

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Hal ini akan diuraikan secara teoritis konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada kista ovarium. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etologi dan cara penanganan secara medis.

Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit kista ovarium dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit Kista Ovarium

2.1.1 Definisi

Kista ovarium adalah bentuk atau jenis yang paling sering terjadi pada ovarium yang mempunyai struktur dinding yang tipis, mengandung cairan serosa dan sering terjadi selama masa menopause. (Long, 2007)

Kista ovarium adalah tumor jinak yang diduga timbul dari bagian ovum yang normalnya menghilang saat menstruasi, asalnya tidak teridentifikasi dan terdiri atas sel-sel embrional yang tidak berdiferensiasi, kista ini tumbuh lambat dan ditemukan selama pembedahan yang mengandung material sebacea kental berwarna kuning yang timbul dan lapisan kulit. (Smeltzer, 2006)

Kista adalah kantong berisi cairan, kista seperti balon berisi air, dapat tumbuh di mana saja dan jenisnya bermacam-macam. Kista yang berada di dalam maupun permukaan ovarium (indung telur) disebut kista ovarium atau tumor ovarium. (Rusidanto, 2010)

Kista Ovarium yaitu suatu kantong abnormal yang berisi cairan atau setengah cair yang tumbuh dalam indung telur. Kista termasuk tumor jinak yang terbungkus oleh selaput semacam jaringan. Bentuknya kistik dan ada pula yang berbentuk seperti anggur. Kista dapat berisi udara, cairan kental, maupun nanah.

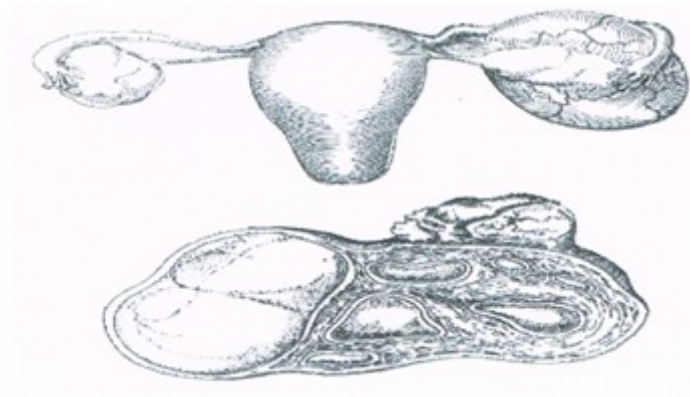
Kumpulan sel-sel tumor itu terpisah dengan jaringan normal di sekitarnya dan tidak dapat menyebar ke bagian tubuh lainnya. (Asri, 2008).

Jadi kista ovarium adalah kantong berisi cairan yang diduga timbul dari bagian ovum yang normalnya menghilang saat menstruasi.

2.1.2 Klasifikasi

1. Pembagian kista ovarium berdasarkan non neoplastik dan neoplastik yaitu:
 - a. Non Neoplastik
 - 1) Kista folikel

Kista ini berasal dari folikel de graaf yang tidak sampai berovulasi, namun tumbuh terus menjadi kista folikel, atau dan beberapa folikel primer yang setelah bertumbuh di bawah pengaruh estrogen tidak mengalami proses atresia yang lazim, melainkan membesar menjadi kista. Biasanya dapat di dapati beberapa kista dengan diameter kista 1-1,5 cm. Kista yang berdiri sendiri sebesar jeruk nipis. Cairan di dalam kista jernih dan mengandung estrogen, oleh sebab itu jenis kista ini sering mengganggu siklus menstruasi. Kista folikel ini lambat laun mengecil dan menghilang spontan.



Gambar 2.1. Kista folikel (Wiknjosastro, 2008)

2) Kista korpus luteum

Dalam keadaan normal korpus luteum lambat laun mengecil dan menjadi korpus albicans, kadang-kadang korpus luteum mempertahankan diri (korpus luteum persisten), perdarahan yang sering terjadi di dalamnya menyebabkan terjadinya kista, berisi cairan yang berwarna merah coklat karena darah tua. Frekuensi kista luteum lebih jarang dari pada kista folikel, dan yang pertama bisa lebih besar dari yang kedua.

3) Kista teka lutein

Biasanya terjadi pada mola hidrosa, koriokarsinoma, dan kadang-kadang tanpa adanya kelainan tertentu, ovarium dapat membesar menjadi kistik. Kista biasanya bilateral dan bisa menjadi sebesar tinju. Pada pemeriksaan mikroskopik terlihat luteinisasi sel-sel tera. Sel-sel granulosa dapat pula menunjukkan luteinisasi, akan tetapi sering kali sel-sel menghilang karena atresia. Tumbuhnya kista ini adalah pengaruh hormon koniogonadotropin yang berlebihan, dan dengan hilangnya mola atau koriokarsinoma, ovarium mengecil spontan.

4) Kista inklusi germinal

Biasanya terjadi karena invaginasi dan isolasi bagian-bagian kecil dari epitel germinativum pada permukaan ovarium, besarnya jarang melebihi diameter 1 cm. Kista ini biasanya kebetulan di temukan pada pemeriksaan histologi ovarium yang diangkat sewaktu operasi.

5) Kista endometrium

Kista ini endometriosis yang berlokasi di ovarium.

6) Kista stein-levental

Biasanya kedua ovarium membesar dan bersifat polykistik, permukaan licin, kapsul ovarium menebal dan tampak tunika yang tebal dan fibrotik pada pemeriksaan mikroskopis.

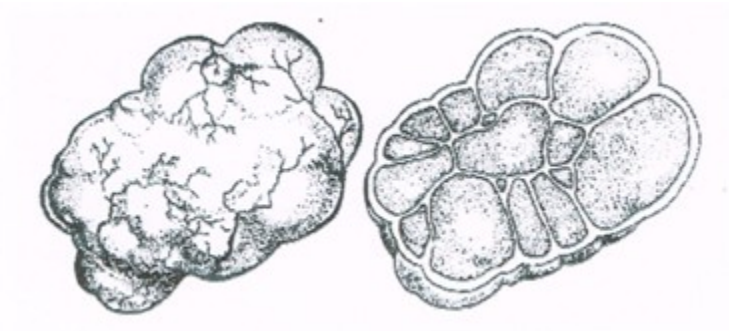
b. Neoplastik

1) Kistoma ovarii simpleks

Kista ini memiliki permukaan rata dan halus, biasanya bertangkai, seringkali bilateral, dan dapat menjadi besar, dinding kista tipis dan cairan dalam kista jernih, terus berwarna kuning.

2) Kista denoma ovarii musinosum

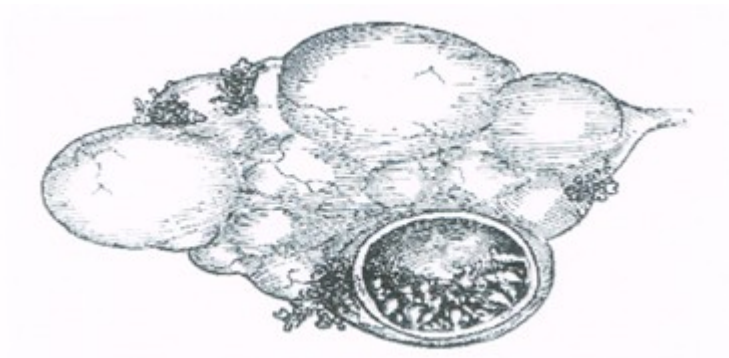
Kemungkinan berasal dari suatu teratoma dimana didalam pertumbuhannya satu elemen mengalahkan elemen lain. Tumor ini mempunyai bentuk bulat, ovoid tidak teratur, dengan permukaan rata berwarna putih kebiru-biruan.



Gambar 2.2 Kistadenoma ovarii musinosum (Wiknjosastro, 2008)

3) Kistadenoma ovarii serosum

Berasal dari epitel permukaan ovarium, dinding luarnya dapat menyerupai kista musinosum. Dinding dalam kista sekitar 11 cm, sehingga pada kista yang kecil sukar dibedakan dengan kista folikel biasa.



Gambar 2.3. Kistadenoma ovarii serosum (Wiknjosastro, 2008)

4) Kista endometrioid

Kista ini biasanya unilateral dengan permukaan hem, pada dinding dalam terdapat satu lapisan sel yang menyerupai lapisan epitel endometrium.

5) Kista dermoid

Suatu teratoma kistik yang jinak dimana struktur ektodermal dengan diferensiasi sempurna, seperti epitel kulit, rambut, gigi, dan produk glandula sebacea berwarna putih kekuningan menyerupai lemak. (Wiknjosastro, 2008)



Gambar 2.4. Kista dermoid (Wiknjosastro, 2008)

2. Pembagian kista ovarium berdasarkan lokasi.
 - a. Kista bebas (pedunculata)
 - 1) Gerakan bebas
 - 2) Batas jelas
 - b. Kista intraligamentair
 - 1) Letaknya diantara 2 ligamentum
 - 2) Gerakan terbatas
 - 3) Tampak pembuluh darah yang bersilangan satu sama lain
 - c. Kista pseudo intraligamentair
 - 1) Letaknya di luar ligamentum
 - 2) Gerakannya terbatas, karena perlekatan (infeksi, metafase)

3) Gambaran pembuluh darah biasa.

1.3. Anatomi

Organ reproduksi wanita di bagi menjadi dua yaitu:

1. Alat genitalia eksterna

a. Mons veneris

Bagian yang menonjol diatas simpisis dan pada wanita dewasa ditutup oleh rambut kemaluan.

b. Labia mayora (bibir besar)

Terdiri atas bagian kanan dan kiri, lonjong mengecil ke bawah, terdiri oleh jaringan lemak yang serupa dengan yang ada di mons veneris.

c. Labia minora (bibir kecil)

Suatu lipatan tipis dari kulit sebelah dalam bibir besar.

d. Vulva

Berbentuk lonjong dengan ukuran panjang dari muka ke belakang dan di batasi di muka oleh kutoris, kanan dan kiri oleh kedua bibir kella dan di belakang oleh perinium, embriologik sesuai dengan unsur urogenitalis.

e. Klitoris

Kira-kira sebesar kacang hijau, tertutup oleh preputium klitoris, dan terdiri atas glans klitoris, korpus klitoris, dan dua krura yang menggantungkan klitoris ke ospubis.

f. Bulbus vestibule sinistra et dekstra

Terletak di bawah selaput lendir vulva, dekat ramus os pubis, besarnya 3-4 cm panjang, 1-2 cm lebar, mengandung banyak pembuluh darah.

g. Introitus vagina

Mempunyai bentuk dan ukuran yang berbeda, pada seorang Virgo selalu dilindungi oleh labia minor; jika bibir kecil dibuka, maka barulah dapat dilihat, ditutupi selaput dara (Himen).

h. Himen

Lapisan tipis berbentuk berbeda-beda, dari yang semilunar (bulan sabit) sampai berlubang-lubang, konsistensinya dari yang kaku sampai lunak.

i. Perineum

Terletak antar vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm

2. Alat genitalia interna

a. Vagina (kemaluan)

Merupakan penghubung antara introitus dan uterus, arahnya sejajar dengan arah dari pinggir atas simpisis ke promontorium. Dinding depan dan belakang berdekatan, sebelah dalam yang berlipat-lipat disebut rugae, ditengah-tengah ada bagian keras disebut columna rugarum.

b. Uterus

Berbentuk seperti buah alpukat atau buah peer yang sedikit gepeng kearah muka belakang, ukurannya sebesar telur ayam yang mempunyai rongga, dindingnya terdiri dari otot polos, ukuran panjang 7-7,5 cm, lebar 5,25 cm, tebal 2,5 cm, tebal dinding 1,25 cm. Letak uterus dalam keadaan fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terdiri atas : 1) fundus uteri ; 2) corpus uteri dan 3) serviks uteri. Dinding uterus terdiri dan: 1) endometrium di korpus uteri dan endoservik di serviks uteri ; 2) otot-otot polos dan 3) lapisan serosa, yakni peritoneum viserale.

c. Tuba Fallopii

Terdiri atas 1) pars interstisialis, bagian yang terdapat di dinding uterus ; 2) pars isthmic, bagian medial tuba yang sempit seluruhnya; 3) pars ampularis, bagian yang berbentuk sebagai saluran agak lebar, tempat konsepsi terjadi dan 4) infundibulum, bagian ujung tuba yang terbuka kearah abdomen dan mempunyai fimbria (untuk menangkap telur yang kemudian menyalurkan ke tuba).

d. Ovarium

Umumnya ada 2 indung telur kanan dan kiri, dengan mesovarium menggantung di belakang ligamentum latum, kiri dan kanan. Ovarium kurang lebih sebesar ibu jari tangan dengan ukuran panjang 4 cm, lebar dan tebal 1,5 cm. Pinggir atasnya berhubungan dengan mesovarium tempat pembuluh darah dan serabut saraf untuk ovarium. Pinggir bawahnya bebas. Permukaan belakangnya menuju ke atas dan belakang,

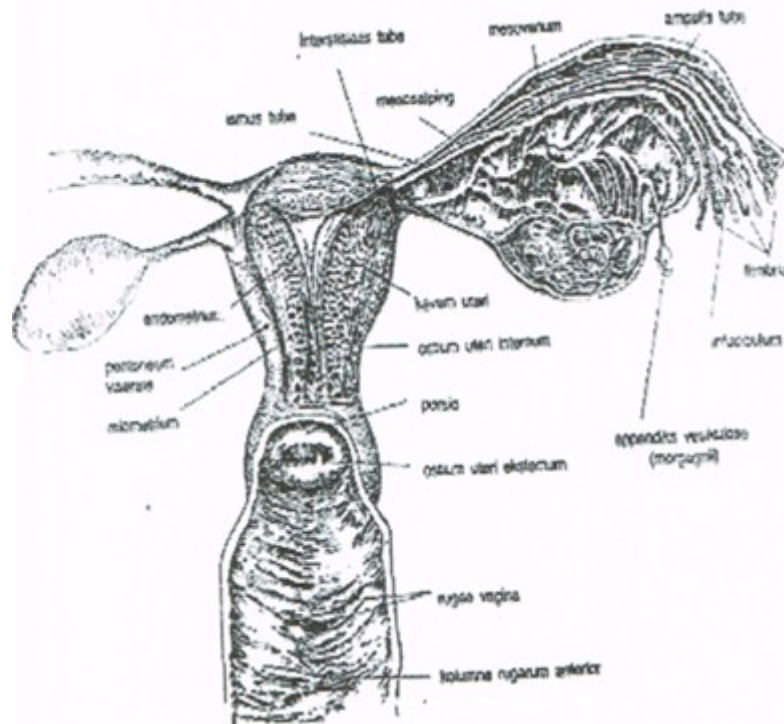
sedangkan permukaannya ke bawah dan depan. Ujung yang dekat dengan tuba terletak lebih tinggi dari pada ujung yang dekat pada uterus dan tidak jarang diselubungi oleh beberapa fimbria dari infundibulum.

Struktur ovarium terdiri atas : 1) korteks disebelah luar yang diliputi oleh epithelium gennativum yang berbentuk kunik, dan di dalam terdiri dari stroma serta folikel-folikel primordial dan 2) medulla, di sebelah dalam korteks tempat terdapatnya stroma dengan pembuluh-pembuluh darah, serabut saraf dan sedikit otot polos.

Pada wanita diperkirakan terdapat 100.000 folikel primer, tiap bulan satu folikel akan keluar kadang dua yang datang perkembangannya akan menjadi folikel de graf. Folikel mi menjadi bagian terpenting dari ovarium dan dapat dilihat di korteks ovarii dalam letak yang beraneka ragam dalam tingkatan perkembangan satu set telur dikelilingi oleh satu lapisan sel-sel saja sampai menjadi folikel de graf yang matang terisi dengan likuor follikuli, mengandung endogen siap untuk berovulasi.

Fotikel de Graf yang matang terdiri atas : 1) ovum, yaitu sel besar dengan diameter 0,1 mm, yang mempunyai nukleus dengan anyaman kromatin yang jelas sekali dan satu nukteoulus pula ; 2) stratum granulosum yang terdiri atas sel-sel granulose, yakni sel-sel bulat kecil dengan inti yang jetas pada pewarnaan dan mengelilingi ovum, pada perkembangan lebih lanjut terdapat di tengahnya suatu rongga terisi likuor follikuli ; 3) teka inferna, satu lapisan yang melingkari stratum granulosum dengan sel-sel lebih kecil daripada sel granulose dan 4)

diluar teka intema ditemukan teka ekstema, terbentuk oleh stroma ovarium yang terdesak.



Gambar 2.5 : Uterus, Tuba Fallopii, Ovarium (Wiknjastro, 2008)

1.4. Etiologi

Sampai sekarang ini penyebab dari Kista Ovarium belum sepenuhnya diketahui, tetapi beberapa teori menyebutkan adanya gangguan dalam pembentukan estrogen dan dalam mekanisme umpan balik ovarium hipotalamus. Beberapa dari literatur menyebutkan bahwa penyebab terbentuknya kista pada ovarium adalah gagalnya sel telur (folikel) untuk berovulasi. Fungsi ovarium yang normal tergantung kepada sejumlah hormon dan kegagalan pembentukan salah satu hormon tersebut bisa mempengaruhi fungsi ovarium. Ovarium tidak akan berfungsi secara

normal jika tubuh wanita tidak menghasilkan hormon hipofisis dalam jumlah yang tepat. Fungsi ovarium yang abnormal kadang menyebabkan penimbunan folikel yang berbentuk secara tidak sempurna di dalam ovarium. Folikel tersebut gagal mengalami pematangan dan gagal melepaskan sel telur, karena itu terbentuk kista di dalam ovarium.

Kista ovarium terbentuk oleh bermacam sebab. Penyebab inilah yang nantinya akan menentukan tipe dari kista. Diantara beberapa tipe kista ovarium, tipe folikuler merupakan tipe kista yang paling banyak ditemukan. Kista jenis ini terbentuk oleh karena pertumbuhan folikel ovarium yang tidak terkontrol.

Folikel adalah suatu rongga cairan yang normal terdapat dalam ovarium. Pada keadaan normal, folikel yang berisi sel telur ini akan terbuka saat siklus menstruasi untuk melepaskan sel telur. Namun pada beberapa kasus, folikel ini tidak terbuka sehingga menimbulkan bendungan cairan yang nantinya akan menjadi kista.

Cairan yang mengisi kista sebagian besar berupa darah yang keluar akibat dari perlukaan yang terjadi pada pembuluh darah kecil ovarium. Pada beberapa kasus, kista dapat pula diisi oleh jaringan abnormal tubuh seperti rambut dan gigi. Kista jenis ini disebut dengan Kista Dermoid. (Asri, 2008)

1.5. Patofisiologi

1. Kista non neoplasma
 - a. Kista non fungsional

Kista inkulsi dalam konteks yang dalam timbul ivaginasi dan permukaan epitelium yang berkurang. Biasanya tunggal atau multiple, berbentuk variabel dan terbatas pada cuboidal yang tipis, endometri atau epitelium tuba berkurang 1 cm sampai beberapa cm.

b. Kista fungsional

- 1) Kista folikel, kista di bentuk ketika folikel yang matang menjadi ruptur atau folikel yang tidak matang direabsorpsi cairan folikuler di antara siklus menstruasi. Bila ruptur menyebabkan nyeri akut pada pelvis, evaluasi lebih lanjut dengan USG atau laparaskopi. Operasi dilakukan pada wanita sebelum pubertas, setelah menopause atau kista lebih dari 8 cm.
- 2) Kista korpus luteum, terjadi karena bertambahnya sekresi progesterone setelah ovulasi. Ditandai dengan keterlambatan menstruasi atau menstruasi yang panjang, nyeri abdomen bawah pelvis. Jika ruptur perdarahan intraperitorial, terapinya adalah operasi ooverektomi,
- 3) Kista tuba lutein, ditemui pada kehamilan mola, terjadi pada 50 % dari semua kehamilan dibentuk sebagai basil lamanya stimulasi ovarium, berlebihnya HCG. Tindakanya adalah mengangkat mola.
- 4) Kista stein laventhal, disebabkan karena peningkatan kadar LH yang menyebabkan hiperstimuli ovarium dengan produk kista yang banyak. Hiperplasi endometrim atau kariokarsinoma dapat terjadi

pengobatan dengan kontrasepsi oral untuk menekan produksi dan oovorektomi.

2. Kista Neoplasma Jinak (Winkjosastro, 2008).
 - a. Kistoma ovarii simpleks. Kista ini bertangkai dan dapat menyebabkan torsi (putaran tingkai). Diduga kista ini adalah jenis kista denoma serosum yang kehilangan kelenjarnya karena tekanan cairan dalam kista. Tindakannya adalah pengangkatan kista dengan reseksi ovarium.
 - b. Kistoderoma ovarii musinosum. Asal kista ini belum pasti, namun diduga berasal dari suatu teratoma yang pertumbuhannya 1 elemen mengalahkan elemen yang lain atau berasal dari epitel germinativum.
 - c. Knistoderoma ovarii serosum. Berasal dari epitel permukaan ovarium (Germinal ovarium). Bila kista terdapat implantasi pada peritoneum disertai asites maka harus dianggap sebagai neoplasma yang ganas dan 30 % sampai 50 % akan mengalami keganasan.
 - d. Kista endometroid. Kista biasanya unilateral dengan permukaan hem, pada dinding dalam terdapat satu lapisan sel-sel yang menyerupai lapisan epitel endometrium,
 - e. Kista dermoid. Pada suatu teratoma kistik yang jinak dimana strukturstruktur ektoderma dengan diferensiasi sempurna seperti epitel kulit, rambut, gigi dan produk glandula sebacea putih menyerupai lemak nampak lebih menonjol dari pada elemen-elemen aktoderm. Tumor berasal dari set telur melalui proses pathogenesis

1.6. Manifestasi klinis

Sebagian besar kista ovarium tidak menimbulkan gejala sampai pada periode tertentu, hal ini disebabkan perjalanan penyakit ini berlangsung secara tersembunyi. Gejala umumnya sangat bervariasi dan tidak spesifik. Pada stadium awal dapat berupa gangguan haid. Jika tumor sudah menekan rektum atau kandung kemih mungkin terjadi konstipasi atau sering berkemih. Dapat juga terjadi peregangan atau penekanan daerah panggul yang menyebabkan nyeri spontan atau nyeri pada saat bersenggama.

Namun bila kista berkembang menjadi besar dan menimbulkan nyeri, bila kista terpelintir atau pecah akan menimbulkan rasa sakit terutama pada perut, kista berkembang menyebabkan perut terasa penuh, berat, kembung. Pada stadium lanjut gejala yang terjadi berhubungan dengan adanya asites (penimbunan cairan dalam rongga perut), penyebaran ke omentum (lemak perut), dan organ-organ di dalam rongga perut lainnya seperti usus-usus dan hati. Perut membuncit, kembung, mual, gangguan nafsu makan, gangguan buang air besar dan buang air kecil. Penumpukan cairan bisa juga terjadi pada rongga dada akibat penyebaran penyakit ke rongga dada yang mengakibatkan penderita sangat merasa sesak napas.

1.7. Komplikasi

Komplikasi dari kista adalah

1. Perdarahan ke dalam kista

Biasanya terjadi sedikit-sedikit, sehingga berangsur-angsur menyebabkan pembesaran kista dan menimbulkan gejala klinik yang

minimal. Akan tetapi bila pendarahan terjadi dalam jumlah banyak, akan terjadi distensi cepat dari kista yang menimbulkan nyeri perut mendadak.

2. Putaran tangkai

Dapat terjadi pada tumor bertangkai dengan diameter 5 cm. Putaran tangkai menyebabkan gangguan sirkulasi, adanya putaran tangkai menimbulkan tarikan melalui ligamentum infundibulopelvikum terhadap peritonium prietate dan ini menimbulkan rasa sakit, Karena vena lebih mudah tertekan, terjadilah pembendungan darah dalam tumor dengan akibat pembesaran tumor dan terjadi perdarahan didalamnya. Jika putaran tangkai berjalan terus akan terjadi nekrosis hemoragik dalam tumor, jika tidak diambil akan terjadi robekan dan perdarahan intraabdominal.

3. Infeksi pada tumor

Terjadi jika di dekat kista ada kuman patogen, seperti appendisitis, atau salpingitis.

4. Robek dinding kista

Terjadi pada torsi tangkai, tetapi dapat pula sebagai akibat trauma, seperti jatuh, atau pukulan di perut. Bila terjadi robekan disertai hemoragi maka akan terjadi perdarahan dan menimbulkan nyeri yang berlangsung terus menerus. Robekan dinding pada kistadenoma musinosum dapat mengakibatkan implantasi sel-sel kista dimana set tersebut mengeluarkan cairan musin yang mengisi rongga perut yang menyebabkan perlengketan dalam rongga perut. Keadaan ini dikenal dengan nama pseudomiksoma peritonei

5. Perubahan keganasan

Dapat terjadi pada beberapa kista seperti kistadenoma ovarii serosum, kistadenoma ovarii musinosum, oleh sebab itu, setelah diangkat perlu pemeriksaan yang seksama terhadap kemungkinan perubahan keganasan. Adanya asites dalam hal ini mencurigakan adanya anak sebar (metastasis) memperkuat diagnosis keganasan.

1.8. Penatalaksanaan

Pengobatan kista ovarium biasanya adalah pengangkatan melalui tindakan bedah bila ukurannya kurang dari 5 cm dan tampak terisi oleh cairan fisiologis pada pasien muda yang sehat. Kontrasepsi oral dapat digunakan untuk menekan aktivitas ovarium dan menghilangkan kista.

Sekitar 80 % lesi yang terjadi pada wanita berusia 29 tahun dan yang lebih muda adalah jinak, setelah 50 tahun hanya 50 % yang jinak. Perawatan paska operatif setelah pembedahan untuk mengangkat kista ovarium adalah serupa dengan perawatan setelah pembedahan abdomen dengan satu pengecualian. Penurunan tekanan intra abdomen yang diakibatkan oleh pengangkatan kista yang besar biasanya mengarah pada distensi abdomen yang berat. Komplikasi ini dapat dicegah sampai suatu tingkat dengan memberikan gurita abdomen yang ketat.

Ciri kista yang perlu dioperasi diantaranya dengan indikasi:

1. Kista berdiameter lebih besar dari 5 cm, dan telah diobservasi 6-8 minggu tanpa ada pengecilan tumor
2. Ada bagian padat dari dinding tumor

3. Dinding tumor bagian dalam berjonjot
4. Kista lebih besar dari 10 cm. ascites
5. Dugaan terpelintir atau pecah (Smeltzer, Suzanne, 2006)

2.2 Konsep Laparatomi

2.2.1 Definisi

Laparatomi adalah membuka dinding abdomen dan peritoneum (Wibowo, 2008). Sedangkan menurut Burnner dan Suddart (2006) Laparatomi adalah pembedahan perut sampai dengan membuka selaput perut.

2.2.2 Indikasi tindakan Laparatomi

Menurut Basuki (2006) Laparatomi dilakukan pada kasus :

1. Trauma abdomen, trauma tumpul maupun trauma tajam.
2. Paratomitif peradangan pada peritoneum
3. Pendarahan saluran pencernaan
4. Sumbatan pada usus halus dan usus besar
5. Masa pada abdomen tumor, kista dan lain-lain.

2.2.3 Faktor yang menentukan macam irisan Laparatomi

Faktor yang penting dalam melakukan laparatomi menurut Purhito (2010), adalah

1. Accessibility, dalam memilih tempat irisan harus diingat akan faktor keterdekatan dengan objek yang dituju

2. Extensibility, irisan harus dapat memungkinkan untuk diperluas bilamana diperlukan
3. Security, tempat irisan harus mempunyai kekuatan seperti sebelum operasi
4. Kosmetik, bila dapat luka irisan memberi cacat yang sebaik mungkin.

2.2.4 Macam irisan laparatomi

Menurut Wibowo (2005), ada beberapa macam irisan laparatomi diantaranya:

1. Irisan median supra atau intra umbilical

Merupakan pilihan utama pada kasus darurat, digunakan pada pembedahan lambung limpa, pancreas, hati, beberapa keuntungan dalam irisan ini adalah :

- a. sedikit sekali perdarahan waktu membuka abdomen
- b. tidak banyak memotong pembuluh-pembuluh darah
- c. tidak ada kerusakan otot karena di potong pada linea alba
- d. cepat membuka dan menutup
- e. dapat diperluas dengan cepat

irisan ini dimulai dari proses xyphoideus sampai 1 cm diatas umbilicus. Bila ligamentum falciformis mengganggu dapat diklem, dipotong dan diligasi.

2. Irisan garios tengah infra umbilical

Irisan dari umbilicus ke symphysis pubis. Dapat mudah diperluas ke atas umbilicus dengan melakukan irisan melingkari umbilicus ke kiri atau kekanan

3. Irisan paramedian

Dapat dilakukan di kanan atau kiri garis tengah dengan jarak kira-kira 2 – 5 cm dari garis tengah. Dimulai dari arkus costa ke arah kaudal sampai cukup untuk mengadakan eksplorasi maupun tindakan. Makin ke arah kaudal akan menemukan vasa epigastrica inferior yang harus dipotong dan diligasi. Irisan paramedian berguna untuk melakukan operasi pada colom ascendens dan descendens serta operasi system empedu dan hepar..

4. Irisan kocher subcostal

Dapat berupa irisan subcostal kanan dan kiri. Irisan subcostal kanan untuk operasi system empedu dan hati, irisan subcostal kiri untuk operasi splenektomi efektif.

5. Irisan garidiron

Dikerjakan untuk melakukan appendektomi

6. Irisan transversal

Dapat supra atau intra umbilical. Irisan ini hampir tidak memotong saraf atau otot dinding perut kecuali musculus rektus. Tetapi karena musculus rektus ini mempunyai banyak insertionum tendineum, tidak mengganggu kekuatan dinding abdomen

7. Irisan thorako abdominal

Dengan irisan ini dapat melihat sekaligus rongga abdomen dan rongga pleura, baik kanan maupun kiri. Hal ini di capai dengan memotong silang dan memotong arcus costae. Thorako abdominal kanan diperuntukkan untuk operasi hepar baik darurat maupun efektif, thorako abdominal kiri untuk operasi reseksi esophagus distal dan proksimal dari gaster.

8. Irisan pfannesotiel

Dipergunakan untuk melakukan operasi kandungan dan retropublik

2.2.5 Penyulis akibat laparatomi

Menurut Puruhito (2010) dalam melakukan laparatomi baik, irisan maupun penjahitan luka harus dilakukan dengan teknik yang benar. Bila terjadi kesalahan akan menimbulkan beberapa penyulit antara lain : Hematom, radang, abses benang, jarring perut yang jelek, hernia siklatrikalis dan membukanya kembali luka operasi.

2.3 Konsep Histerektomi

2.3.1 Pengertian

Istilah histerektomi berarti pengangkatan. Jika yang diangkat rahim, maka disebut histerektomi. Histerektomi adalah suatu prosedur operatif dimana seluruh organ dari uterus diangkat. Histerektomi merupakan suatu prosedur non obstetrik untuk wanita di negara Amerika Serikat. Histerektomi adalah operasi pengangkatan kandungan (rahim, uterus) seorang wanita, setelah menjalani histerektomi wanita tidak mungkin lagi untuk hamil. Operasi pengangkatan kandungan (histerektomi) merupakan

pilihan berat bagi seorang wanita. Pasalnya, tindakan medis ini menyebabkan kemandulan dan berbagai efek lainnya. Oleh karena itu, histerektomi hanya dilakukan pada penyakit-penyakit berat pada kandungan (uterus).

2.3.2 Syarat melakukan histerektomi adalah :

1. Umur ibu 35 tahun atau lebih.
2. Sudah memiliki anak hidup 3 orang atau lebih.

2.3.3 Indikasi Histerektomi

Alasan terbanyak dilakukan histerektomi karena Mioma uteri. Selain itu adanya perdarahan uterus abnormal, endometriosis, prolaps uteri (relaksasi pelvis) juga dilakukan histerektomi. Hanya 10 % dari kasus histerektomi dilakukan pada pasien dengan karsinoma. Artikel ini difokuskan secara primer untuk penggunaan histerektomi non kanker, non emergency yang mana melibatkan keputusan yang lebih menantang untuk wanita dan dokter-dokternya.

Fibrosis uteri (dikenal juga leiomioma) merupakan alasan terbanyak dilakukannya histerektomi. Leiomioma merupakan suatu perkembangan jinak (benigna) dari sel-sel otot uterus, namun etiologinya belum diketahui. Meskipun jinak dimana artinya tidak menyebabkan/berubah menjadi kanker, leiomioma ini dapat menyebabkan masalah secara medis, seperti perdarahan yang banyak, yang mana kadang-kadang diperlukan tindakan histerektomi. Relaksasi pelvis adalah kondisi lain yang menentukan tindakan

histerektomi. Pada kondisi ini wanita mengalami pengendoran dari otot-otot penyokong dan jaringan disekitar area pelvik. pengendoran ini dapat mengarah ke gejala-gejala seperti inkontensia urine (Unintensional Loss of Urine) dan mempengaruhi kemampuan seksual. Kehilangan urine ini dapat dicetuskan juga oleh bersin, batuk atau tertawa.

Kehamilan mungkin melibatkan peningkatan resiko dari relaksasi pelvis, meskipun tidak ada alasan yang tepat untuk menjelaskan hal tersebut. Histerektomi juga dilakukan untuk kasus-kasus karsinoma uteri/beberapa pre karsinoma (displasia). Histerektomi untuk karsinoma uteri merupakan tujuan yang tepat, dimana menghilangkan jaringan kanker dari tubuh. Prosedur ini merupakan prosedur dasar untuk penatalaksanaan karsinoma pada uterus.

Beberapa penyebab lain adalah :

1. Fibroid, yaitu tumor jinak rahim, terutama jika tumor ini menyebabkan perdarahan berkepanjangan, nyeri panggul, anemia, atau penekanan pada kandung kencing.
2. Kanker serviks, rahim atau ovarium
3. Endometriosis, dimana dinding rahim bagian dalam seharusnya tumbuh di rahim saja, tetapi ikut tumbuh di indung telur (ovarium), tuba Fallopi, atau organ perut dan rongga panggul lainnya.
4. Adenomyosis, kelainan di mana sel endometrium tumbuh hingga ke dalam dinding rahim (sering juga disebut endometriosis interna)
5. Prolapsus uteri, yaitu keluarnya kandungan melalui vagina.,

6. Inflamasi Pelvis karena infeksi

2.3.4 Pengobatan atau test untuk melaksanakan tindakan histerektomi

Untuk kasus-kasus nyeri pelvis, wanita biasanya tidak dianjurkan untuk di histerektomi. Namun penggunaan laparaskopi atau prosedur invasif lainnya digunakan untuk mencari penyebab dari nyeri tersebut. Pada kasus-kasus perdarahan abnormal uterus, bila dibutuhkan tindakan histerektomi, wanita/pasien tersebut dibutuhkan suatu sample dari jaringan uterus (biopsi endometrium). Untuk mengetahui ada tidaknya jaringan karsinoma/pre karsinoma dari uterus tersebut. Prosedur ini sering disebut sample endometriae. Pada wanita nyeri panggul/perdarahan percobaan pemberian terapi secara medikamentosa sering diberikan sebelum dipikirkan dilaksanakan histerektomi.

Maka dari itu wanita pada stadium pre menopause (masih punya periode menstrual reguler) yang mempunyai leiomioma dan menyebabkan perdarahan namun tidak menyebabkan nyeri, terapi Hormonal lebih sering dianjurkan daripada tindakan histerektomi. Jika wanita tersebut mempunyai perdarahan yang banyak sehingga menyebabkan gangguan pada aktifitas sehari-hari, berlanjut menyebabkan anemia, dan tidak mempunyai kelainan pada sampel endometriae, ia bisa dipertimbangkan untuk dilakukan histerektomi.

Pada wanita menopause (yang tidak mengalami periode menstrual secara permanen) dimana ia tidak ditemukan kelainan pada sample endometriummnya namun ia mempunyai perdarahan abnormal yang persisten,

setelah pemberian terapi hormonal dapat dipertimbangkan dilakukan histerektomi. Penyesuaian dosis/tipe dari hormon juga dibutuhkan saat diputuskan penggunaan terapi secara optimal pada beberapa wanita.

Histerektomi terbagi dalam beberapa jenis yaitu :

1. Histerektomi parsial (subtotal). Pada histerektomi jenis ini, kandungan diangkat tetapi mulut rahim (serviks) tetap ditinggal. Oleh karena itu, penderita masih dapat terkena kanker mulut rahim, sehingga masih perlu pemeriksaan Pap smear secara rutin.
2. Histerektomi total, yaitu mengangkat kandungan termasuk mulut rahim.
3. Histerektomi dan salpingo-ooforektomi bilateral, yaitu pengangkatan uterus, mulut rahim, kedua tuba fallopi, dan kedua ovarium. Pengangkatan ovarium menyebabkan keadaan seperti menopause.
4. Histerektomi radikal, dimana histerektomi diikuti dengan pengangkatan bagian atas vagina serta jaringan dan kelenjar limfe di sekitar kandungan. Operasi ini biasanya dilakukan pada beberapa jenis kanker tertentu.

2.3.5 Prosedur Histerektomi

Histerektomi dapat dilakukan melalui sayatan di perut bagian bawah atau vagina, dengan atau tanpa laparoskopi. Histerektomi lewat perut dilakukan melalui sayatan melintang seperti yang dilakukan pada operasi sesar. Histerektomi lewat vagina dilakukan dengan sayatan pada vagina bagian atas. Sebuah alat yang disebut laparoskop mungkin dimasukkan

melalui sayatan kecil di perut untuk membantu pengangkatan rahim lewat vagina. Histerektomi vagina lebih baik dibandingkan histerektomi perut karena lebih kecil risikonya dan lebih cepat pemulihannya. Namun demikian, keputusan melakukan histerektomi lewat perut atau vagina tidak didasarkan hanya pada indikasi penyakit tetapi juga pada pengalaman dan preferensi masing-masing ahli bedah.

Perlu diingat aturan utama sebelum dilakukan tipe histerektomi, wanita harus melalui beberapa test untuk memilih prosedur optimal yang akan digunakan :

1. Pemeriksaan panggul lengkap (Antropometri) termasuk mengevaluasi uterus di ovarium
2. Papsmear terbaru.
3. USG panggul, tergantung pada temuan diatas.

2.4 Konsep Dasar BSO (*Bilateral Salpingo Ooforektomi*)

Ooforektomi adalah mengeluarkan indung telur melalui pembedahan atau tindakan menghancurkan indung telur. Operasi ini juga disebut ovariektomi, namun istilah ini telah digunakan secara tradisional dalam penelitian ilmu dasar yang menggambarkan operasi pengangkatan indung telur pada hewan laboratorim. Pengangkatan indung telur pada wanita adalah setara biologis pengebirian pada manusia. Dalam ilmu kedokteran hewan, penghapusan lengkap dari indung telur, saluran telur, tanduk rahim, dan rahim disebut spaying dan merupakan bentuk sterilisasi. Pada manusia Ooforektomipaling sering dilakukan karena penyakit seperti kista ovarium atau kanker, sebagai profilaksis untuk mengurangi

kemungkinan terkena kanker ovarium atau kanker payudara, atau dalam hubungannya dengan pengangkatan rahim. Penghapusan ovarium bersama-sama dengan tabung tuba disebut salpingo Ooforektomi atau unilateral salpingo Ooforektomi(USO). Ketika kedua ovarium dan kedua tuba fallopii dihapus, istilah bilateral salpingo ooforektomi (BSO) digunakan.

Ooforektomi dan salpingo Ooforektomi bukanlah bentuk umum dari control kelahiran pada manusi, lebih biasa adalah ligasi tuba, dimana saluran telur tersumbat namun indung telur tetap utuh. Ketika dilakukan sendiri (tanpa histerektomi) suatu Ooforektomi umumnya dilakukan dengan laparatomi atau laparoskopi perut. Dalam banyak kasus, operasi pengangkatan indung telur dilakukan bersama dengan histerektomi.

Nama medis formal untuk menghilangkan saluran system reproduksi wanita (ovarium, saluran telur, rahim) adalah perut histeroktomi total dengan bilateral salpingo Ooforektomi(TAH-BSO) istilah yang lebih kasul untuk seperti operasi adalah ovariohysterectomy". The histerektomi" istilah ini sering digunakan untuk merujuk pada penghapusan dari setiap bagian dari system reproduksi wanita, termasuk hanya indung telur, namun definisi yang benar dari histerektomi adalah pengangkatan rahim tanpa pengangkatan indung telur atau saluran telur.

2.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Ultrasonografi

Dengan pemeriksaan mi dapat ditentukan letak batas tumor, apakah tumor berasal dari uterus, ovarium, atau kandung kencing, apakah

tumor kistik atau solid, dan dapatkah dibedakan pula antara cairan dalam rongga perut yang bebas dan yang tidak.

2. Laparoscopi

Dengan laparoscopi, alat teropong ringan dan tipis dimasukkan melalui pembedahan kecil di bawah pusar untuk melihat ovarium, menghisap cairan dari kista atau mengambil bahan percontohan untuk biopsi.

3. Foto Rontgen

Pemeriksaan mi berguna untuk menentukan adanya hidrotoraks. Selanjutnya, pada kista dermoid kadang-kadang dapat dilihat adanya gigi dalam tumor.

4. Parasentesis

Telah disebut bahwa fungsi pada asites berguna untuk menentukan sebab asites. Perlu diingat bahwa tindakan tersebut dapat mencemarkan kavum peritonium dengan isi kista bila dinding kista tertusuk.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengkajian Pre Operasi

Merupakan tahap awal dari proses keperawatan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien yang telah dikumpulkan.

1. Pengkajian

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis terorganisir dan meliputi unsur bio psiko social spriritual dalam proses pengkajian ada 2 tahap yaitu pengumpulan data dan analisa data (Tarwoto, 2010)

2. Pengumpulan data pre test

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari klien yang meliputi unsur bio psiko social spriritual yang komperhentif secara lengkap dan relevan untuk mengenal klien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan

- a. Identitas

Nama klien, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, umur, dapat terjadi pada wanita usia kurang 30 tahun. Kista fisiologis lazim di temukan pada usia subur sedangkan masalah lain lazim terjadi setelah menopause. (Darta M, 2010).

- b. Keluhan utama

Klien biasanya di tanya dengan keluhan nyeri perut bagian bawah dan menstruasi yang tidak teratur dan disertai nyeri (dysmenorhoe).

- c. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan utama yang dialami klien dari awal sakit kapan gejala tersebut muncul pertama kali tindakan penyembuhan selam di rumah termasuk obat-obatan yang didapat hingga saat pengkajian termasuk keluhan dan klinis klien saat pengkajian.

d. Riwayat penyakit yang dialami

Kaji adanya penyakit yang dialami klien misalnya diabetes mellitus, hipertensi, asma, tumor, maupun penyakit lainnya.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji adanya penyakit yang pernah dialami keluarga misalnya DM, HT, Asma. Kaji apakah ada keluarga yang pernah menderita kista ovarium atau penyakit kandungan lainnya. Dapat juga dikaji melalui genogram dan dari denogram tersebut dapat diidentifikasi mengenai penyakit turunan.

f. Riwayat reproduksi

Kaji tentang menarche klien seperti siklus menstruasi lamanya, banyaknya, adakah keluhan, saat menstruasi serta kapan terakhir menstruasi.

g. Aspek psikososial

Persepsi klien tentang dampak penyakit terhadap diri klien. Perasaan klien dan tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya.

h. Pola aktivitas sehari-hari

Adakah gangguan eliminasi BAB dan BAK adakah mual dan muntah karena adanya nyeri di perut.

i. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik umum berisi tentang keadaan umum klien kesadaran umum klien, TB, BB, Postur tubuh, dan tanda-tanda vital

(tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, suhu) pemeriksaan fisik khusus meliputi

1) Inspeksi

Muali dari kepala, wajah, mata, hidung, telinga, mulut, leher, ketiak, payudara, dada, abdomen, pelipatan paha, punggung, genetalia, ekstremitas atas dan bawah.

2) Palpasi

Dengan cara meraba terutama bagian leher, payudara, perut dan kaki

3) Perkusi

Dengan cara ketuk pada daerah perut dan patella

4) Auskultasi

Untuk mendengarkan bunyi suara pada paru-paru dan jantung serta perut klien

j. Data penunjang

1) USG, hasil akan tampak massa dicavum pelviks

2) Foto rontgen untuk menentukan adanya hidrothorak

3) Pemeriksaan darah (tumor marker / pertanda tumor) dilakukan pada kista dengan curiga keganasan.

4) Pemeriksaan laboratorium, untuk mengetahui kadar hemoglobin dan masa pembekuan darah bila ada pendarahan.

3. Analisa data

Dari hasil pengakjian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang akan timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnose keperawatan

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Pada kista ovarium dengan tindakan pelaksanaan operatif didapatkan diagnose keperawatan pre dan pasca operasi menurut Doenges (2000) dan Carpenito (2007).

a. Diagnosa Keperawatan 1

Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan distruksi jaringan syaraf akibat implementasi sel kanker

Tujuan : nyeri dapat berkurang atau hilang dalam waktu 3 x 24 jam

Kriteria hasil : melaporkan nyeri berkurang, skala nyeri berkurang, ekspresi wajah rileks, mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi napas dalam, aktivitas klien menjadi normal, keadaan umum baik, dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Intervensi dan rasional :

- 1) kaji karakteristik nyeri, perhatikan lokasi, kualitas nyeri, intensitas nyeri dan skala nyeri (skala 0 – 10)

R/ perubahan lokasi, intensitas atau karakteristik nyeri dapat mengidentifikasi terjadinya komplikasi

- 2) observasi keadaan umum dan TTV

R/ untuk mengetahui keadaan atau perkembangan dan kondisi klien

- 3) anjurkan klien untuk mengekspresikan rasa nyeri yang dirasakan

R/ dapat mengidentifikasi berat ringannya nyeri yang dirasakan oleh klien

- 4) jelaskan penyebab nyeri yang dirasakan

R/ memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan tentang nyeri

- 5) berikan lingkungan yang tenang dan posisi yang nyaman bagi klien

R/ lingkungan yang tenang dan posisi yang nyaman dapat mengurangi rasa nyeri

- 6) ajarkan dan anjurkan pada klien untuk melakukan dan relaksasi nafas dalam

R/ teknik relaksasi yang dirasakan klien hilang

- 7) kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesic

R/ analgesic dapat mengurangi rasa nyeri

b. Diagnose keperawatan 2

Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Tujuan : nutrisi terpenuhi dalam waktu 3 x 24 jam

Kriteria hasil : menunjukkan peningkatan berat badan progresif mencapai tujuan dengan nilai laboratorium normal. Tidak mengalami tanda malnutrisi lebih lanjut.

Intervensi dan rasional :

- 1) Ukur masukan diet harian dengan jumlah kalori

R/ memberikan informasi tentang kebutuhan pemasukan atau difisiensi

- 2) Timbang sesuai indikasi. Bandingkan perubahan status cairan, riwayat berat badan, ukur kulit trisep

R/ mungkin sulit menggunakan berat badan sebagai indikator langsung status nutrisi karena ada gambaran edema / asites. Lipatan kulit trisep berguna dalam mengkaji perubahan masa otot dan simpanan lemak subkutan.

- 3) Bantu dan dorong klien untuk makan, jelaskan arahan tipe diet. Beri klien makan bila klien mudah lelah atau biarkan orang terdekat membantu klien pertimbangkan pilihan makanan yang disukai.

R/ diet yang tepat penting untuk penyembuhan. Klien mungkin lebih baik bila keluarga terlibat dan makanan yang disukai sebanyak mungkin

- 4) Dorong klien untuk makan semua makanan dan makanan tambahan

R/ klien mungkin hanya makan sedikit gigitan karena kehilangan minat pada makanan dan mengalami mual, kelemahan umum, malaise

- 5) Berikan makanan sedikit dan sering.

R/ bueurnya toleransi terhadap makanan banyak mungkin berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdomen

- 6) Berikan tambahan garam bila di ijin, hindari mengandung ammonium.

R/ tambahan garam meningkatkan rasa makanan dan bantu meningkatkan selera makan, ammonia potensial resiko ensevalopati

7) Berikan perawatan mulut dan sebelum makan

R/ klien cenderung mngelamai luka dan atau perdarahan gusi dan rasa tidak enak pada mulut dimana menambah anoreksia.

c. Diagnosa keperawatan 3

Difisit pengetahuan

Tujuan : pengetahuan klien bertambah dalam waktu 1 x 30 menit

Criteria hasil : menyatakan pemahaman tentang penyakit, klien dapat menjelaskan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta penatalaksanaan tentang penyakitnya, berpartisipasi dalam program pengobatan

Rencana tindakan dan rasional :

1) kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakitnya.

R/ mengetahui seberapa jauh pengalaman dan pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakitnya

2) Berikan penjelasan tentang penyakitnya pengobatan serta kondisinya sekarang.

R/ untuk memberikan informasi pada klien guna menambah pengetahuan klien tentang penyakitnya

- 3) Minta klien dan keluarga mengulangi kembali tentang materi yang sudah diberikan.

R/ mengetahui seberapa jauh pemahaman klien dan keluarga tentang penyakit yang dialami serta menilai keberhasilan dari tindakan yang dilakukan.

2.6.3 Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien pada saat itu. Pada diagnose keperawatan ketidak efektifan pola nafas dilakukan tindakan keperawatan mengkaji karakteristik pernafasan klien, melatih klien batuk efektif, memberikan oksigen, membantu klien fisioterapi dada.

Pada diagnose keperawatan gangguan pertukaran gas dilakukan tindakan keperawatan memantau tanda-tanda vital dan GDA, mengkaji tingkat kesadaran klien, memberikan oksigen. Pada diagnose keperawatan retensi urine dilakukan tindakan keperawatan mengkaji karakteristik urine, melakukan perawatan perineal dan perawatan kateter. Pada diagnose keperawatan konstipasi dilakukan tindakan keperawatan mengkaji bising usus, mendorong pemasukan yang adekuat, memberikan laksatif.

Pada diagnose keperawatan hipertermi dilakukan tindakan keperawatan memantau tanda-tanda vital, memberikan kompres hangat,

memberikan antiseptic. Pada diagnose keperawatan nyeri dilakukan tindakan keperawatan mengkaji karakteristik nyeri, mengobservasi keadaan umum klien dan tanda-tanda vital, memberikan posisi yang nyaman, mengajarkan teknik relaksasi, distraksi dan massage dan pemberian analgetik. Pada diagnose ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dilakukan tindakan keperawatan mengukur masukan diet harian, mendorong klien untuk makan, memberikan makanan sedikit tapi sering. Pada diagnose keperawatan intoleransi aktivitas dilakukan tindakan keperawatan mengevaluasi respon klien terhadap aktivitas, memberikan lingkungan yang tenang, menganjurkan klien untuk istirahat, membantu klien perawatan diri.

Pada diagnose keperawatan deficit pengetahuan dilakukan tindakan keperawatan mengkaji pengetahuan klien, memberikan penjelasan tentang penyakit, pengobatan dan kondisi klien saat ini. Pada diagnose keperawatan resiko aspirasi dilakukan tindakan keperawatan mengkaji status pernafasan klien, memantautanda-tanda vital dan melakukan penghisapan / suction bila perlu. Pada diagnose keperawatan defisit perawatan diri dilakukan tindakan keperawatan mengobservasi tingkat fungsional klien, membantu klien melakukan hygiene tiap hari. Pada diagnose keperawatan resiko cedera dilakukan tindakan keperawatan mengatur posisi yang tepat, memperhatikan penempatan lengan dan tungkai, memasang restrain. Pada diagnose keperawatan resiko konstipasi dilakukan tindakan keperawatan mengkaji bising usus klien, menganjurkan pemasukan cairan 2,5 liter perhari,

memberikan laksatif, memprogram latihan fisik ringan. Pada diagnose keperawatan resiko infeksi dilakukan tindakan keperawatan mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, memakai hansuncu saat melakukan tindakan, melakukan perawatan luka secara aseptik.

2.6.4 Evaluasi

Dilakukan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, nyeri, konstipasi dan resiko, dan resiko infeksi teratasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 60 menit diharapkan masalah ketidak efektifan pola nafas, gangguan pertukaran gas, hipertermi, resiko aspirasi teratasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 60 menit diharapkan masalah resiko cedera teratasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan masalah deficit perawatan diri teratasi dan deficit pengetahuan diharapkan teratasi dalam waktu 1 x 30 menit.

Setelah dilakukan tindakan selama 2 x 24 jam tujuan yang ingin dicapai sebagai berikut :

1. Rasa nyeri sudah hilang
2. Tidak ada gangguan eliminasi
3. Keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dapat terpenuhi

4. Ansietas berkurang samapai tingkat diatasi

2.6.5 Pengkajian post operasi

Merupakan tahap awal dari proses keperawatan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien yang telah dikumpulkan.

1. Pengumpulan Data Post Operasi

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur bio-psiko-spiritual yang komperhensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan

2. Identitas.

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama dan alamat, diagnose medis serta data penanggung jawab. Merupakan kista paling banyak pada wanita usia 20-40 th.

3. Keluhan utama.

Biasanya klien merasa nyeri pada daerah perut dan terasa dan masa di daerah abdomen, mual, perdarahan.

4. Riwayat penyakit dahulu.

Merupakan data yang diperlukan untuk mengetahui kondisi kesehatan klien sebelum menderita penyakit sekarang, seperti pernah mengalami kista, kanker atau tumor pada orang lain.

5. Riwayat penyakit sekarang.

Merupakan data yang diperlukan untuk mengetahui kondisi kesehatan klien saat ini. Keluhan yang dirasakan klien post operasi biasanya nyeri sebagai efek dari pembedahan seperti : cemas, gangguan aktifitas, dan gangguan nutrisi.

6. Riwayat kesehatan keluarga.

Apakah keluarga klien ada yang menderita penyakit seperti yang diderita Mien, dan untuk menentukan apakah ada penyebab herediter atau tidak.

7. Riwayat perkawinan

Jumlah perkawinan dan lama perkawinan merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya kista ovarium.

8. Riwayat kehamilan dan persalinan.

Dengan kehamilan dan persalinan atau tidak, hal ini mempengaruhi untuk tumbuh atau tidaknya suatu kista ovarium.

9. Riwayat menstruasi

Klien dengan kista ovarium kadang - kadang terjadi digumenorhea dan bahkan sampai amenorrhea.

10. Pemeriksaan fisik

Dilakukan mulai dari kepala sampai ekstermitas bawah secara sistematis

a. Kepala

Hygiene rambut, keadaan rambut

b. Mata

Sklera : ikterik atau tidak

Konjungtiva: anemis atau tidak

Mata: simetris atau tidak

c. Leher

Ada atau tidak pembengkakan kelenjar tyroid

Ada atau tidaknya tekanan vena jugularis

d. Dada

Pernafasan :Jenis pernafasan,bunyi nafas, penarikan sela iga

e. Abdomen

Nyeri tekan pada abdomen, masih teraba massa/tidak pada abdomen

f. Ekstermitas

Nyeri pada saat beraktifitas, tidak ada kelemahan

g. Eliminasi

BAK :wama,jumlah, bau BAB :wama, bau, konsistensi

11. Data Sosial Ekonomi

Kista ovarium dapat terjadi pada semua golongan masyarakat dan berbagai tingkat umur, baik sebelum masa pubertas maupun sebelum menopause.

12. Data Spiritual

Menjalankan kegiatan keagamaanya sesuai dengan kepercayaannya.

13. Data Psikologis

Klien dengan post operasi tumor ovarium mengalami cemas terhadap segala hal yang terjadi mengenai penyakitnya misalnya cemas akan perawatan luka bekas operasi karena kurang pengetahuan klien.

13. Pola kebiasaan sehari - hari

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

2.6.6 Diagnosa keperawatan

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan luka post operasi
2. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif dan pembedahan
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan imobilitas (nyeri paska pembedahan)
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pengangkatan bedah kulit (jaringan, perubahan sirkulasi).

2.6.7 Perencanaan

Perencanaan dibuat berdasarkan prioritas masalah adapun urutan prioritasnya adalah sebagai berikut:

1) Dx. Keperawatan 1

Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan luka post operasi

Tujuan Rasa nyeri pasien berkurang

Kriteria hasil : pasien mengatakan nyeri berkurang atau hilang, pasien tidak meringis

Intevensi

1. Observasi dan catat lokasi, skala (skala 0-10) dan karakter nyeri (menetap, hilang timbul, kolik)

R/ Membantu membedakan penyebab nyeri dan memberikan informasi tentang kemajuan spasme dan nyeri otot atau perbaikan penyakit, terjadinya komplikasi dan keefektifan terapi

2. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Pengalihan perhatian terhadap nyeri yang dirasakan

3. Observasi vital sign setiap 6jam

R/ Respon nyeri meliputi perubahan pada tekanan darah, nadi dan pernafasan yang berhubungan dengan keluhan dan tanda vital memerlukan evaluasi lanjut.

4. Kolaborasi dalam pemberian analgetik

R/ analgetik dapat menghilangkan spasme dan nyeri otot.

2) Dx.Keperawatan 2

Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif dan pembedahan

Tujuan : Infeksi tidak terjadi

Kriteria hasil tidak ada tanda-tanda infeksi

Intervensi

1. Kaji tanda vital terutama suhu

R/ Peningkatan suhu dapat mengindikasikan terjadinya infeksi

2. Pantau tanda- tanda infeksi (kalor,dolor,rubor,tumor,fungsiolesa)

R/ Merupakan tanda - tanda infeksi

3. Tingkatkan prosedur mencuci tangan yang baik terhadap staf dan pengunjung

R/ Melindungi pasien dari sumber-sumber infeksi

4. Tekankan higiene personal

R/ Membantu potensial sumber infeksi dan/pertumbuhan sekunder

5. Hindari/batasi prosedur invasif, taati teknik aseptik

R/ Menurunkan resiko kontaminasi, membatasi entri portal terhadap agen infeksi

6. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik sesuai indikasi

R/ Antibiotik merupakan obat pencegah infeksi

3) Dx Keperawatan 3

Defisit perawatan diri berhubungan dengan imobilitas (nyeri paska pembedahan)

Tujuan :Defisit perawatan diri tidak terjadi setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam.

Kriteria hasil

1. Klien dapat mandi sendiri
2. Klien bebas dari bau
3. Klien tampak menunjukkan kebersihan
4. Klien nyaman

Intervensi

1. Kaji defisit perawatan diri klien

R/ Untuk mengetahui tingkat defisit perawatan klien

2. Anjurkan keluarga untuk menyeka klien pagi dan sore hari

R/ Agar kebersihan diri tetap terjaga

3. Anjurkan keluarga untuk mengganti pakaian klien 2x sehari

R/ Agar klien merasa nyaman

4. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya kebersihan post operasi.

R/ untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang personal hygiene post operasi

4) Dx Keperawatan 4

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pengangkatan bedah kulit (jaringan, perubahan sirkulasi).

Tujuan : Luka operasi mencapai penyembuhan setelah tindakan keperawatan 2 x 24 jam.

Kriteria hasil

1. Tercapainya penyembuhan luka
2. Mencegah komplikasi
3. Tidak timbul jaringan parut

Intervensi

1. Periksa luka secara teratur, catat karakteristik dan integritas kulit.

R/ Mengobservasi adanya kegagalan proses penyembuhan luka

2. Anjurkan pasien untuk tidak menyentuh daerah luka

R/ Mencegah kontaminasi luka

3. Secara hati-hati lepaskan perekat dan pembalut saat mengganti balutan

R/ Mengurangi resiko trauma kulit.

4. Kolaborasi Pemberian antibiotik

R/ Diberikan secara profilaksis atau untuk mengobati infeksi khusus dan meningkatkan penyembuhan.

2.6.8 Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan merupakan implementasi dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya, berdasarkan prioritas yang telah dibuat dimana tindakan yang diberikan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi

2.6.9 Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam tujuan yang ingin tercapai sebagai berikut:

1. Rasa nyeri berkurang
2. Infeksi tidak terjadi
3. Defisit perawatan diri tidak terjadi
4. Luka operasi mencapai penyembuhan

Gambar 2.6

WOC

Faktor Internal

Faktor geneti, wanita yang menderita kanker payudara, riwayat kanker kalon gangguan hormonal)

Faktor eksternal

(diet tinggi lemak, merokok, minum alkohol)

Gagal sel telur ber evolusi

Gangguan hormon

Menghasilkan hormone hipoksia abnormal

Pematangan gagal dan gagal melepaskan sel telur

Kista ovarium

Pre operasi

post operasi

Pembesaran ovarium

Kurang informasi

Luka operasi

sirkulasi darah

Immobilisasi

Menahan organ sekitar

Kurang pengetahuan

Diskontinuitas jaringan

Peristaltik usus

Tekanan saraf sel tumor

Pembesaran diameter >10cm

rasa sebah di perut

Imunitas tubuh

menekan usus

mual muntah dan anus

Anoreksia

Intake tidak adekuat