan kiri. Labia mayora kanan dan kiri bersatu di sebelah belakang yang disebut komisura posterior dan merupakan batas depan perineum. Permukaan luarnya ditumbuhi rambut dan banyak

mengandung kelenjar minyak. Di dalamnya terdapat pula banyak fleksus-fleksus vena yang dapat mengalami hematoma bila terkena trauma. Sensitif terhadap nyeri, suhu tinggi, sentuhan yang juga berfungsi selama rangsangan seksual karena banyaknya jaringan syaraf.

c) Labia Minora

Merupakan lipatan kulit di sebelah tengah labia mayora. Berwarna kemerahan karena banyak pembuluh darah dan memungkinkan labia minora mengembang bila ada stimulus emosional atau stimulus fisik. Labia minora tidak mengandung folikel rambut tetapi banyak mengandung kelenjar minyak dan beberapa kelenjar keringat.

d) Klitoris

Organ ini mengandung banyak urat-urat syaraf sensoris dan erektil, sehingga sangat sensitif terhadap rangsangan seksual. Klitoris tertutup oleh preputium klitoridis dan terdiri atas glans klitoridis, korpus klitoridis, dan dua krura yang menggantungkan klitoris ke os pubis.

e) Vestibulum

Vestibulum merupakan suatu rongga yang berbentuk lonjong dan dibatasi oleh labia minora kanan dan kiri, sebelah atas dibatasi oleh klitoris dan sebelah belakang dibatasi oleh *fourchet*.

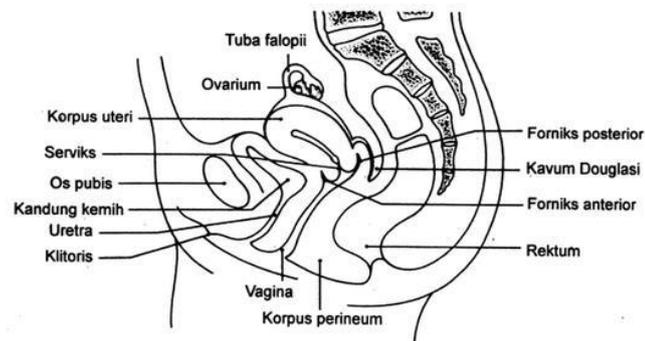
f) Himen (Selaput Dara)

Himen merupakan lapisan tipis dan menutupi sebagian besar introitus vagina. Himen bersifat elastis tetapi kuat karena terdiri atas jaringan ikat elastis dan kolagen. Permukaannya ditutupi epitelium skuamosum kompleks.

2) Perineum

Perineum merupakan daerah muskular yang ditutupi kulit, yang membentang antara komisura posterior dan anus. Perineum ini dibentuk oleh diafragma pelvis dan diafragma urogenitalis.

b. Organ Genetalia Dalam Wanita



**Gambar 2.3 Organ Genetalia Interna Wanita
(Farrer dalam Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017)**

1) Vagina

Merupakan saluran musculo membranosa yang menghubungkan uterus dan vulva. Muaranya pada introitus perineum dengan serviks. Terletak antara vesica urinaria dan rectum

2) Serviks

Serviks termasuk bagian uterus tetapi struktur dan fungsinya berbeda dengan corpus uteri. Berada di bawah isthmus, bagian atas setinggi plikavesiko uterina. Bagian belakang tertutup peritoneum sedangkan lateral dihubungkan dengan pelvis oleh ligamentum kardinale. Sebagian menonjol ke vagina yang disebut portio vaginalis.

3) Uterus

Terletak antara rektum dan vesica urinaria. Posisi uterus normalnya adalah antefleksi. Dinding uterus terdiri dari 3 lapisan, yaitu:

- a) Perimetrium, merupakan lapisan paling luar berbentuk longitudinal.
- b) Myometrium, merupakan lapisan tengah paling tebal, berbentuk anyaman saling silang.
- c) Endometrium, merupakan lapisan bagian dalam berbentuk sirkuler. Dibentuk oleh jaringan sekretorius yang menjadi pembuluh darah dan kelenjar, lapisan ini yang rontok setiap bulan saat haid.

4) Tuba Fallopi

Terdapat di tepi ligamentum latum ke arah lateral. Tuba fallopi berfungsi untuk menangkap ovum saat ovulasi, sebagai tempat terjadinya konsepsi dan tempat perkembangan hasil konsepsi (blastula) serta nidasi di rahim (desidua).

5) Ovarium

Wanita memiliki dua buah ovarium yaitu di kanan dan kiri. Dihubungkan dengan uterus oleh ligamen infudibulopelvikum dan melekat pada ligamen latum melalui ovarium. Ovarium berfungsi sebagai tempat produksi sel telur.

3. Etiologi

Kista ovarium disebabkan oleh gangguan pembentukan hormon pada hipotalamus, hipofisis, dan ovarium. Faktor penyebab terjadinya kista antara lain yaitu adanya penumpukan lemak berlebih atau lemak yang tidak sehat yang mengakibatkan zat-zat lemak tidak dapat dipecah dalam proses metabolisme sehingga akan meningkatkan resiko tumbuhnya kista, dan faktor genetik (Andang, 2013).

Menurut Aspiani (2017) penyebab kista ovarium sampai saat ini belum diketahui, namun beberapa teori menyebutkan bahwa adanya gangguan dalam pembentukan estrogen dan dalam mekanisme umpan balik antara ovarium dengan hipotalamus. Estrogen merupakan hormone sekresi yang berperan sebagai respon hipersekresi folikel stimulasi hormon. Salah satu penyebab terbentuknya kista pada ovarium adalah dari perkembangan sel telur yang tidak dibuahi dalam ovarium. Menurut Fatkhiyah (2019) kista ovarium disebabkan karena adanya gangguan pertumbuhan sel-sel otot polos pada ovarium yang jinak dan banyak menyerang wanita pada usia reproduktif. Walaupun demikian tidak menutup kemungkinan untuk menjadi tumor ganas atau kanker.

Penyebab dari kista ovarium belum diketahui secara pasti, terdapat faktor pendukung (Susianti & Sari, 2017) antara lain:

- a. Disfungsi Hipotalamus-Hipofisis
Luteinizing Hormone (LH) dan *Follicle Stimulating Hormone (FSH)* yang dihasilkan kompleks hipotalamus-hipofisis yang berfungsi untuk meluruhnya korpus luteum ketika ovum tidak dibuahi. Akibatnya pematangan folikel dominan yang tidak pas akan menginduksi kista. Selain itu akibat perkembangan folikel imatur tersebut akan memicu dihasilkannya estradiol yang merupakan pemicu kista ovarium.
- b. Disfungsi Ovarium atau Folikel
Masih berhubungan dengan kompleks hipotalamus-hipofisis, perubahan ekspresi reseptor LH bisa menyebabkan anovulasi folikel. Pada saat keseimbangan hormon LH dan FSH yang tepat, akan membuat fase ovulasi dan pre-ovulasi folikel. Reseptor FSH dan LH di sel granulosa di kista akan menurun jika dibandingkan dengan folikel normal.
- c. Predisposisi Kista Folikel Ovarium
Disfungsi tingkat folikel dapat mengganggu kompleks hipotalamus-hipofisis akan mengubah ekspresi reseptor LH yang menginduksi anovulasi folikel. Selain itu reseptor estradiol juga mempengaruhi pembentukan kista. Selain perubahan reseptor dan isi estradiol. Perubahan dalam steroidegenesis oleh folikel dominan mungkin terlibat dalam degenerasi kista. Akibat kombinasi ketiga hal itu akan menghasilkan estrogen aktif dan meningkatkan konsentrasi estradiol folikular selama tahap awal dari dominasi.

4. Patofisiologi

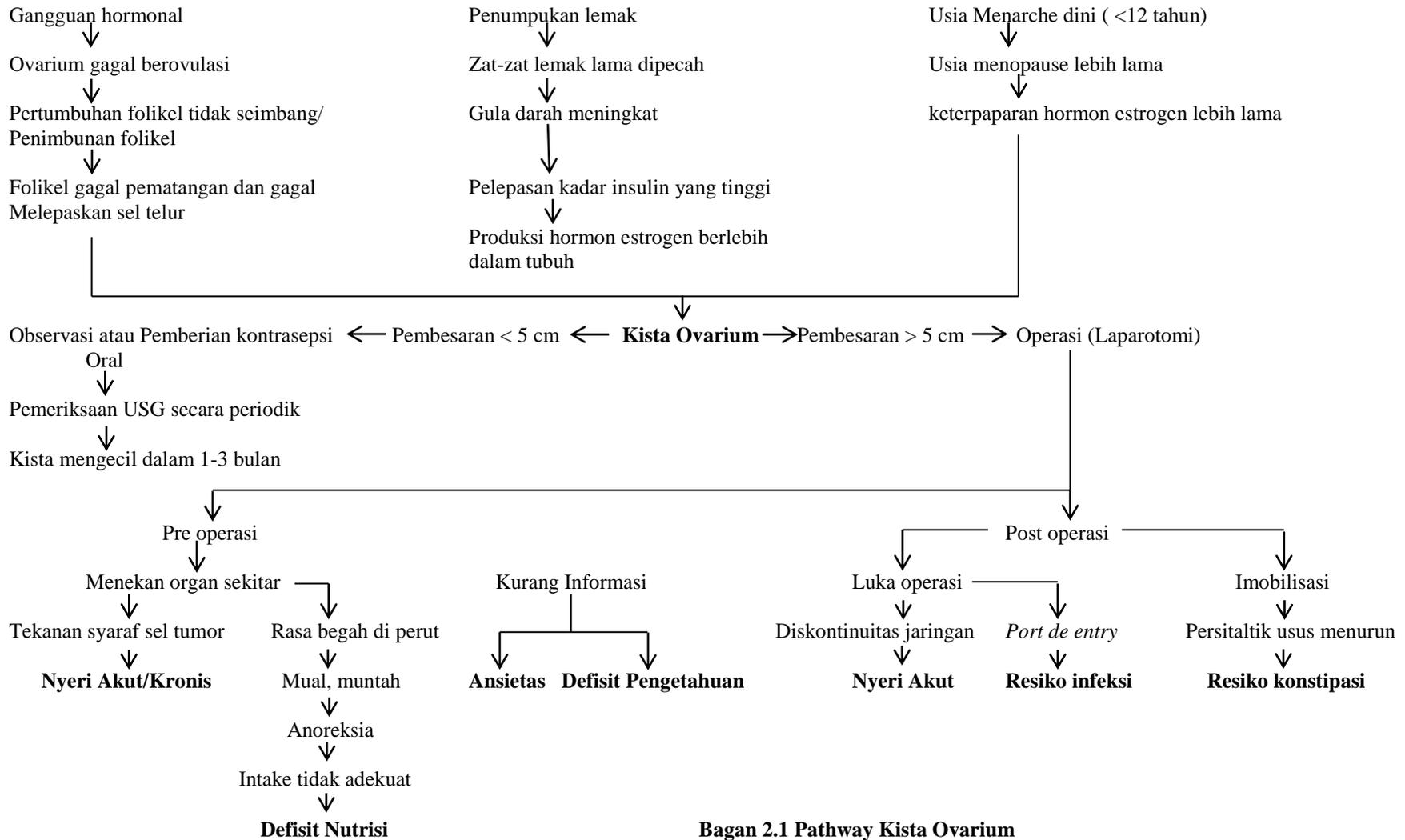
Ovulasi terjadi akibat interaksi antara hipotalamus, hipofisis, ovarium, dan endometrium. Perkembangan dan penanganan folikel ovarium terjadi akibat rangsangan dari kelenjar hipofisis. Rangsangan yang terus menerus datang dan ditangkap panca indera dapat diteruskan ke hipofisis anterior melalui aliran portal hipotalamohipofisial. Setelah sampai di hipofise anterior, GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*) akan mengikat sel gonadotropin dan merangsang pengeluaran FSH

(*Follicle Stimulating Hormone*) dan LH (*Luteinizing Hormone*), dimana FSH dan LH menghasilkan hormon estrogen dan progesteron (Nurarif & Kusuma, 2013).

Setiap hari ovarium normal akan memproduksi folikel *de graff*, kemudian pada saat oosit matur akan dilepas. Telur yang matang ini dibuahi, folikel menjadi ruptur dan akan menjadi korpus luteum. Korpus luteum akan mengecil dan menghilang dalam waktu 2-3 minggu dan akan terus berulang sesuai siklus haid pada seorang wanita. Namun jika terjadi gangguan pada proses siklus ini akan membentuk kista (Pramana dalam Rahmawati, 2021)

Kista dapat terbentuk jika fungsi ovarium menjadi abnormal, yang akan menyebabkan penimbunan folikel yang terbentuk secara tidak sempurna di dalam ovarium. Folikel tidak mengalami ovulasi karena LH surge tidak terjadi menyebabkan pembentukan folikel tidak sempurna, folikel tersebut gagal mengalami pematangan dan gagal melepaskan sel telur, terbentuk secara tidak sempurna di dalam ovarium karena itu terbentuk kista ovarium (Nuraeni, 2017).

Pathway



Bagan 2.1 Pathway Kista Ovarium

Sumber: Fathkiyah (2019), Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Nuraeni (2017), Nurarif & Kusuma (2013), Andang (2013), Rahmawati (2021)

5. Klasifikasi

Menurut Anwar (dalam Putri, 2021), kista ovarium dapat terjadi di bagian korpus luteum dan bersifat non-neoplastik maupun neoplastik.

a. Kista Ovarium Non-neoplastik

1) Kista Folikel

Kista folikel merupakan struktur normal dan fisiologis yang berasal dari kegagalan resorpsi cairan folikel yang tidak dapat berkembang secara sempurna. Kista folikel dapat tumbuh menjadi besar setiap bulannya sehingga sejumlah folikel tersebut dapat mati dengan disertai kematian ovum. Kista folikel dapat terjadi pada wanita muda yang masih menstruasi. Diameter kista berkisar 2 cm. Kista folikel biasanya tidak bergejala dan dapat menghilang dalam waktu < 60 hari. Jika muncul gejala, biasanya menyebabkan interval antar menstruasi yang sangat pendek atau panjang. 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 48 minggu yang akan menyebabkan kista menghilang sendiri.

2) Kista lutein

Kista ini dapat terjadi pada kehamilan, lebih jarang di luar kehamilan. Kista luteum yang sesungguhnya, umumnya berasal dari *corpus luteum hematoma*. Perdarahan ke dalam ruang corpus selalu terjadi pada masa vaskularisasi. Bila perdarahan ini sangat banyak jumlahnya, terjadilah korpus luteum hematoma yang berdinding tipis dan berwarna kekuning-kuningan. Biasanya gejala-gejala yang di timbulkan sering menyerupai kehamilan ektopik.

3) Kista *stain levental ovary*

Biasanya kedua ovarium membesar dan bersifat polykistik, permukaan rata, berwarna keabu-abuan dan berdinding tebal. Pada pemeriksaan mikroskopis akan tampak tunika yang tebal dan

fibrotik. Dibawahnya tampak folikel dalam bermacam-macam stadium, tetapi tidak di temukan korpus luteum. Secara klinis memberikan gejala yang disebut stain-leventhal syndrome dan kelainan ini merupakan penyakit herediter yang autosomal dominant.

4) Kista Korpus Luteum

Menurut Tanjung (2022), dalam keadaan normal, korpus luteum lambat laun mengecil menjadi korpus albicans. Korpus luteum berisi cairan yang berwarna cokelat, frekuensi kista korpus luteum lebih jarang dibanding kista folikel. Kista korpus luteum merupakan jenis kista yang jarang terjadi. Kista korpus luteum berukuran ≥ 3 cm, dan diameter kista sebesar 10 cm. Kista tersebut dapat timbul karena waktu pelepasan sel telur terjadi perdarahan dan bisa pecah yang sering kali perlu tindakan operasi (kistektomi ovarii) untuk mengatasinya. Keluhan yang biasa dirasakan dari kista tersebut yaitu rasa sakit yang berat di rongga panggul terjadi selama 1460 hari setelah periode menstruasi terakhir.

b. Kista Ovarium Neoplastik

1) Kistoma Ovarium Simpleks

Kista ini mempunyai permukaan rata dan halus, biasanya bertangkai, seringkali bilateral, dan dapat menjadi besar. Dinding kista tipis dan cairan di dalam kista jernih, dan berwarna putih. Terapi terdiri atas pengangkatan kista dengan reseksi ovarium, akan tetapi jaringan yang di keluarkan harus segera di periksa secara histologik untuk mengetahui apakah ada keganasan atau tidak.

2) Kista Dermoid

Sebenarnya kista dermoid ialah satu terotoma kistik yang jinak dimana stuktur-stuktur ektodermal dengan diferensiasi sempurna, seperti epital kulit, rambut, gigi dan produk glandula sebacea berwarna putih kuning menyerupai lemak nampak lebih menonjol dari pada elemen-elemen entoderm dan mesoderm. Tidak

ada ciri- ciri yang khas pada kista dermoid. Dinding kista kelihatan putih, keabu-abuan, dan agak tipis. Konsistensi tumor sebagian kistik kenyal, dan dibagian lain padat. Sepintas lalu kelihatan seperti kista berongga satu (Anwar dalam Putri, 2021). Menurut Tanjung (2022) kista dermoid merupakan sel telur yang mengalami patogenesis dalam bentuk teratoma kistik. Kejadiannya sekitar 25% tumor kista ovarium, terjadi pada masa reproduksi.

3) Kista Endometriosis

Kista Endometriosis merupakan kista yang terjadi karena ada bagian endometrium yang berada di luar rahim. Kista ini berkembang bersamaan dengan tumbuhnya lapisan endometrium setiap bulan sehingga menimbulkan nyeri hebat, terutama saat menstruasi dan infertilitas.

4) Kista denoma Ovarium Musinosum

Asal tumor ini belum diketahui dengan pasti. Namun, kista tersebut bisa berasal dari suatu teroma dimana dalam pertumbuhannya satu elemen menghalangkan elemen-elemen lain. Selain itu, kista tersebut juga berasal dari lapisan germinativum. Penangan terdiri atas pengangkatan tumor. Jika pada operasi tumor sudah cukup besar sehingga tidak tampak banyak sisa ovarium yang normal, biasanya di lakukan pengangkatan ovariam beserta tuba (salpingo – ooforektomi).

5) Kista denoma Ovarium Serosum

Pada umumnya kista ini tidak mencapai ukuran yang amat besar dibandingkan dengan kistadenoma musinosum. Permukaan tumor biasanya licin, kista serosum pun dapat berbentuk multilokuler meskipun lazimnya berongga satu. Terapi pada umumnya sama seperti pada kistadenoma musinosum. Hanya berhubung dengan lebih besarnya kemungkinan keganasan, perlu dilakukan pemeriksaan yang teliti terhadap tumor yang dikeluarkan. Menurut Tanjung (2022), kista ini sering ditemukan pada wanita 35-55 tahun dan biasanya hanya sampai berukuran

sedang saja. Isi kista cair, kuning, dan kadang-kadang cokelat karena bercampur darah

6. Manifestasi Klinik

Kebanyakan kista ovarium tidak menimbulkan gejala dan bisa menghilang dengan sendirinya. Meskipun begitu, kista ovarium yang besar dapat menyebabkan nyeri perut bawah atau panggul (pelvik) yang dapat menyebar ke punggung bawah belakang, rasa penuh atau berat, konstipasi, mulas, nyeri saat berhubungan intim, mual, muntah, dan rasa kembung (Tanjung, 2022).

Penderita kista ovarium dapat mengalami torsi atau lilitan yang menyebabkan nyeri, perdarahan, infeksi dan kematian pada penderitanya. Perdarahan dari vagina merupakan salah satu tanda kanker ovarium, terutama pada usia pascamenopause. Gejala lain termasuk nyeri atau tekanan di panggul atau perut bagian bawah, nyeri punggung, pembesaran area perut, dan sering buang air kecil. Oleh karena itu, penyakit ini memerlukan penanganan yang baik dan profesional (Khoiria, Indriati, Sundari, & Diyantoro, 2020).

Sebagian besar wanita tidak menyadari dirinya menderita kista. Gejala yang sering muncul adalah rasa nyeri pada perut bagian bawah dan pinggul. Rasa nyeri ini timbul akibat pecahnya dinding kista, pembesaran kista yang terlalu cepat sehingga organ sekitarnya teregang, perdarahan yang terjadi di dalam kista, dan tangkai kista yang terpelintir (Wirawan, 2013).

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Tanjung (2022), pemeriksaan tambahan yang dapat dilakukan untuk memastikan keadaan kista, yaitu:

a. Laparoscopi

Pemeriksaan ini sangat berguna untuk mengetahui apakah sebuah tumor berasal dari ovarium atau tidak, dan untuk menentukan sifat tumor itu.

b. Ultrasonografi

Dengan pemeriksaan ini dapat ditemukan letak dan batas tumor, apakah tumor berasal dari uterus, ovarium, atau kandung kencing, apakah tumor kistik, dan dapat dibedakan pula antara cairan dalam rongga perut dan yang tidak.

c. Foto rontgen

Pemeriksaan ini berguna untuk menentukan adanya hidrotoraks. Selanjutnya pada kista dermoid kadang-kadang dapat dilihat adanya seperti bentuk gigi dalam tumor.

8. Komplikasi

Menurut Wiknjosastro (dalam Ranjani, 2017), komplikasi yang dapat terjadi karena kista ovarium adalah:

a. Akibat pertumbuhan kista ovarium

Adanya tumor di dalam perut bagian bawah bisa menyebabkan pembesaran perut. Tekanan terhadap alat-alat di sekitarnya disebabkan oleh besarnya tumor atau posisinya dalam perut. Apabila tumor mendesak kandung kemih dan dapat menimbulkan gangguan miksi, sedangkan kista yang lebih besar tetapi terletak bebas di rongga perut kadang-kadang hanya menimbulkan rasa berat dalam perut serta dapat juga mengakibatkan edema pada tungkai.

b. Akibat aktivitas hormonal kista ovarium

Tumor ovarium tidak mengubah pola haid kecuali jika tumor itu sendiri mengeluarkan hormon.

c. Akibat komplikasi kista ovarium

1) Perdarahan ke dalam kista

Biasanya terjadi sedikit-sedikit sehingga berangsur-angsur menyebabkan kista membesar, pembesaran luka dan hanya menimbulkan gejala-gejala klinik yang minimal. Akan tetapi jika perdarahan terjadi dalam jumlah yang banyak akan terjadi distensi yang cepat dari kista yang menimbulkan nyeri di perut.

2) Torsio atau putaran tangkai

Torsio atau putaran tangkai terjadi pada tumor dengan diameter 5 cm atau lebih. Torsi meliputi ovarium, tuba fallopi, atau ligamentum rotundum pada uterus. Jika dipertahankan torsi ini dapat berkembang menjadi infark, peritonitis dan kematian. Torsi ini paling sering muncul pada wanita usia reproduksi. Gejalanya meliputi nyeri mendadak dan hebat di kuadran abdomen bawah, mual dan muntah. Dapat terjadi demam dan leukositosis. Laparoskopi adalah terapi pilihan, adneksa gangren dibuang, setiap kista dibuang dan dievaluasi secara histologis.

3) Infeksi pada tumor

Jika terjadi di dekat tumor ada sumber kuman patogen.

4) Robek dinding kista

Terjadi pada torsi tangkai, akan tetapi dapat pula sebagai akibat trauma, seperti jatuh atau pukulan pada perut dan lebih sering pada saat bersetubuh. Jika robekan kista disertai hemoragi yang timbul secara akut, maka perdarahan bebas berlangsung ke uterus ke dalam rongga peritoneum dan menimbulkan rasa nyeri terus menerus disertai tanda-tanda abdomen akut.

5) Perubahan keganasan

Setelah tumor diangkat perlu dilakukan pemeriksaan mikroskopis yang seksama terhadap kemungkinan perubahan keganasannya. Massa kista ovarium berkembang setelah masa menopause sehingga besar kemungkinan untuk berubah menjadi kanker (maligna).

9. Penatalaksanaan

Menurut Setyorini (2014), penatalaksanaan kista ovarium adalah sebagai berikut:

a. Observasi

Jika kista tidak menimbulkan gejala, maka cukup dimonitor selama 1-2 bulan, karena kista fungsional akan menghilang dengan sendirinya

setelah 1 sampai 2 siklus haid. Tindakan ini diambil jika tidak curiga ganas (kanker).

b. Pemberian hormon

Pengobatan gejala hormon androgen yang tinggi dengan pemberian pil KB (gabungan esterogen dan progesteron) boleh ditambahkan obat *anti androgen progesteron cyproteronasetat*.

c. Tindakan pembedahan

Tindakan ini perlu pertimbangan usia penderita, gejala, dan ukuran kista. Pada kista fungsional dan penderita masih mengalami menstruasi, biasanya tidak dilakukan tindakan pembedahan. Tetapi bila gambaran kista bukan kista fungsional dan kista berukuran besar, maka dilakukan pengangkatan kista. Prinsip pengobatan kista dengan tindakan pembedahan, yaitu:

- 1) Apabila ukuran kista kecil (misal sebesar permen) dan pada pemeriksaan tidak terlihat tanda-tanda proses keganasan, biasanya dokter melakukan tindakan pembedahan dengan laparoskopi. Alat laparoskopi dimasukkan ke dalam rongga panggul dengan melakukan sayatan kecil pada dinding perut, yaitu sayatan searah dengan rambut kemaluan.
- 2) Apabila kista berukuran sedang atau besar (> 5 cm), biasanya pengangkatan kista dilakukan dengan laparotomi (Pramana dalam Rahmawati, 2021), meliputi:
 - a) Kistektomi yaitu pengangkatan kista pada ovarium tanpa mengambil ovarium, hanya kista saja yang diangkat.
 - b) Oofektomi yaitu operasi pengangkatan ovarium akibat tumor ovarium yang besar atau dicurigai adanya kanker ovarium, dan pada operasi histektomi (operasi pengangkatan rahim sekaligus juga pengambilan satu atau dua ovarium tergantung usia). Apabila semua ovarium diangkat dinamakan operasi oofektomi parsial.
 - c) Salpingo-Oofektomi yaitu operasi pengangkatan ovarium beserta tuba fallopi. Jika operasi dilakukan pada satu sisi

ovarium dinamakan salpingo-ooferektomi unilateral, jika dilakukan pada kedua sisi dinamakan salpingo-ooferektomi bilateral.

- d) Histerektomi total yaitu pengangkatan ovarium, tuba dan rahim.

D. Konsep Dasar Salpingo-Ooforektomi

1. Definisi

Salpingo-ooforektomi adalah pengangkatan tuba falopi (salpingektomi) dan ovarium (ooforektomi). Salpingo-ooforektomi unilateral dilakukan pada pasien yang ovariumnya tidak dapat dipertahankan, termasuk kehamilan ektopik yang pecah dengan ketidakmampuan untuk mencapai hemostatis tanpa pengangkatan tuba dan ovarium, torsi adneksa dimana ovarium dan tuba nekrotik, abses tuboovarium yang tidak responsif terhadap antibiotik, atau massa ovarium jinak dimana tidak ada jaringan ovarium normal yang tersisa yang dapat dipertahankan. Salpingo-ooforektomi bilateral umumnya merupakan salah satu dari tiga jenis: elektif pada saat histerektomi untuk kondisi jinak, profilaksis pada wanita dengan peningkatan resiko kanker ovarium, atau karena keganasan (Ward & Scioscia, 2021).

2. Prosedur Pembedahan

Salpingo-ooforektomi dilakukan dengan anestesi umum (atau jarang regional). Dokter membuat sayatan sekitar 10-15 cm ke dinding perut baik secara vertikal (memanjang dari tulang kemaluan ke pusar) atau horizontal (melintasi garis rambut kemaluan). Selanjutnya, tim bedah mengeksplorasi perut dan panggul; mengidentifikasi ovarium dan tuba fallopi (Jacob, 2020).

Menurut Supermaniam (2016), salpingo-ooforektomi diawali dengan melepaskan terlebih dahulu ovarium dari suplai darahnya dengan mengisolasi, mengkoagulasi dan memotong ligamen infundibulopelvis (ligamen yang mengandung suplai darah ke ovarium). Kemudian ovarium

dilepaskan dari rahim dengan pemotongan ligamen ovarium (ligamen yang mengikat pada rahim).

3. Indikasi dan Kontraindikasi

Menurut Ward & Scioscia (2021), indikasi untuk salpingo-ooforektomi meliputi:

- a. Pilihan: pengangkatan ovarium dan tuba yang tampak normal pada saat operasi bersamaan, umumnya histerektomi untuk penyakit jinak, untuk mengurangi resiko perkembangan patologi ovarium, dan mengurangi kebutuhan akan prosedur di masa pendatang.
- b. Keganasan: kanker ovarium, kanker rahim, atau metastasis ke ovarium dari keganasan primer yang jauh (karsinoma gastrointestinal, payudara, dan paru-paru).
- c. Pengurangan resiko: pengangkatan ovarium dan tuba pada wanita yang secara genetik rentan terhadap kanker ovarium.
- d. Massa adneksa jinak
- e. Torsi adneksa
- f. Abses tubovarium
- g. Kehamilan ektopik
- h. Endometriosis

Salpingo-ooforektomi tidak memiliki kontraindikasi tetap. Penyakit perekat panggul yang parah dapat mempengaruhi pendekatan pembedahan. Resiko prosedur harus memerhatikan manfaat potensial untuk setiap individu.

4. Dampak Operasi

Setiap tindakan operasi pasti memiliki efek samping. Adapun salpingo-ooforektomi sangat sensitif terhadap dampak biologis, berikut dampak biologis pasca operasi salpingo-ooforektomi (Gasparri, Riscito, & Bellati, 2021):

- a. Onset menopause. Di Norwegia, survey terhadap 23.580 wanita (survey HUNT2) mengungkapkan bahwa wanita yang telah menjalani

unilateral ooforektomi mengalami menopause satu tahun lebih awal dibandingkan dengan wanita yang tidak. Hal ini mengingat wanita yang menjalani ovariektomi kehilangan setengah dari cadangan folikel mereka.

- b. Studi epidemiologi yang dilakukan di Mayo Clinic menunjukkan bahwa wanita yang menjalani unilateral ooforektomi sebelum menopause memiliki peningkatan resiko gangguan kognitif, demensia dan penyakit parkinson.
- c. Masalah kesuburan pasca unilateral ooforektomi, pada penelitian retrospektif pada tahun 2014 menyebutkan bahwa wanita yang memiliki satu ovarium memiliki setidaknya satu kehamilan pasca operasi yang sukses (48,5%).

E. Jurnal Terkait

1. Studi Kasus oleh Rafiati (2020) tentang Studi Dokumentasi Risiko Perdarahan pada Pasien dengan Kista Ovarium *Suspect Malignancy Post TAH-BSO (Total Abdominal Hysterectomy Bilateral Salpingo Oophorectomy)*.

Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan risiko perdarahan pada pasien dengan kista ovarium suspect malignancy post TAH-BSO. Metode yang digunakan yaitu deskriptif kualitatif. Data intraoperasi perdarahan 300 cc dan dilakukan implementasi monitor tanda-tanda perdarahan, monitor tanda-tanda vital, dan kolaborasi obat antiperdarahan. Hasil evaluasi yaitu risiko perdarahan teratasi sebagian.

2. Studi Kasus oleh Anifah & Yumni (2019) tentang Teknik Relaksasi Napas Dalam untuk Menurunkan Tingkat Nyeri pada Ny.A dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Post Operasi Kista Ovarium.

Studi kasus ini bertujuan untuk mengidentifikasi keefektifan manajemen nyeri relaksasi napas dalam pada pasien operasi kista ovarium. Jenis penelitian yang digunakan adalah studi kasus dengan 1 orang pasien. Hasil

penelitian adalah penerapan teknik relaksasi napas dalam efektif untuk mengurangi nyeri.

3. Penelitian oleh Nisa, PH, & Arisdiani (2018) tentang Hubungan Keluarga dengan Ansietas Pasien Pre Operasi Mayor.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik dan dukungan keluarga dengan tingkat ansietas pre operasi mayor. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif melalui pendekatan *cross sectional*, pengumpulan data menggunakan kuisioner dengan 16 pertanyaan tentang dukungan keluarga yang telah diuji validitas dengan nilai r variabel 0,90. Teknik sampel menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah sampel 167 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan dukungan keluarga dengan tingkat ansietas pasien pre operasi mayor dengan nilai $p\text{ value} < 0,005$.

4. Penelitian oleh Rokawie, Sulastri, & Anita (2017) tentang Relaksasi Napas dalam Menurunkan Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Abdomen.

Penelitian ini bertujuan diketahuinya pengaruh terapi relaksasi napas dalam terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi bedah abdomen. Jenis penelitian *pre experimental design* dengan rancangan *one group pretest posttest* terhadap 32 responden di Ruang Bedah RSUD Jend.Ahmad Yani. Hasil penelitian ada perbedaan skor kecemasan sebelum dan sesudah terapi dengan $p=0,000$.

5. Penelitian oleh Rahmayati & Handayani (2017) tentang Perbedaan Pengaruh Terapi Psikoreligius dengan Terapi Musik Klasik terhadap Kecemasan Pasien Pre Operatif di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan perbedaan pengaruh terapi psikoreligius dan terapi musik klasik terhadap kecemasan pasien pre operatif. Penelitian ini menggunakan penelitian kuasi eksperimen dengan desain *non equivalent control group*. Teknik sampling menggunakan metode *purposive* dengan sampel sebanyak 80 orang. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan pengaruh terapi psikoreligius dan terapi musik klasik terhadap kecemasan ($p\text{ value}=0,030$) dengan penurunan skor

ZSARS pada pasien yang diterapi dengan terapi psikoreligius sebesar 2,250.

6. Artikel Penelitian oleh Mubarakah (2017) tentang Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Hipotermi Pasca General Anestesi di Instalasi Bedah Sentral RSUD Kota Yogyakarta.

Artikel ini bertujuan teridentifikasinya faktor-faktor yang berhubungan dengan hipotermi pasca general anestesi di IBS RSUD Kota Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan jenis penelitian observasional analitik. Sampel penelitian berjumlah 56 orang responden pasca general anestesi dengan teknik pengambilan *sample consecutive sampling*, uji yang digunakan adalah uji *chi-square*. Hasil penelitian terdapat hubungan antara faktor usia, IMT, jenis kelamin, dan lama operasi dengan hipotermi pasca general anestesi di IBS RSUD Kota Yogyakarta.