

# **BAB I**

## **KONSEP DASAR**

### **A. PENGERTIAN**

*Kistoma* adalah tumor berupa kantong berisi cairan atau setengah cairan (Mardiana, 2000).

*Ovarium* adalah organ dalam reproduksi wanita yang menghasilkan sel telur atau ovum (Prawiroharjo, 1999).

Berdasarkan pengertian tersebut dapat di ambil kesimpulan *kistoma ovarii* merupakan jaringan yang terdapat pada organ ovarium yang dapat mengganggu fungsi normal dari ovarium maupun saluran reproduksi lainnya.

### **B. ETIOLOGI**

Penyebab dari *kista ovarii* sampai saat ini belum jelas di ketahui tetapi ada *kista* lain yang di sebabkan karena radang dan akibat dari komplikasi tumor yang lain (Prawiroharjo, 1999), antara lain :

#### 1. Kista Folikel.

Kista ini berasal dari folikel de graf yang tidak sampai ber-ovulasi namun tubuh terus menjadi kista folikel, atau dari beberapa folikel primer yang setelah tumbuh di bawah pengaruh estrogen tidak mengalami proses atresia yang lazim melainkan menjadi kista.

2. Kista Korpus Luteum.

Dalam keadaan normal korpus luteum lambat laun mengecil dan menjadi korpus albicans kadang-kadang korpus luteum mempertahankan diri (korpus luteum persistens), perdarahan yang sering terjadi di dalamnya menyebabkan terjadinya *kista* dan berisi cairan yang berwarna merah coklat karena darah tua.

3. Kista Teka Lutein.

Kista ini biasanya bilateral dan bisa menjadi sebesar tinju, tumbuhnya *kista* ini ialah akibat pengaruh hormon koriongonadotropin yang berlebihan dan dengan hilangnya mola atau koreokarsinoma, ovarium mengecil spontan.

4. Kista Inkulsi Germinal.

Kista ini menjadi karena invaginasi dan isolasi bagian-bagian kecil dari epitel germinatum pada permukaan ovarium.

5. Kista Endometrium.

Kista ini akibat dari peradangan endometrium yang berlokasi di ovarium.

6. Kista Stein Lavental.

Kista ini kiranya di sebabkan oleh gangguan keseimbangan hormonal.

7. Kistoma Ovari Simplek.

Kista ini mempunyai permukaan rata dan halus, biasanya bertangkai, sering kali bilateral dan dapat menjadi besar, di duga bahwa kista ini suatu jenis kistodenoma serosum yang kehilangan epitel kelenjarnya berhubungan dengan adanya tekanan cairan di dalam kista.

8. Kistadenoma Ovari Musinosim.

Asal kista ini belum jelas di ketahui dengan pasti, ada penulis yang berpendapat bahwa kista ini dari epitel germinatikum.

9. Kistadenoma Ovari Serosum.

Kista ini berasal dari epitel germinatikum (permukaan Ovarium).

10. Kista Dermoid.

Kista ini di duga berasal dari sel telur melalui proses partogenesis.

### C. PATOFISIOLOGI

Gambaran dari kista ini terdiri dari folikel-folikel pra ovulasi yang mengalami atresia dan berdegenerasi pada ovarium, di ovarium ini folikel-folikel ini tidak mengalami ovulasi karena kadar hormon FSH rendah dan hormon LH tinggi pada keadaan yang tetap ini menyebabkan pembentukan androgen dan estrogen oleh folikel dan kelenjar adrenal yang mengakibatkan folikel anovulasi dan berdegenerasi dan membentuk kista. Kista ovarium dapat menimbulkan komplikasi berupa infertilitas akibat tidak adanya ovulasi dan beresiko terjadinya pembentukan tumor-tumor dependen di payudara endometrium (J. Charwim, 1997).

Penatalaksanaan pada kista ovarium adalah dengan pengangkatan kista dengan cara melakukan reseksi pada bagian ovarium yang mengandung kista, akan tetapi jika kista besar atau ada komplikasi perlu dilakukan pengangkatan ovarium. Biasanya di sertai dengan pengangkatan tuba (*salpingo-oofarektomi*). Pada saat melakukan pembedahan kedua

ovarium harus di periksa untuk mengetahui apakah kista di temukan pada satu atau pada dua ovarium (Prawiroharjo, 1999).

#### **D. TANDA DAN GEJALA**

Banyak tumor ovarium tidak menunjukkan gejala dan tanda, terutama tumor ovarium yang kecil, sebagian tanda dan gejala akibat dari pertumbuhan, aktivitas endokrin atau komplikasi tumor-tumor tersebut (Prawiroharjo, 1999).

Pertumbuhan tumor ovarium dapat memberi gejala karena besarnya, terdapat perubahan hormonal atau penyakit yang terjadi, tumor jinak ovarium yang diameternya kecil sering di temukan secara kebetulan dan tidak memberikan gejala klinik yang berarti (Manuaba, 1998).

Gejala akibat tumor ovarium dapat di jabarkan sebagai berikut :

1. Gejala akibat pertumbuhan.

Dapat menimbulkan rasa berat di abdomen bagian bawah, sehingga mengakibatkan penekanan kandung kemih yang dapat menimbulkan gejala gangguan miksi, selain itu tekanan tumor dapat mengakibatkan obstipasi, edeme pada tungkai. Pada tumor yang besar dapat terjadi tidak nafsu makan dan rasa sesak.

2. Gejala akibat pertumbuhan hormonal.

Ovarium merupakan sumber hormon utama wanita, sehingga bila menjadi tumor menimbulkan gangguan terhadap siklus menstruasi yang dapat berupa amenore dan hipermenore.

3. Gejala akibat komplikasi yang terjadi pada tumor.

a. Perdarahan intra tumor.

Perdarahan yang mendadak dalam jumlah yang banyak akan terjadi ditensi cepat dari kista yang dapat menimbulkan nyeri perut mendadak.

b. Putaran tungkai.

Tumor yang bertungkai sering terjadi putaran tungkai, apabila putaran terjadi secara perlahan tidak menimbulkan nyeri, tetapi jika putaran terjadi secara mendadak dapat menimbulkan nyeri pada abdomen.

c. Terjadi infeksi pada tumor.

Interaksi dapat terjadi jika tumor dekat dengan sumber kuman patogen seperti appendiksitis.

d. Robekan dinding kista.

Terjadi robekan di sebakam karena teori tungkai kista yang akan berkibat isi kista tumpah ke dalam ruangan abdomen.

e. Perubahan keganasan.

Keganasan kista di jumpai pada usia sebelum menarchea dan di atas usia 45 tahun (Manuaba, 1998).

## **E. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**

Pemeriksaan penunjang yang dapat di lakukan pada pasien dengan kista ovarium adalah :

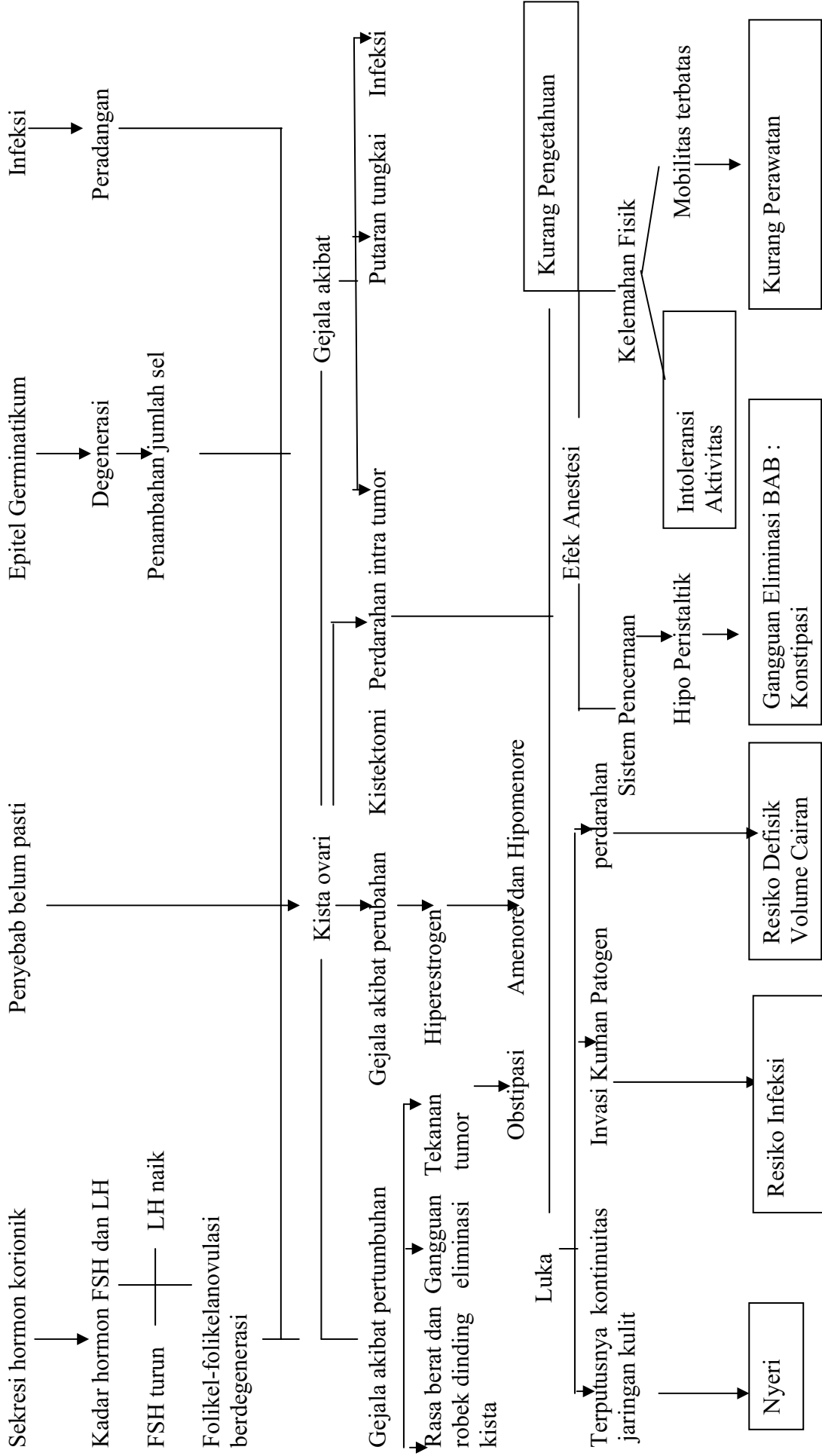
a. Laparaskopi.

Pemeriksaan ini dapat berguna untuk mengetahui apakah sumber tumor berasal dari ovarium atau tidak, dan untuk menentukan sifat-sifat tumor itu.

b. Ultrasonografi.

Dengan pemeriksaan ini dapat di tentukan letak dan batas tumor, apakah tumor berasal dari uterus, ovarium atau kandung kemih, apakah tumor kistik atau solid dan dapat di bedakan pula antara cairan dalam rongga perut yang bebas dan yang tidak.

# F PATHWAY



## **G FOKUS INTERVENSI**

1. Nyeri berhubungan dengan insisi pembedahan (Kathryn, 1995).

Tujuan : Nyeri berkurang atau hilang.

Intervensi :

- a. Kaji ulang lokasi, skala dan karakteristik nyeri.
  - b. Monitor tanda-tanda vital.
  - c. Ajarkan teknik relaksasi (Nafas Dalam), bila nyeri muncul.
  - d. Kompres daerah sekitar nyeri.
  - e. Kolaborasi dalam pemberian oralgetik.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan insisi kuman patogen pada luka (Tucker, 1999).

Tujuan : Infeksi tidak terjadi.

Intervensi :

- a. Kaji tanda-tanda infeksi.
  - b. Observasi keadaan umum.
  - c. Lakukan perawatan luka dengan teknik *aseptik* dan *antiseptik*.
  - d. Kaji adanya tanda-tanda infeksi (*Dolor, Kolor, Rubor, Tumor, Functio Laesa*).
  - e. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
  - f. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik.
3. Gangguan konstipasi berhubungan dengan efek anestesi (Tucker, 1999).
- Tujuan : Pasien mengalami defekasi dalam tiga-empat hari setelah pembedahan.



Intervensi :

- a. Anjurkan pasien ambulasi sesuai dengan kemampuan.
  - b. Tingkatkan masukan cairan 1000-2000 ml/hari.
  - c. Tingkatkan diet makanan yang tinggi serat.
  - d. Dengarkan bising usus.
  - e. Lakukan huknah atau beri pelunak feses.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik (Tucker, 1999).

Tujuan : Pasien dapat melakukan kembali.

Intervensi :

- a. Kaji kebutuhan individu terhadap aktivitas.
  - b. Beri bantuan sesuai dengan ketidakmampuan pasien.
  - c. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan.
  - d. Monitor perkembangan pasien.
5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi (Doengoes, 2000).

Tujuan : Mengutarakan pemahaman proses penyakit.

Intervensi ;

- a. Kaji tingkat pemahaman pasien.
- b. Berikan pendidikan kesehatan dengan menggunakan sumber-sumber pengajaran audio visual sesuai keadaan.
- c. Beri kesempatan untuk bertanya.

- d. Informasikan pasien atau orang terdekat mengenai rencana perjalanan, komunikasi dokter atau orang-orang terdekat.
6. Resiko devisit volume cairan berhubungan dengan perdarahan (Doengoes, 2000).

Tujuan : Devisit volume cairan tidak terjadi.

Intervensi :

- a. Observasi tanda-tanda vital.
  - b. Catat jumlah perdarahan.
  - c. Tingkatkan masukan cairan.
  - d. Ukur masukan dan pengeluaran.
  - e. Kaji turgor kulit.
7. Kurang perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan mobilitas (Carpeneto, 1999).

Tujuan : Perawatan diri terpenuhi.

Intervensi :

- a. Bantu pasien dalam personal hygiene.
- b. Kaji kebersihan pasien.
- c. Kaji kebutuhan pasien dengan merawat diri.
- d. Anjurkan pasien untuk menjaga kebersihan tubuh.
- e. Ganti pakaian yang bersih.