

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kista Ovarium

1. Pengertian

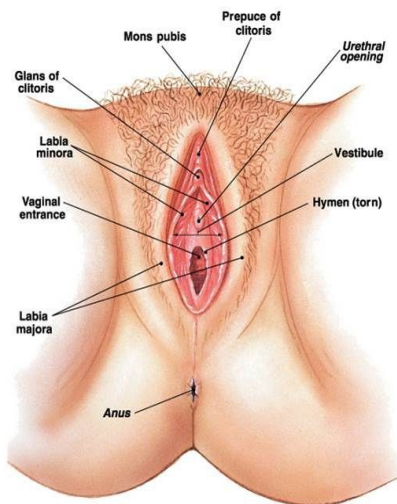
Kista ovarium merupakan perbesaran sederhana konstituen ovarium normal, folikel de graft, atau korpus luteum, atau kista ovarium dapat timbul akibat pertumbuhan abdomen dari epithelium ovarium (Arif mansjoer; 2000; h. 1556), Sedangkan menurut dwi widiarti, dkk (2011; h. 561) kista ovarium adalah kantong non neoplastik pada satu ovarium yang mengandung cairan atau materi semi padat dan dr. Faisal yatim DTM & H, MPH (2005; h.17) menjelaskan bahwa indung telur adalah rongga berbentuk kantong berisi cairan di dalam jaringan ovarium, kista ini disebut juga kista fungsional karena terbentuk setelah telur dilepaskan sewaktu ovulasi.

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kista ovarium adalah Kantong non neoplastik pada satu ovarium yang mengandung cairan atau materi semi padat atau perbesaran sederhana konstituen ovarium normal, folikel de graft, atau korpus luteum, atau kista ovarium dapat timbul akibat pertumbuhan abdomen dari epithelium ovarium.

2. Anatomi Fisiologi

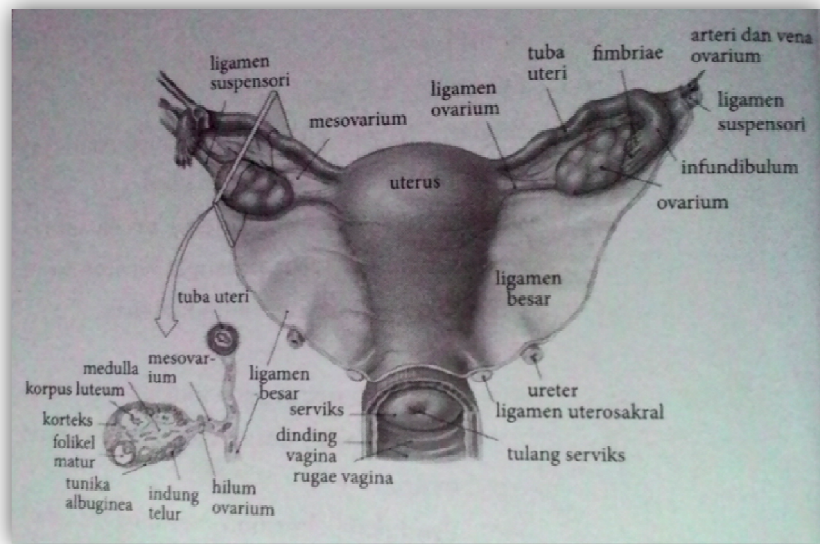
a. Anatomi

Sistem reproduksi wanita terdiri dari organ interna, yang terletak di dalam rongga pelvis dan ditopang oleh lantai pelvis, dan genital eksterna, yang terletak diperineum. Struktur reproduksi interna dan eksterna wanita berkembang dan menjadi matur akibat rangsangan hormone estrogen dan progesterone. Hormon ini dihasilkan sejak awal kehidupan dan berlanjut terus sampai masa pubertas dan masa usia subur. Struktur reproduksi ini mengalami atrofi (ukuran mengecil) seiring peningkatan usia atau bila produksi hormon ovarium menurun. Persyarafan yang kompleks dan luas serta suplai darah yang banyak mendukung fungsi struktur - struktur ini (Syaifuddin, 2006).



Gambar 2.1 Anatomi genetalia eksterna wanita

Sumber : Ratna hidayati (2009)



Gambar 2.2 Anatomi genetalia interna wanita

Sumber: Ratna hidayati (2009)

Ovarium merupakan kelenjar berbentuk buah kenari yang mempunyai panjang 3 sampai 5 cm, lebar 2 sampai 3 cm, dan tebal 1 cm, terletak pada dinding samping rongga pelvis posterior dalam sebuah ceruk dangkal yaitu fosa ovarian, dan ditahan dalam posisi tersebut oleh mesentrim pelvis (lipatan peritoneum antara peritoneum viseral dan peritoneum parietal). Ovarium adalah salah satu-satunya organ dalam rongga pelvis yang retroperitoneal (terletak di belakang peritoneum). Dua fungsi ovarium ialah menyelenggarakan ovulasi dan memproduksi hormone (Ethel Sloane, 2003). Perempuan pada umumnya mempunyai 2 indung telur kanan dan kiri, dilapisi epithelium germinal (permukaan). Jaringan ikat ovarium disebut stroma. Struktur ovarium terdiri atas:

(1) korteks

korteks adalah bagian luar yang diliputi oleh epithelium germinativum berbentuk kubik dan di dalamnya terdiri atas stroma serta folikel-folikel primordial.

(2) Medulla

Medulla adalah bagian disebelah dalam korteks tempat terdapatnya stroma dengan pembuluh-pembuluh darah, serabut-serabut saraf, dan sedikit otot polos (Winjosastro, 2009).

Diperkirakan pada perempuan terdapat kira-kira 100.000 folikel primer. Tiap bulan satu folikel akan keluar, kadang-kadang dua folikel, yang dalam perkembangannya akan menjadi folikel de graaf. Folikel ini merupakan bagian terpenting dari ovarium yang dapat dilihat di korteks ovarii dalam letak yang beraneka-ragam dan dalam tingkat-tingkat perkembangan yang berbeda-beda, yaitu dari satu telur yang dikelilingi oleh satu lapisan sel-sel saja sampai menjadi folikel de graaf yang matang terisi dengan liquor folliculi, mengandung estrogen dan siap untuk berovulasi. Folikel de graaf yang matang terdiri atas:

(1) Ovum

Ovum yakni suatu sel besar dengan diameter 0,1 mm yang mempunyai nukleus dengan anyaman kromatin yang jelas sekali dan satu nukleolus pula.

(2) Stratum granulosum

Stratum granulosum terdiri atas sel-sel granulosa yakni sel-sel bulat kecil dengan inti yang jelas pada pewarnaan dan

mengelilingi ovum, perkembangan lebih lanjut ditengahnya terdapat suatu rongga berisi liquor folliculi.

(3) Teka interna

Yaitu suatu lapisan yang melingkari stratum granulosum dan sel-sel lebih kecil daripada sel granulosa.

(4) Teka eksterna

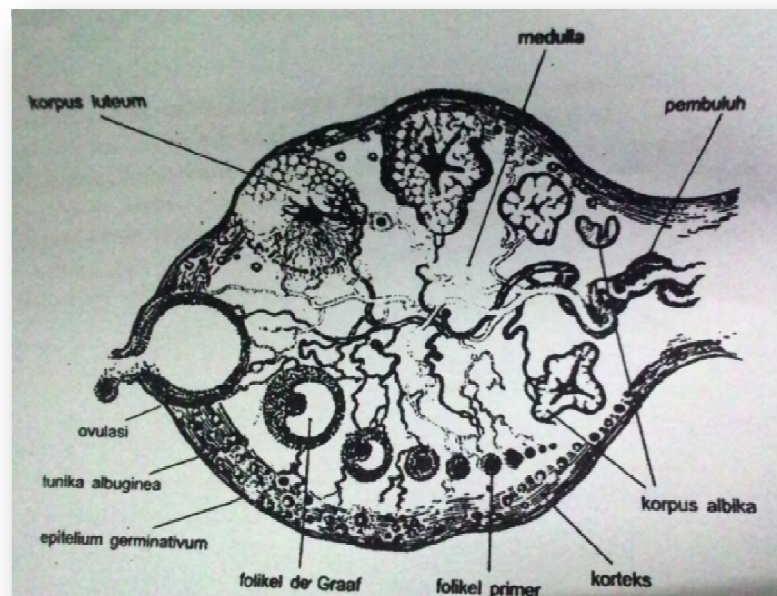
Yaitu diluar teka interna yang terbentuk oleh stroma ovarium yang terdesak (Winjosastro, 2009).

b. Fisiologi

Dalam ovarium terdapat sel-sel telur muda yang dikelilingi oleh sel gepeng bangunan ini disebut *folikel primordial*. Pada waktu pubertas karena hormone dari lobus anterior hipofise yaitu FSH, *Folikel primordial* mulai tumbuh walaupun hanya satu yang masak kemudian pecah dan yang lainnya mati. Pada pemasakkan folikel primordial mula-mula sel-sel sekeliling ovum berlipat ganda kemudian timbul diantara sel-sel rongga yang berisi cairan folliculi. Ovum terdesak ke pinggir dan terdapat di tengah tumpukkan sel yang menonjol ke dalam rongga folikel, tumpukkan sel dengan sel telur didalamnya disebut *cumulus ophurus*. Antara sel telur dan sel sekitarnya terdapat zona pellucid. Sel-sel granulose lainnya membatasi ruang folikel yang disebut membran. Dengan tumbuhnya folikel jaringan ovarium sekitar folikel tersebut terdesak keluar dan membentuk dua lapisan yaitu theca interna yang banyak mengandung pembuluh darah dan theca eksterna terdiri dari jaringan ikat padat. Folikel yang masak disebut *folikel de graaf* menghasilkan estrogen

tempat permukaan hormon ini pada theca interna. Sebelum pubertas terdapat pada lapisan dalam korteks ovarium dan tetap tinggal dilapisan tersebut.

Setelah pubertas folikel de graaf mendekati permukaan dan menonjol keluar karena ligamentum follikuli terbentuk terus maka tekanan dalam folikel makin lama makin tinggi. Tetapi untuk terjadinya ovulasi bukan hanya bergantung pada tekanan tinggi tersebut tetapi juga harus mengalami perubahan-perubahan nekrobiotik pada permukaan folikel. Awalnya sel-sel ovarium menjadi tipis hingga pada suatu waktu folikel akan pecah dan mengakibatkan keluarnya liquor follikuli bersama ovum. Keluarnya sel telur dari *follikel de graaf* pecah disebut ovulasi (Syarifuddin, 2006).



Gambar 2.3 ovarium dan folikel – folikel dalam berbagai tingkat perkembangan

Sumber: Wiknjosastro (2009)

3. Klasifikasi

Mochamad anwar (2014) membagi jenis kista menjadi dua yaitu

a. Tumor jinak jaringan ovarium

1) Tumor kistik ovarium

a) Kista folikel

Kista folikel merupakan kista yang paling sering ditemukan di ovarium dan biasanya berukuran sedikit lebih besar (3-8 cm) dari folikel pra ovulasi (2,5 cm). Kista ini terjadi karena kegagalan ovulasi (*LH surge*) dan kemudian cairan intrafolikel tidak diabsorpsi kembali. Pada beberapa keadaan kegagalan ovulasi juga dapat terjadi secara artifisial dimana gonadotropin diberikan secara berlebihan untuk menginduksi ovulasi. Ada yang menghubungkan kista folikel dengan gangguan menstruasi (perpanjangan interval antar menstruasi atau pemendekan siklus)

b) Kista korpus luteum

Kista korpus luteum terjadi akibat pertumbuhan lanjut korpus luteum atau perdarahan yang mengisi rongga yang terjadi setelah ovulasi. Terdapat 2 jenis kista lutein yaitu

(1) Kista granulosa

Kista granulosa merupakan pembesaran non-neoplastik ovarium. Setelah ovulasi, dinding sel granulosa mengalami luteinisasi lalu terbentuklah vaskularisasi baru yang mengakibatkan darah berkumpul ditengah rongga dan membentuk korpus hemoragikum. Reabsorpsi darah di

ruangan ini menyebabkan terbentuknya kista korpus luteum.

(2) Kista teka

Kista ini berisi cairan jernih kekuningan, kista ini seringkali dijumpai bersamaan dengan ovarium polikistik, mola hidatidosa, korio karsinoma, terapi HCG dan klomifen sitrat.

c) Ovarium polikistik (Stein Laventhal Syndrome)

Penyakit ovarium polikistik ditandai dengan pertumbuhan polikistik ovarium, kedua ovarium, amenorea sekunder atau oligomenorea, dan infertilitas. Tampaknya hal ini berhubungan dengan disfungsi hipotalamus.

b. Tumor epitel ovarium

1) Tumor kistik ovarium

a) Kistadenoma ovarii serosum

Kista jenis ini terjadi pada kedua ovarium (bilateral), berukuran 5-15 cm dan ukuran ini lebih kecil dari rata-rata ukuran kistadenoma musinosum. Kista berisi cairan serosa, jernih kekuningan. Usia penderita biasanya berkisar antara 20-50 tahun.

b) Kistadenoma ovarii musinosum

Tumor ini pada umumnya adalah multilokuler dan lokulus yang berisi cairan musinosum tampak berwarna kebiruan didalam kapsul yang dindingnya tegang.

c) Kista dermoid

Tumor ini merupakan tumor jinak sel germinativum dan paling banyak diderita oleh gadis yang berusia dibawah 20 tahun. Kista dermoid mempunyai dinding berwarna putih dan relative tebal, berisi cairan kental dan berminyak karena dinding tumor mengandung banyak kelenjar sebacea dan derivate ektodermal (sebagian besar adalah rambut)

2) Tumor jaringan ikat ovarium/Tumor padat ovarium

a) Fibroma

Fibroma timbul secara bilateral pada 2 – 10 % kasus dan ukuran rata-rata tumor adalah 6 cm. Konsistensi tumor adalah kenyal, padat dengan permukaan yang halus dan rata. Tumor dan jaringan ikat ini sangat terkenal terkait dengan kumpulan gejala yang disebut dengan syndrome meig's. Mekanisme sindroma ini belum diketahui secara pasti tetapi system limfatik diafragma dianggap sebagai benang merah dari keseluruhan gejala yang ada, termasuk dengan adanya timbunan cairan di rongga dada.

b) Tumor Brenner

Tumor Brenner umumnya ditemukan pada perempuan usia lanjut (50 tahun). Tidak ada gejala klinik khusus dari tumor ini dan seringkali ditemui secara tidak sengaja pada saat operasi.. Greene et al berpendapat bahwa jaringan asal tumor ini adalah epitel permukaan, rete, dan stroma ovarium.

c) Tumor sel stroma

(1) Tumor sel granulosa

Tumor ini dikaitkan dengan adanya produksi hormone estrogen dan dapat menyebabkan pubertas prekok pada gadis-gadis muda dan menyebabkan hyperplasia adenomatosa dan perdarahan per vaginam pada perempuan pasca menopause.

(2) Tumor sel teka

Tumor jinak ini terdiri dari stroma yang mengandung sebaran sel lemak yang memberikan warna kekuningan pada badan tumor saat dilakukan diseksi.

(3) Tumor sel sertoli dan leydig

Tumor ini umumnya terjadi pada perempuan berumur 20-27 tahun. Sebagian besar tumor tumbuh secara unilateral. Pada pemeriksaan mikroskopik akan dijumpai sel sertoli dan sel leydig secara bersamaan.

d) Tumor endometroid

Bentuk manifestasi endometroid diberbagai tempat di kavum pelvic sangat bervariasi. Bentuk yang paling sering ditemukan adalah penonjolan berwarna merah kehitaman terutama pada ovarium dan bagian belakang dinding uterus. Kebocoran akibat upaya untuk melepaskan ovarium dan perlekatannya dari jaringan sekitar, akan disertai oleh keluarnya cairan kecoklatan (seperti karat). Apabila endometroid membentuk kista pada ovarium maka permukaan dalam dinding akan

memiliki gambaran seperti lapisan endometrium di kavum uteri disertai dengan area-area yang berdarah.

4. Etiologi

Amin huda dan Kusuma hardhi (2013) membagi etiologi berdasarkan jenis kista ovarium menjadi dua, yaitu:

a. Kista non neoplasma

Kista non neoplasma adalah kista yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara hormone estrogen dan progesterone diantaranya adalah:

1) Kista non fungsional

Kista serosa inklusi adalah kista yang berasal dari permukaan epithelium yang berkurang di dalam korteks.

2) Kista fungsional

a) Kista folikel

Kista folikel adalah kista yang berasal dari kegagalan reabsorpsi cairan folikel dari yang tidak berkembang sempurna diantara siklus menstruasi (kegagalan proses ovulasi). Banyak terjadi pada wanita yang menarche kurang dari 13 tahun.

b) Kista korpus luteum

Kista korpus luteum adalah kista yang terjadi karena bertambahnya sekresi progesterone setelah ovulasi. Kista korpus luteum terjadi akibat pertumbuhan lanjut korpus luteum atau perdarahan yang mengisi rongga yang terjadi setelah ovulasi.

c) Kista teka lutein

Kista teka lutein adalah kista yang diisi oleh cairan berwarna kekuning-kuningan yang berhubungan dengan penyakit trofoblastik kehamilan (misalnya mola hidatidosa, koriokarsinoma), kehamilan ganda atau kehamilan dengan penyulit diabetes mellitus dan pemberian zat perangsang ovulasi (misalnya klomifen atau terapi HCG)

d) Kista stein laventhal

Kista stein laventhal adalah kista yang disebabkan karena peningkatan kadar LH yang menyebabkan hiperstimulasi ovarium.

b. Kista neoplasma ovarium jinak

1) Kistoma ovarii simpleks

Adalah suatu jenis kista deroma serosum yang kehilangan epitel kelenjarnya karena tekanan cairan dalam kista.

2) Kistadenoma ovarii musinosum

Kistadenoma ovarii musinosum adalah kista yang belum pasti penyebabnya yang mungkin berasal dari suatu terutama yang pertumbuhannya satu elemen mengalahkan elemen yang lain.

3) Kistodenoma ovarii serosum

Kistodenoma ovarii serosum adalah kista yang berasal dari epitel permukaan ovarium (germinal ovarium).

4) Kista endometrioid

Kista endometreid adalah kista yang belum diketahui penyebabnya

5) Kista dermoid

Kista dermoid adalah tumor berasal dari sel germinal, kista ini mengandung elemen epitelial, mesoderm dan endotelial, kista ini diduga timbul dari bagian ovum yang normalnya menghilang saat maturasi.

5. Faktor resiko

Sylvia A price (2005; h.1297); manuaba (2008; h. 334) menjelaskan penyebab karsinoma ovarium secara pasti belum diketahui, tetapi ada beberapa faktor resiko karsinoma ovarium adalah sebagai berikut:

- a. Keturunan.
- b. Kebiasaan makan, minum kopi dan merokok
- c. Obat penyubur
- d. Tidak pernah mengandung (hamil) paling beresiko kanker ovarium.
- e. Faktor endokrin yaitu pada wanita yang multipara, menarke dini, menopause yang lambat, kehamilan pertama yang lambat dan tidak pernah menyusui
- f. Diet gizi tinggi lemak

6. Patofisiologi

Ovarium merupakan tempat yang umum bagi kista, yang dapat merupakan perbesaran sederhana konstituen ovarium normal, folikel de graft, atau korpus luteum, atau kista ovarium dapat timbul akibat pertumbuhan abdomen dari epithelium ovarium (Arif mansjoer; 2000. H. 1556).

Penatalaksanaan pada penyakit kista ovarium yaitu dengan kistektomi maupun histerektomi/oovorektomi. Tindakan operasi perlu sebuah anestesi dimana anestesi ini menurunkan kontrol peristaltik usus sehingga terjadi masalah keperawatan konstipasi dan menurunnya kemampuan pengosongan lambung dapat menurunkan reflek esophagus sehingga menimbulkan masalah keperawatan resiko aspirasi. Operasi pada kista ovarium dilakukan insisi pada daerah yang akan dilakukan tindakan operasi yang akhirnya akan meninggalkan luka operasi dan terjadi diskontinuitas jaringan yang memungkinkan sebagai pintu masuknya mikroorganisme sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi. Penghentian darah intra operatif dan jahitan kurang sempurna menimbulkan masalah resiko perdarahan. Diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi ini menimbulkan masalah keperawatan nyeri. Pada efek anestesi histerektomi mengakibatkan kelemahan fisik pada pasien sehingga mobilitas fisik terganggu dan memunculkan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Perawatan pasca operasi histerektomi / oovorektomi akan menyebabkan kurang informasi pada pasien tentang proses penyakit dan perawatan pasca operasi sehingga muncul masalah keperawatan defisit pengetahuan. Efek dari histerektomi ini adalah hilangnya salah satu atau lebih organ reproduksi pada pasien sehingga pasien akan mengalami gangguan citra tubuh. (Smeltzer, Suzzane C. 2001; Nurarif amin huda dan Kusuma hardhi, 2013).

7. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala kista ovarium yang mungkin menurut kowalak, jennifer P (2011; 663) meliputi :

- a. Keadaan tanpa gejala (kista ovarium berukuran kecil seperti kista folikularis)
- b. Gangguan rasa nyaman yang ringan pada panggul, nyeri punggung bawah, dispareunia, atau perdarahan uterus yang abnormal dan terjadi sekunder karena gangguan pada pola ovulasi (kista yang besar atau multiple)
- c. Nyeri abdomen akut yang serupa dengan nyeri appendicitis (kista ovarium dengan torsi)
- d. Gangguan rasa nyaman unilateral dalam panggul (akibat kista granulose lutein yang timbul pada kehamilan dan mencapai ukuran 5 hingga 6 cm), haid yang terlambat diikuti perdarahan yang lama atau tidak teratur (kista granulose-lutein pada wanita tidak hamil).

Sedangkan tanda dan gejala menurut dr. Faisal Yatim DTM & H, MPH (2005; h.20) yaitu

- a. Rasa nyeri yang menetap di rongga panggul dengan disertai rasa agak gatal
- b. Rasa nyeri saat bersetubuh dan rasa nyeri rongga panggul saat bergerak
- c. Rasa nyeri segera timbul begitu siklus menstruasi selesai. Perdarahan menstruasi tidak seperti biasa. Mungkin perdarahan lebih

lama, mungkin lebih pendek, atau mungkin tidak keluar darah menstruasi pada siklus biasa atau siklus menstruasi teratur

d. Perut membesar

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang kista ovarium menurut Dr. Faisal Yatim DTM & H, MPH (2005); Constance Sinclair (2009); Dwi widiarti, dkk (2011) yaitu

a. Laboratorium

1) Pemeriksaan kadar 17-ketosteroid

Kadar 17- ketosteroid urine sedikit meningkat pada sindrom ovarium polikistik (Dwi widiarti, dkk, 2011).

2) Pemeriksaan kadar Human chorionic Gonadotropin (HCG) didalam serum untuk menyisihkan apakah ada kehamilan (Constance sinclair, 2009).

3) Pemeriksaan hormone seperti LH (Lactogenic), FSH (folikel stimulating hormone), estradiol, testosteron (Dr. Faisal Yatim DTM & H, MPH, 2005).

4) Pemeriksaan Ca 125 untuk mengetahui adanya proses keganasan pada kista (Dr. Faisal Yatim DTM & H, MPH, 2005).

b. Pemeriksaan sonogram

Pemeriksaan sonogram menggunakan gelombang bunyi untuk melihat gambaran organ tubuh. Pemeriksaan ini bisa dilakukan melalui dinding perut atau bisa melalui vagina untuk mengetahui ukuran dan bentuk kista (Dr. Faisal Yatim DTM & H, MPH, 2005).

c. USG

Ultrasonografi adalah alat peraba (transducer) yang digunakan untuk mengirim dan menerima gelombang suara frekuensi tinggi (ultrasound) yang menembus bagian panggul, dan menampilkan gambaran rahim dan ovarium di layar monitor. Tujuannya adalah memastikan keberadaan kista, membantu mengenali lokasinya dan menentukan apakah isi kista cairan atau padat. Kista berisi cairan cenderung lebih jinak, kista berisi material padat memerlukan pemeriksaan lebih lanjut (Kowalak jenifer p, 2011).

d. Laparaskopi

Laparaskopi adalah alat teropong ringan dan tipis yang dimasukkan melalui pembedahan kecil di bawah pusar. Tujuan laparaskopi untuk penyakit kista ovarium adalah untuk melihat ovarium, menghisap cairan dari kista atau mengambil bahan percontoh untuk biopsy (Dwi widiarti, dkk, 2011).

9. Komplikasi

Kowalak, jennnifer P (2011: 663) menyebutkan bahwa komplikasi dari kista ovarium adalah sebagai berikut :

a. Torsi atau rupture

Torsi atau rupture adalah suatu keadaan dimana tumor atau kista ovarium terpuntir atau mengalami rotasi disekeliling pedikelnya, penyediaan darah menjadi terganggu.

b. Infertilitas

Infertilitas adalah gangguan kesuburan dimana tidak terjadi kehamilan setelah senggama teratur tanpa alat kontrasepsi selama satu tahun

c. Amenore

Amenore adalah keadaan dimana seorang wanita tidak mendapat menstruasi

d. Disminore Sekunder

Disminore sekunder adalah disminore yang disertai kelainan anatomis genetalis

e. Oligomenore

Oligomenore adalah keadaan jika haid terjadi lebih dari 35 hari.

Sedangkan menurut manuaba (2008; h.336-337, 2010; h. 565) komplikasi dari kista ovarium yaitu

a. Torsi kistoma ovarii

Terjadi nyeri mendadak dan menetap bahkan makin hebat. Rasa sakitnya seperti terkilir yang sebelumnya terdapat tumor, saat torsi terutama pasca partum atau saat hamil 14 minggu

b. Infeksi kistoma ovarii

Badan panas karena suhu meningkat, nyeri perut bagian bawah terasa lebih panas dari lainnya, pemeriksaan dalam menunjukkan tumor, nyeri tekan, dan pergerakan terbatas.

c. Robekan dinding kista

Pada torsi tangkai kista ada kemungkinan terjadi robekan sehingga isi kista tumpah ke dalam ruang abdomen. Keganasan kista ovarium

sering dijumpai kista pada usia sebelum menarke atau kista pada usia diatas 45 tahun

10. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medik

Ralp C benson (2008; h. 574-583) menyebutkan penatalaksanaan kista ovarium yaitu

- 1) Pada kista folikel akan menghilang dengan spontan dalam waktu kurang dari 60 hari. Kista yang terus menetap atau membesar lebih dari 60 hari memerlukan pemeriksaan yang biasa dilakukan untuk kista kurang dari 4 cm adalah ultrasonografi awal, pemeriksaan ulang dalam waktu 6 minggu dan sekali lagi dalam waktu 8 minggu jika kista tetap ada. Pada kista folikel ≥ 4 cm atau jika kista kecil menetap, pemberian kontrasepsi oral selama 4 – 8 minggu akan menyebabkan kista hilang sendiri.
- 2) Pada korpus luteum hemoragik diperlukan intervensi pembedahan (laparaskopi atau laparatomi) untuk menghentikan perdarahan.
- 3) Induksi ovulasi dengan klomifen sitrat siklik.
- 4) Pengangkatan melalui pembedahan, biasanya disertai histerektomi dan salpingo-ooforektomi bilateral pada wanita pasca menopause, pada wanita pre menopause pengangkatan tumor (biasanya salpingo-ooforektomi) dan pengamatan pada ovarium kontralateral mungkin sudah memadai.
- 5) Salpingo-ooforektomi unilateral jika tumor tidak bilateral dan tidak ada keganasan.

6) Pada tumor endometrioid terapi yang dianjurkan adalah total abdominal histerektomi (TAH), bilateral salpingo-ooforektomi dan omentektomi dengan pengangkatan jaringan pelvis yang terkena.

7) Pengangkatan tumor melalui pembedahan (kistektomi), meninggalkan sebanyak mungkin jaringan ovarium untuk mempertahankan fertilitas.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan kista ovarium yang dapat dilakukan adalah berikan dukungan emosi, berikan obat sesuai program, setelah pembedahan bantu ambulasi segera, pemantauan tanda rupture, tanda-tanda vital, perdarahan pervagina, pendidikan kesehatan tentang penyakit, diagnosis, terapi dan intruksi perioperatif (Dwi widiarti, dkk, 2011).

B. Histerektomi

1. Pengertian

Histerektomi adalah operasi pengangkatan uterus dan serviks. Prosedur ini dilakukan pada banyak kondisi selain kanker, termasuk perdarahan uterus disfungsi, endometriosis, pertumbuhan non malignan dalam uterus, serviks, dan adneksa, masalah-masalah relaksasi dan prolaps pelvis, dan cedera pada uterus yang tidak dapat diperbaiki, kondisi keganasan atau malignansi membutuhkan histerektomi abdomen total dan salpingooforektomi bilateral (pengangkatan tuba falopii dan ovarium) (Arif muttaqin, 2009).

2. Metode-metode Histerektomi

a. Histerektomi Total

Histerektomi abdominalis totalis adalah pengangkatan uterus, serviks, dan ovarium. Prosedur ini dilakukan pada banyak kondisi selain kanker, termasuk perdarahan uterus disfungsi, endometriosis, pertumbuhan nonmalignan dalam uterus, serviks, dan adneksa, masalah-masalah relaksasi dan prolaps pelvis, dan cedera pada uterus yang tidak dapat diperbaiki. Kondisi malignan membutuhkan histerektomi abdomen total dan salpingo-ooferektomi bilateral (pengangkatan tuba fallopi dan ovarium) (Smeltzer, 2001) .

b. Histerektomi Radikal (*Weirtheim*)

Histerektomi radikal adalah pengangkatan uterus, adneksa, vagina proksimal, dan nodus limfe bilateral melalui insisi abdomen. (Smeltzer, 2001).

c. Histerektomi Vaginal Radikal (*Schauta*)

Histerektomi vaginal radikal adalah pengangkatan vagina, uterus, adneksa dan vagina proksimal (Catatan: "Radikal" menunjukkan bahwa suatu area ekstensif paravaginal, paraservikal, parametrial, dan jaringan uterosakral diangkat bersama uterus) (Smeltzer, 2001).

3. Penatalaksanaan Praoperatif

Histerektomi dengan bantuan laparoskopik dilakukan oleh beberapa dokter dengan hasil yang sangat memuaskan dan pemulihan yang cepat. Metode ini hanya digunakan untuk histerektomi vagina dan dilakukan sebagai prosedur rawat singkat atau bedah ambulatori pada

klien yang dipilih dengan sangat hati-hati. Klien menjalani hari perawatan lebih singkat dan penurunan angka kejadian infeksi pascaoperatif.

Persiapan dokter untuk klien yang akan menjalani histerektomi sedikit berbeda dengan klien yang akan menjalani laparoskopi. Biasanya, setengah bagian abdomen dan region pubis serta perineal dicukur dengan sangat cermat dan dibersihkan dengan sabun dan air (beberapa dokter bedah tidak mengharuskan pencukuran pada klien). Traktus intestinal dan kandung kemih harus dikosongkan sebelum klien dibawa ke ruang operasi untuk mencegah kontaminasi dan cedera yang tidak disengaja pada kandung kemih atau traktus intestinal. Enema dan pengirigasi antiseptik biasanya diharuskan pada malam hari sebelum hari pembedahan. Klien mendapat sedatif untuk memastikan tidur malam yang baik. Medikasi praopeatif yang diberikan pada pagi hari pembedahan akan membantu klien rileks (Smeltzer, 2001).

4. Penatalaksanaan Pascaoperatif

Prinsip-prinsip umum perawatan pascaoperatif untuk bedah abdomen diterapkan, dengan perhatian khusus diberikan pada sirkulasi perifer untuk mencegah tromboflebitis dan TVP (perhatikan varicose, tingkatkan sirkulasi dengan latihan tungkai, dan menggunakan stoking elastik). Risiko utama adalah infeksi dan hemoragi. Selain itu karena tempat yang dioperasi berada dekat dengan kandung kemih, mungkin terdapat masalah berkemih, terutama setelah histerektomi vaginal.

Edema atau trauma saraf dapat menyebabkan kehilangan sementara tonus kandung kemih (atonia kandung kemih), dan dapat digunakan

kateter indwelling. Selama pembedahan, penanganan usus dan ileus dapat mengganggu fungsi usus. (Smeltzer, 2001).

Mochamad anwar (2011; h.542 - 543) menjelaskan bahwa setelah operasi, timbul beberapa perubahan - perubahan pada tubuh yaitu:

- a. Kehilangan darah dan air yang menyebabkan berkurangnya volume cairan dalam sirkulasi. Karena hemokonsentrasi dan vasokonstriksi tekanan darah dipertahankan, dan dengan mengalirnya cairan dari ruang ekstrasvaskuler, volume kemudian pulih kembali. Akan tetapi, jika misalnya terjadi terlalu banyak perdarahan, tensi menurun dan nadi menjadi cepat, dan bahaya syok.
- b. Diuresis pasca operasi agak berkurang, tetapi beberapa hari kemudian menjadi normal kembali. Pengukuran air seni yang dikeluarkan sangat perlu oleh karena oliguri merupakan tanda syok mengancam. Diuresis normal sekurang-kurangnya 1 ml/kgBB/jam
- c. Terjadi penghancuran protein jaringan bahwa ekskresi kalsium meningkat, sedangkan pengeluaran natrium dan klorida berkurang. Pada operasi dengan perdarahan melebihi 20% perlu diperiksa kadar Na, Cl, K, Ca, dan Mg.

Dalam enam jam pertama perawatan diruangan, perlu dipantau fungsi hemodinamik dan diuresis setiap jam sampai enam jam dan diteruskan pemantauan setiap 6 jam pada 2 jam pertama. Sesudah penderita sadar, biasanya ia mengeluh kesakitan. Rasa sakit ini berlangsung dalam beberapa hari dan akan berangsur berkurang. Prinsip pemberian analgesik adalah bukan setelah nyeri akan tetapi sebelum terjadinya rasa nyeri.

Sebagai akibat anestesi general, penderita pasca operasi biasanya merasa mual, kadang-kadang sampai muntah. Penderita tidak boleh minum sampai rasa mual hilang sama sekali, kemudian ia boleh minum sedikit, untuk lambat laun ditingkatkan. Dalam 12 jam pasca operasi, umumnya peristaltik telah pulih dan dapat diberi makanan lunak dan pada keesokan harinya diberikan makanan seperti biasa.

Pemberian antibiotika pada pasca operasi tergantung dari jenis operasi yang dilakukan, misalnya setelah kista ovarium kecil diangkat tidak perlu diberi antibiotika, akan tetapi setelah histerektomi total dengan pembukaan vagina, sebaiknya obat tersebut diberikan.

Sesudah penderita sadar, pada pasca operasi ia dapat menggerakkan lengan dan kakinya, dan tidur miring. Tidak ada ketentuan yang pasti kapan ia bisa duduk, keluar dari tempat tidur dan berjalan.

C. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Smeltzer (2001); Arif muttaqin (2009) menyebutkan bahwa pengkajian pada pasien post histerektomi yaitu

a. Riwayat kesehatan 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.

b. Status sirkulasi

Meliputi: nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.

c. Kenyamanan

Meliputi: terdapat nyeri, mual dan muntah.

d. Nyeri

Meliputi: waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat / memperingan.

e. Eliminasi

Kemungkinan terjadi kesulitan berkemih pascaoperatif.

f. Data Psikologis

Pasien sering menunjukkan reaksi emosional yang kuat terhadap histerektomi, yang biasanya menimbulkan perasaan personal yang kuat yang berhubungan dengan diagnosis, orang terdekat yang mungkin terlibat (keluarga, pasangan), keyakinan keagamaan, dan prognosis. Kekhawatiran dapat timbul (seperti ketidakmampuan untuk mempunyai anak dan efek pada feminitas), seperti pertanyaan tentang dampak pembedahan pada hubungan seksual dan kepuasan seksual.

h. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik abdomen dengan palpasi terdapat nyeri tekan pada abdomen.

2. Dampak Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

a. Pemenuhan kebutuhan eliminasi

Pada kondisi kista ovarium pasien mengalami nyeri pada perutnya menyebabkan klien menekan keinginannya untuk defekasi, lama kelamaan kondisi ini dapat menyebabkan konstipasi. Seperti

halnya tindakan pembedahan akan menyebabkan kontrol peristaltik usus menurun sehingga menyebabkan konstipasi.

Tindakan pembedahan (histerektomi) terjadi manipulasi tindakan pembedahan mengakibatkan trauma mekanis pada saluran urinarius sehingga terjadi gangguan sensasi/motor dalam berkemih (termasuk spingter eksterna) menimbulkan Inkontinensia dan terjadilah perubahan pola eliminasi urinarius.

b. Kebutuhan dasar perawatan diri

Anestesi post operasi kista menyebabkan kelemahan fisik sehingga mobilitas terbatas yang mempengaruhi kebutuhan dasar perawatan diri.

3. Diagnosa keperawatan yang lazim muncul

Diagnosa keperawatan menurut Nurarif amin huda dan Kusuma hardhi (2013); T Heather Herdman (2012) yaitu

- a. Resiko perdarahan berhubungan dengan faktor resiko efek samping terkait terapi: pembedahan
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat, faktor resiko pertahanan tubuh sekunder yang tidak adekuat
- d. Defisit pengetahuan tentang proses penyakit dan perawatan pasca operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi
- e. Konstipasi berhubungan dengan menurunnya kontrol peristaltik usus
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik

- g. Resiko aspirasi berhubungan dengan faktor resiko penurunan motilitas gastrointestinal, pengosongan lambung yang lambat
- h. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh/organ reproduksi

4. Intervensi

Intervensi keperawatan menurut Nurarif amin huda dan Kusuma hardhi (2013) yaitu

- a. Resiko perdarahan berhubungan dengan faktor resiko efek samping terkait: pembedahan

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi perdarahan hebat dengan kriteria hasil yaitu tidak ada hematuria dan hematemesis, kehilangan darah yang terlihat, tekanan darah dalam batas normal systole dan diastole, hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal, plasma, PT, PTT dalam batas normal

2) Intervensi

- a) Monitor ketat tanda-tanda perdarahan

Rasional: Perlu ada monitor ketat perdarahan untuk supaya bisa diketahui secara cepat jika ada perdarahan untuk dilakukan tindakan

- b) Monitor nilai laboratorium (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit

Rasional: Untuk mengetahui indikasi tanda-tanda mudahnya terjadi perdarahan

c) Monitor tanda-tanda vital

Rasional: Pada perdarahan akan terjadi penurunan tekanan darah, meningkatkan kecepatan denyut jantung dan pernapasan

d) Anjurkan pasien mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin K

Rasional: Vitamin K dapat membantu mencegah perdarahan.

e) Identifikasi penyebab perdarahan

Rasional: Untuk memutuskan tindakan yang tepat mengurangi perdarahan

f) Monitor status cairan meliputi intake dan output

Rasional : cairan yang cukup melancarkan peredaran darah

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri hilang atau berkurang dengan kriteria hasil yaitu mampu mengontrol nyeri, melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri (skala nyeri 0-1), mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

2) Intervensi:

- a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi

Rasional: Nyeri adalah pengalaman subyektif dan harus digambarkan oleh klien untuk merencanakan penanganan yang efektif

- b) Atur posisi nyaman mungkin

Rasional: Pengaturan posisi mengurangi penekanan dan mencegah otot-otot menjadi tegang, pengaturan posisi yang baik dapat meminimalkan efek immobilisasi akibat nyeri.

- c) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan

Rasional : Ekspresi wajah atau gerakan tubuh seringkali lebih menunjukkan karakteristik nyeri daripada pernyataan.

- d) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien

Rasional: Pengalaman nyeri akan menaikkan resistensi terhadap nyeri. Semakin sering menghadapi nyeri semakin tinggi daya tahan dalam berespon terhadap nyeri.

- e) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu, ruangan, pencahayaan dan kebisingan

Rasional: Lingkungan berisik akan meningkatkan respon simpatik yang dapat mempengaruhi peningkatan nyeri. Lingkungan yang aman dan tenang akan meningkatkan perasaan rileks dan memungkinkan klien untuk berfokus pada tehnik relaksasi.

f) Observasi tanda-tanda vital

Rasional: Respon fisiologis terhadap nyeri dapat menunjukkan keberadaan dan sifat nyeri dan ancaman yang potensial terhadap kesejahteraan klien. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah dan frekuensi pernafasan meningkat

g) Ajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi, distraksi, imajinasi)

Rasional: Tehnik relaksasi napas dalam dapat meningkatkan asupan oksigen, menurunkan ketegangan otot dan memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa ketidaknyamanan atau nyeri. Dalam imajinasi terbimbing, klien menciptakan kesan dalam pikiran, berkonsentrasi pada fikiran tersebut sehingga secara bertahap klien kurang merasakan nyeri. Distraksi mengalihkan perhatian klien ke hal lain dan dengan demikian menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri

h) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri

Rasional: Menghambat sinyal nyeri dan menurunkan nyeri klien

- i) Monitor vital sign sebelum dan setelah pemberian analgetik pertama kali

Rasional: Obat analgetik dapat mempengaruhi kerja jantung, fungsi respirasi melalui mekanisme baroreseptor neuron

- j) Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat

Rasional: Untuk mengurangi nyeri dan menghindari ketidaknyamanan pada pasien

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat, faktor resiko pertahanan tubuh sekunder yang tidak adekuat

- 1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan dapat mengontrol resiko infeksi, status imun dan pengetahuan tentang kontrol infeksi meningkat dengan kriteria hasil yaitu klien bebas dari tanda-tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal.

- 2) Intervensi

- a) Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan

Rasional: Mencegah kontaminasi mikroorganisme ke pasien

- b) Tingkatkan intake nutrisi

Rasional: Nutrisi dapat meningkatkan imunitas pasien sehingga memperkecil resiko infeksi

c) Kolaborasi pemberian terapi antibiotik

Rasional: Membunuh mikroorganisme secara rasional

d) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal

Rasional: Dengan memperhatikan keadaan pasien dapat memutuskan tindakan secara cepat saat muncul masalah

e) Inspeksi kondisi luka/insisi bedah

Rasional: Deteksi dini tentang terjadinya infeksi yang lebih berat.

f) Ajarkan cara menghindari infeksi

Rasional: Dapat meningkatkan pengetahuan dan mencegah terjadinya infeksi

g) Lakukan perawatan luka operasi secara aseptik dan antiseptik.

Rasional: Menekan sekecil mungkin sumber penularan eksterna

d. Defisit pengetahuan tentang proses penyakit dan perawatan pasca operasi berhubungan dengan kurang paparan informasi

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien memiliki pengetahuan tentang proses penyakit dan perawatan pasca operasi dengan kriteria hasil yaitu pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis

dan program pengobatan, pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya

2) Intervensi

a) Kaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya

Rasional: Untuk merencanakan topik pengajaran

b) Jelaskan tentang penyebab, proses terjadinya penyakit dan perawatan pasca operasi

Rasional: Dengan pemberian informasi tersebut diharapkan pasien dapat memiliki pengetahuan tentang penyakit dan perawatan pasca operasi

c) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat.

Rasional: Dengan menyediakan informasi pada pasien akan mengurangi kecemasan pasien tentang keadaannya.

d) Berikan kesempatan keluarga untuk bertanya setelah penjelasan diberikan

Rasional: Memberikan kesempatan keluarga untuk memperjelas materi yang diberikan.

e) Minta keluarga untuk mengulangi penjelasan yang diberikan

Rasional: Untuk menilai tingkat pemahaman keluarga, keberhasilan pendidikan kesehatan, dan penentuan intervensi lebih lanjut.

f) Berikan *reinforcement* positif atas kemampuan keluarga dalam mengulangi penjelasan perawat

Rasional: Memberi penghargaan positif kepada keluarga meningkatkan harga diri dan motivasi keluarga dalam merawat pasien.

g) Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang diet

Rasional: Untuk merencanakan topik pengajaran

h) Nilai pola makan pasien saat ini dan masa lalu serta makanan yang disukai dan kebiasaan makan saat ini

Rasional: Pola makan dan asupan gizi mempengaruhi penyembuhan penyakit

i) jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan secara keseluruhan

Rasional: Supaya pasien paham dan patuh terhadap diet yang ditetapkan

e. Konstipasi berhubungan dengan penurunan kontrol peristaltik usus

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan konstipasi teratasi dengan kriteria hasil yaitu mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari, bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi, mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi, feses lunak dan berbentuk.

2) Intervensi

a) Monitor tanda dan gejala konstipasi

Rasional: Untuk menentukan rencana keperawatan yang tepat.

b) Monitor bising usus

Rasional: Peristaltik usus membantu menggerakkan makanan yang sudah melewati usus halus berkumpul menjadi feses di usus besar

c) Monitor feses (frekuensi, konsistensi, dan volume)

Rasional: Frekuensi dan konsistensi feses berkaitan dengan asupan cairan dan makanan, makanan yang mengandung serat akan memperbesar ukuran feses dan akan meningkatkan absorpsi air ke dalam feses

d) Dukung intake cairan

Rasional: Asupan cairan yang adekuat akan menghasilkan feses yang padat tetapi lunak dengan bentuk yang normal dan akan mengurangi resiko feses yang keras.

e) Kolaborasi pemberian laksatif

Rasional: Untuk melancarkan pengeluaran feses

f) Jelaskan pada klien perlunya meningkatkan makanan berserat dalam diet

Rasional: Buah dan sayuran mentah menambah serat dan cairan pada feses. Makanan yang mengandung serat tidak dipecah selama proses pencernaan. Makanan tersebut menarik cairan saat melewati

usus, yang menambah massa feses dan memudahkan pengeluarannya.

h. Defisit perawatan diri (kebutuhan mandi, berpakaian) berhubungan dengan kelemahan fisik, keletihan

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mampu merawat kebersihan dirinya dengan kriteria hasil yaitu mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu, mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi, mampu membersihkan dan mengeringkan tubuh

2) Intervensi :

a) Tempatkan handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi

Rasional: Mempermudah jangkauan

b) Libatkan keluarga dan pasien

Rasional: Melatih kemandirian

c) Dorong untuk melakukan secara mandiri, tetapi beri bantuan ketika klien tidak mampu untuk melakukannya

Rasional: Meningkatkan kepercayaan

d) Bantu pasien dalam memilih pakaian yang mudah dipakai dan dilepas

Rasional: Memudahkan dalam melakukan tindakan/terapy

e) Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau

Rasional: Melatih kemandirian

- f) Dukung kemandirian dalam berpakaian, berhias, bantu jika diperlukan

Rasional: Meningkatkan kemandirian pasien

- g) Pertahankan privasi saat pasien berpakaian

Rasional: memberikan kenyamanan

- i. Resiko aspirasi berhubungan dengan faktor resiko penurunan kemampuan pengosongan lambung.

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien tidak mengalami aspirasi dengan kriteria hasil yaitu klien dapat bernafas dengan mudah, irama dan frekuensi pernafasan normal, pasien mampu menelan, mengunyah tanpa terjadi aspirasi dan mampu melakukan oral hygiene, jalan nafas paten, mudah bernafas, tidak merasa tercekik dan tidak ada suara nafas abnormal.

2) Intervensi

- a) Monitor tingkat kesadaran, reflek batuk dan kemampuan menelan

Rasional: Penurunan tingkat kesadaran, reflek batuk, dan kemampuan menelan meningkatkan resiko terjadinya aspirasi

- b) Monitor status paru pelihara jalan nafas

Rasional: Adanya sumbatan jalan nafas merupakan faktor resiko terjadinya aspirasi

- c) Berikan makanan dalam bentuk cair dan menghaluskan obat sebelum pemberian

Rasional: Pemberian makanan dalam bentuk padat dan besar pada pasien dengan pasien penurunan kesadaran, reflek batuk tidak ada akan menyebabkan aspirasi

- d) Lakukan suction jika diperlukan

Rasional: Dengan suction akan menghilangkan obstruksi jalan nafas akibat akumulasi sekresi mukosa difaring karena pengaruh tindakan anestesi pembedahan yang beresiko menyebabkan aspirasi

- j. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh/organ reproduksi

- 1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien memiliki body image positif dengan kriteria hasil yaitu pasien mampu mengidentifikasi citra tubuh yang positif maupun negative, pasien tampak berbicara tanpa menutupi mulutnya, pasien mengatakan akan meningkatkan kelebihan yang pasien miliki, pasien mampu mempertahankan interaksi sosial

- 2) Intervensi

- a) Kaji secara verbal respon pasien terhadap tubuhnya

Rasional: Memungkinkan perawat untuk mengetahui apa yang membuat klien tidak percaya diri

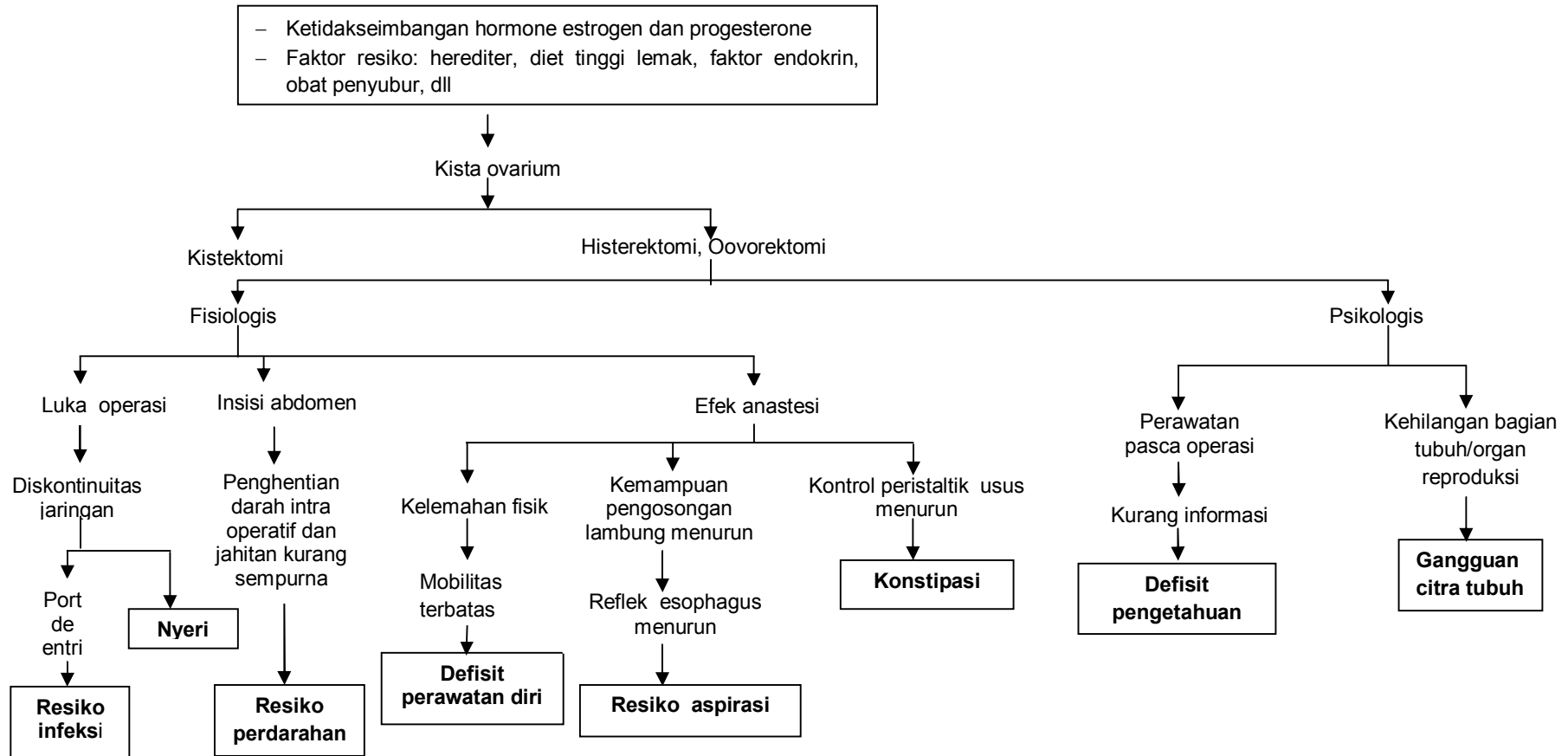
- b) Dorong pasien mengungkapkan perasaanya

Rasional: Memungkinkan perawat untuk mengetahui permasalahan yang dihadapi pasien

c) Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan meningkatkan citra tubuh yang positif

Rasional: Memungkinkan untuk meningkatkan *body image* pasien yang positif

D. Patway



Gambar 2.4 Pathway kista ovarium

Referensi: Smeltzer, Suzzane C (2001); Mochamad Anwar (2011); Nurarif amin H dan Kusuma hardhi (2013); arif muttaqin (2009)

