

[Case Report]

WANITA G3P2A0 HAMIL ATERM DENGAN KISTA OVARIIUM DEXTRA

Woman G3p2a0 Pregnant Aterm With Dextra Ovarian Cyst

Zulaikha Hanif Hamdani¹, Alip Sudarmono²

¹Profesi Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

⁴Bagian Ilmu Obsgyn, RSUD kab. Karanganyar

Korespondensi: Zulaikha Hanif Hamdani. Alamat email: zulaikhahanifhamdani@gmail.com

ABSTRAK

Kista adalah kantong berisi cairan, kista seperti balon berisi air, dapat tumbuh di berbagai bagian tubuh dan memiliki banyak jenis. Penyebab terjadinya kista ovarium yaitu terjadinya gangguan pembentukan hormon pada hipotalamus, hipofisis, atau ovarium itu sendiri. Kista ovarium timbul dari folikel yang tidak berfungsi selama siklus menstruasi. Angka kejadian kista ovarium di Indonesia adalah sebesar 37,2%. Rasa sakit tersebut akan bertambah jika kista tersebut terpuntir atau terjadi ruptur. Terdapat juga rasa penuh di perut. Keluhan yang timbul akibat kista seringkali tidak spesifik dan sering diinterpretasikan sebagai appendicitis ataupun keluhan wajar saat menstruasi. Nyeri perut bagian bawah dan perdarahan abnormal harus dicurigai adanya suatu kista ovarium tapi tidak ada tanda perdarahan hebat pada pasien. Keluhan yang tidak spesifik dapat menyebabkan keterlambatan diagnosis, dan meningkatkan risiko komplikasi pada ibu maupun janin. Komplikasi tersering kista ovarium adalah torsio, dimana risikonya meningkat hingga 5 kali lipat pada kehamilan

Kata Kunci: Kista Ovarium, Kistektomi

ABSTRACT

Cysts are bags filled with fluid, cysts are like balloons filled with water, they can grow in various parts of the body and have many types. The cause of ovarian cysts is a disruption in the formation of hormones in the hypothalamus, pituitary, or ovaries themselves. Ovarian cysts arise from malfunctioning follicles during the menstrual cycle. The incidence of ovarian cysts in Indonesia is 37.2%. The pain will increase if the cyst twists or ruptures. There is also a feeling of fullness in the stomach. Complaints arising from cysts are often non-specific and are often interpreted as appendicitis or normal complaints during menstruation. Lower abdominal pain and abnormal bleeding should suggest an ovarian cyst but there are no signs of severe bleeding in the patient. Non-specific complaints can cause delays in diagnosis and increase the risk of complications for the mother and fetus. The most common complication of ovarian cysts is torsion, where the risk increases up to 5-fold in pregnancy.

Keywords: Ovarian Cyst, Cistectomy

PENDAHULUAN

Kista ovarium adalah suatu kantung yang berisi cairan atau materi semisolid yang tumbuh pada ovarium. Pertumbuhan sel sel pada kista ini sifatnya jinak. Namun, tidak menutup kemungkinan kista tersebut berkembang menjadi ganas. Kista ovarium

neoplastik yang mengarah ke keganasan disebut sebagai kanker ovarium (Hibbard LT, 1985).

Data statistik World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa hampir semua negara maju memiliki angka

kejadian kista ovarium yang tinggi dengan rerata 10 per 100.000 penduduk.

Berdasarkan data hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI), angka kejadian kista ovarium di Indonesia adalah sebesar 37,2%. Hasil survei tersebut juga menunjukkan mayoritas kelompok usia yang memiliki kista ovarium, yaitu pada wanita usia 20–50 tahun (Agah *et.al.*, 2018).

Kista ovarium ditemukan pada USG transvaginal pada hampir semua wanita premenopause dan 18% wanita pascamenopause. Sebagian besar kista terbentuk akibat dari perubahan hormon pada siklus haid, produksi dan pelepasan sel telur dari ovarium. Dengan risiko yaitu dapat terjadi torsi atau terpuntir sehingga menimbulkan nyeri akut, perdarahan atau infeksi bahkan sampai kematian (Savitri, *et.al.*, 2020).

Pada umumnya Sebagian besar massa ovarium berukuran kecil dan ditemukan pada awal kehamilan lalu mengecil atau hilang dengan sendirinya setelah memasuki trimester kedua. Hal ini karena sebagian besar diantaranya

merupakan kista fungsional. Kista dengan ukuran diatas 5 cm, terutama yang disertai dengan komponen padat umumnya bersifat non-fungsional dan neoplastik, sehingga tidak mengecil seiring bertambahnya usia kehamilan. Kista non- fungsional ini dapat memiliki ukuran yang tetap selama masa kehamilan atau justru membesar dan menimbulkan gejala (Sabaruddin, *et.al.*, 2018).

Kista ovarium fungsional umumnya terjadi pada usia produktif dan relatif jarang pada wanita postmenopause. Secara umum, tidak ada persebaran umur yang spesifik mengenai usia terjadinya kista ovarium. Pada wanita usia muda (biasanya kurang dari 40 tahun) resiko pertumbuhan menjadi ganas berkurang, oleh karena itu kista dapat dikontrol dengan USG pelvik. Ada beberapa yang menjadi ganas, dengan risiko terjadinya karsinoma terutama pada wanita-wanita yang mulai menopause (Agha, *et.al.*, 2015). Sebagian besar kista terbentuk akibat dari perubahan hormon pada siklus haid, produksi dan pelepasan sel telur dari ovarium.

Laporan kasus ini bertujuan untuk mempresentasikan gejala, tanda, hasil laboratorium, serta temuan intraoperatif dari kasus kista ovarium pada kehamilan.

LAPORAN KASUS

Seorang pasien dengan inisial Ny. W yang bekerja sebagai ibu rumah tangga berusia 36 tahun. Pasien datang ke IGD Ponrek RSUD Karanganyar dari rujukan bidan pada tanggal 23 September 2024 pukul 08.00 dengan tensi tinggi. keluhan pasien keluar lendir darah dari jalan lahir sejak 1 SMRS pukul 20.00. Pasien juga mengeluhkan perut kencang - kencang dan nyeri perut kanan bawah sejak 1 hari yang lalu. Nyeri perut kanan bawah terasa seperti ditusuk tusuk, hilang timbul. Riwayat menstruasi pertama kali pasien saat berusia 14 tahun, siklus teratur 30 hari sekali dan teratur dengan lama 7 hari. Riwayat kehamilan anak pertama yang berjenis kelamin perempuan berusia 17 tahun, lahir spontan di bidan dengan berat lahir 3200 gram dimana usia persalinan cukup bulan. anak kedua yang berjenis kelamin

perempuan berusia 13 tahun, lahir spontan di bidan dengan berat lahir 3300 gram. Pasien mengatakan bahwa pada ultrasonografi di trimester kedua dan ketiga kehamilan pertama dan kedua tidak ditemukan kelainan pada kehamilannya serta tidak ditemukan kista pada indung telurnya. Saat setelah persalinan pasien tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi rahim ataupun hormonal setelah kelahiran anak pertama.

Pada riwayat penyakit dahulu pasien mengatakan bahwa tidak pernah mengalami hal serupa. Riwayat penyakit keluarga disangkal. Riwayat haid pasien masih aktif menstruasi. Riwayat konsumsi obat untuk merangsang pelepasan sel telur, riwayat sakit hipotiroidisme ataupun riwayat merokok disangkal. Riwayat merokok atau tinggal di daerah industri juga disangkal. Selanjutnya pasien dirawat inap dan dilakukan pemeriksaan lanjut untuk mengetahui diagnosis kerja dari pasien tersebut.

Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos

mentis tekanan darah 160/100 mmhg, nadi 105 kali/menit, frekuensi nafas 20 kali/menit, suhu tubuh 36,6°C, dan SpO₂ 99%. DJJ 135x/mnt. TB 168 cm dan berat badan 97 kg.

Pada pemeriksaan kepala didapatkan normocephal, rambut berwarna hitam dan tidak mudah dicabut. Pemeriksaan mata menunjukkan sklera ikterik (-/-), konjungtiva anemis (-/-), pupil bulat isokor dan reflex pupil (+/+). Hidung maupun telinga tidak mengeluarkan secret maupun cairan. Pada bibir tidak ada sianosis, gusi tidak berdarah, papil lidah tidak atrofi, dan faring tidak hiperemis. Pada pemeriksaan leher tidak ada deviasi trakea maupun pembesaran kelenjar tiroid dan getah bening. Pada pemeriksaan thorax tidak terdapat retraksi dan tidak terdapat iga gambang. Ekstremitas dalam batas normal, akral hangat.

Pada pemeriksaan obstetri luar didapatkan tinggi fundus uteri 34 cm, posisi janin membujur, punggung kiri, dan bagian terbawah janin berupa kepala, masuk pintu atas panggul. Pada palpasi abdomen

didapatkan perabaan dengan massa pada uterus kurang lebih seukuran telur ayam kampung dimana terasa nyeri tekan pada regio adnexa kanan dengan skala nyeri 5 dari 1-10. Pada auskultasi bising usus dalam batas normal.

Pemeriksaan khusus ginekologi pada inspeksi genitalia eksterna tidak didapatkan kelainan, perineum utuh, kondisi bersih, dan tidak ada cairan abnormal yang keluar dari vagina. Pemeriksaan vaginal toucher (VT) portio tebal lunak, pembukaan 2, KK (+), STLD (+).

Pada tanggal 23 September 2024 dilakukan pemeriksaan laboratorium. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan adanya kelainan darah pada hemoglobin pasien, sedikit dibawah batas normal dengan kadar hemoglobin (10.8 g/dl) menandakan kesan anemia ringan normositik hipokromik. hematologi dan kimia klinik lain dalam batas normal.

Hasil pemeriksaan laboratorium (23 September 2024 pukul 08.30) ditemukan Hemoglobin pasien senilai 10.8 termasuk rendah dibandingkan dengan nilai normal

sedangkan nilai laboratorium pasien yang lainnya dalam batas normal.

Berdasarkan dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang tersebut, pasien di diagnosis dengan G3P2A0 H 39 +2 mg Inpartu Kala I dengan Hipertensi Gestasional, Kista ovarium. mengingat tidak adanya tanda infeksi pada pemeriksaan laboratorium.

Pasien diberikan tatalaksana awal oleh dokter obgyn yang menangani kasus hipertensi gestasional seperti infus RL 20 tpm, O₂ 3 lpm, MgSo₄ 4g, nifedipin 3x10mg, inj cefazolin 2gr/24 jam pre op, rencana cito SC+IUD.

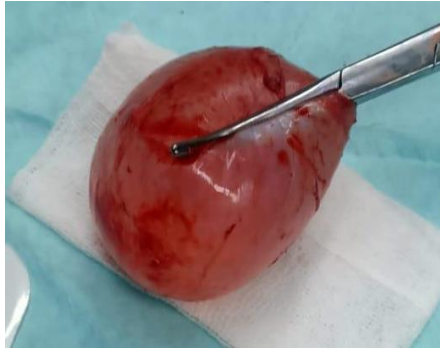
Tanggal 23 September 2024 pukul 11.00 WIB dilakukan operasi sectio secaria dan kistectomy. Dimana operasi yang dilakukan diawali dengan mengoperasi SC terlebih dahulu dan dilanjutkan tindakan pengangkatan kista dan dilakukan pemeriksaan PA.

Operasi diawali dengan insisi pfannenstiel pada kulit abdomen dua jari di atas simfisis pubis, diikuti insisi lapis demi lapis, hingga peritoneum parietal. Setelah

uterus tervisualisasi, plika vesikouterina dipisahkan dan dilakukan insisi semilunar pada segmen bawah rahim. Setelah selaput ketuban tampak dilakukan pemecahan selaput ketuban, dan bagian bawah bayi dilukir. Bayi lahir langsung menangis dengan Skor Apgar 8-9-10 dan berat badan lahir 3760 gram. Plasenta kemudian dilahirkan lengkap, dan segmen bawah Rahim dijahit kembali dengan jelujur terkunci.

Operator kemudian mengeksplorasi adneksa kanan untuk memvisualisasi kista. Tidak terdapat adhesi kista dengan organ sekitar ataupun cairan bebas. Kista dilapisi dengan kain lembab steril untuk mencegah tumpahnya isi kista ke rongga peritoneum.





Gambar 1. Kista

Hasil pemeriksaan histopatologi dalam makroskopik adalah 1 buah jaringan berukuran 6x5.5x3.5 cm, berwarna kecoklatan, berkapsul kistik, pada pembelahan didapatkan ruangan berisi cairan jernih. Untuk mikroskopik menunjukkan jaringan ovarium dengan ruangan yang dilapisi epitel kuboid bersilia yang monomorf, sub epitel sembab dengan banyak pembuluh darah. tidak didapatkan keganasan. Dari hasil pemeriksaan tersebut menunjukkan kesan kista ovarium dextra (serous cystadenoma)

Pasca operasi, keadaan umum pasien baik, pasien mengeluhkan bahwa luka operasi masih terasa sedikit nyeri, namun tidak ada cairan yang merembes keluar. Pasien juga tidak mengeluhkan

adanya demam. Pasien kemudian dipulangkan pada tanggal 26 September 2024, dengan obat pulang berupa Parasetamol 500 mg jika ada demam diminum 3x1, asam mefenamat untuk anti nyeri 500 mg sebanyak 2x1 serta edukasi untuk menjaga kebersihan luka operasi, mengonsumsi makanan yang tinggi protein, dan memeriksakan diri satu minggu pasca operasi.

DISKUSI

Kista adalah kantong berisi cairan, kista seperti balon berisi air, dapat tumbuh di berbagai bagian tubuh dan memiliki banyak jenis. Kista ovarium merupakan temuan umum yang biasanya ditemukan secara tidak sengaja pada pemeriksaan fisik atau pencitraan. Kista ovarium dapat menyebabkan komplikasi, termasuk pecahnya kista, pendarahan, dan torsi, yang dianggap sebagai keadaan darurat ginekologis (Kennedy, 2015).

Kista ovarium atau massa adneksa berkisar dari normal secara fisiologis (kista folikel atau luteal) hingga keganasan ovarium. Kista ovarium dapat terjadi pada

semua usia tetapi lebih umum terjadi pada usia reproduksi dan meningkat pada wanita yang mengalami menarche karena produksi hormon endogen. Kista dapat terjadi pada semua kelompok usia, lesi ovarium campuran kistik dan sepenuhnya padat memiliki tingkat keganasan yang lebih tinggi daripada kista sederhana. Meskipun sebagian besar kista ovarium jinak, usia merupakan faktor risiko independen yang paling penting, dan wanita pascamenopause dengan jenis kista apa pun harus menjalani tindak lanjut dan pengobatan yang tepat karena risiko keganasan yang lebih tinggi.

Selama siklus menstruasi normal, fase folikular ditandai dengan peningkatan produksi hormon perangsang folikel (FSH). Hal ini menyebabkan pemilihan folikel dominan untuk persiapan pelepasan dari ovarium. Dalam ovarium yang berfungsi normal, produksi estrogen dari folikel dominan menyebabkan lonjakan hormon luteinisasi (LH), yang mengakibatkan ovulasi. Setelah ovulasi, sisa-sisa folikel membentuk korpus luteum, yang

menghasilkan progesteron. Hal ini menghambat produksi FSH dan LH. Jika kehamilan tidak terjadi, progesteron menurun, FSH dan LH meningkat, dan siklus berikutnya dimulai.

Faktor risiko pembentukan kista ovarium meliputi

1. Pengobatan infertilitas, pasien yang diobati dengan gonadotropin atau agen induksi ovulasi lainnya dapat mengembangkan kista sebagai bagian dari sindrom hiperstimulasi ovarium.
2. Tamoksifen, pengobatan yang biasanya digunakan pada pasien dengan kanker payudara.
3. Kehamilan, pada kehamilan, kista ovarium dapat terbentuk pada trimester kedua ketika kadar hCG mencapai puncaknya.
4. Hipotiroidisme.
5. Gonadotropin ibu dapat menyebabkan efek transplasenta dari gonadotropin ibu dapat menyebabkan perkembangan kista ovarium janin.
6. Merokok
7. Ligasi tuba atau tubektomi

meyebabkan kista fungsional yang telah dikaitkan dengan sterilisasi untuk mencegah kehamilan.

Diagnosis kista ovarium dapat ditegakkan melalui 3 tahap pemeriksaan yaitu anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis didapatkan manifestasi klinis dapat dijumpai seperti nyeri menetap pada rongga panggul, nyeri abdomen, nyeri saat berhubungan, nyeri pada saat selesai menstruasi, volume perdarahan menstruasi yang tidak seperti biasanya, pembesaran pada bagian perut, nyeri saat buang air kecil, konstipasi, dan nyeri spontan pada bagian bawah perut. Keluhan yang timbul akibat kista seringkali tidak spesifik dan sering diinterpretasikan sebagai appendicitis ataupun keluhan wajar saat menstruasi (Nurmansyah, *et.al.*, 2019).

Kista ovarium umum terjadi pada kehamilan, dapat dilihat pada saat melakukan antenatal rutin ultrasonografi. Mayoritas kista ovarium pada kehamilan adalah jinak dan sembuh secara spontan. Sangat jarang untuk mendiagnosa tumor

ovarium ganas selama kehamilan. Sementara sebagian besar kista ovarium pada kehamilan kecil, dan tidak akan mempengaruhi kehamilan, masih ada risiko malpresentasi janin pada jangka waktu atau dalam waktu dekat di hadapan kista / massa abdominopelvic yang besar, dan jarang menghambat persalinan. Komplikasi akut, seperti torsi, cyst pecah dan perdarahan dari kista ovarium, dapat mempengaruhi baik ibu dan janin, tetapi tidak biasa (Savitri, *et.al.*, 2020).

Dari anamnesis pasien datang dengan rujukan dari bidan dengan riwayat kehamilan G3P2A0 usia kehamilan 39 + 2 minggu dengan Hipertensi Gestasional.

Pada pemeriksaan obstetri luar didapatkan tinggi fundus uteri 34 cm, posisi janin membujur, punggung kiri, dan bagian terbawah janin berupa kepala, masuk pintu atas panggul.

Pencitraan dengan ultrasonografi merupakan lini pertama pilihan dan penggunaan International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) aturan penampilan ultrasonografi lesi ovarium dapat membantu

mengidentifikasi lesi jinak dan ganas lebih akurat. MRI juga aman digunakan pada kehamilan untuk lebih menggambarkan lesi ovarium.

Kista ovarium umum terjadi pada kehamilan dan sering secara spontan sembuh. Manajemen harus diputuskan pada karakteristik simptomatologi dan kista. Manajemen bedah dapat dipertimbangkan, sebaiknya setelah 14 minggu kehamilan untuk meminimalkan intervensi terhadap kista fisiologis seperti corpus luteum. Laparoskopi aman pada kehamilan tetapi akan digunakan dengan hati-hati pada trimester ketiga, atau dalam kasus kista besar atau di mana keganasan dicurigai. Prevalensi sebenarnya dari kista ovarium tidak diketahui, karena banyak pasien diyakini asimtomatik dan tidak terdiagnosis, dan prevalensinya tergantung pada populasi yang diteliti.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus kista ovarium berupa ultrasonografi, foto rontgen, dan kadar CA-125 dalam darah. Ultrasonografi merupakan alat terpenting dalam menggambarkan kista

ovarium. Dengan pemeriksaan ini dapat ditentukan letak batas tumor, apakah tumor berasal dari uterus, atau ovarium, apakah tumor kistik atau solid dan dapat dibedakan pula antara cairan dalam rongga perut yang bebas dan tidak. Dapat membantu mengidentifikasi karakteristik kista ovarium (WHO, 2015).

Tes darah dilakukan dengan mendeteksi zat yang dinamakan CA-125, CA-125 diasosiasikan dengan adanya kanker ovarium. Dengan ini diketahui apakah massa tersebut jinak atau ganas tetapi pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan CA-125.^[15]

Pengobatan dengan tindakan operasi pada kista ovarium perlu mempertimbangkan beberapa kondisi seperti ukuran kista. Apabila kista kecil atau besarnya kurang dari 5 cm pada pemeriksaan ultrasonografi (USG) tidak terlihat tanda-tanda proses keganasan, pada kista ini biasa dilakukan operasi dengan kistectomy. Apabila kista ukurannya besar, biasanya dilakukan pengangkatan kista dengan laparotomi. Pada teknik ini kista

dapat diperiksa atau uji patologi apakah mengalami proses keganasan atau tidak.^[14]

Terdapat dua klasifikasi kista ovarium dan masing-masing memiliki patofisiologinya tersendiri. Klasifikasi tersebut adalah neoplasma ovarium dan kista ovarium fungsional. Kista ovarium fungsional terdiri dari kista folikuler dan luteal yang terjadi akibat adanya disrupsi dari siklus normal ovulasi.

Macam – Macam Kista

- Kista Folikuler

Kista folikuler berawal dari folikel yang gagal pecah saat terjadinya ovulasi terutama pada fase folikuler. Jika terjadi kelebihan FSH atau kekurangan LH pada fase puncak LH, ovum dapat tidak dilepas saat proses ovulasi.

- Kista Lutein

Pada kista korpus luteum, terjadi kegagalan degradasi pada korpus luteum. Kista lutein memiliki 2 jenis, kista granulosa dan kista teka. Kista granulosa merupakan perbesaran non-neoplastik dari ovarium disebabkan oleh luteinisasi dinding sel granulosa pasca ovulasi.

Setelah ovulasi terjadi, akan terbentuk korpus hemoragikum akibat terbentuknya vaskularisasi baru dan terkumpulnya darah di tengah. Adanya resorpsi darah di ruangan ini menyebabkan terbentuknya kista korpus luteum. Sebaliknya, hingga saat ini belum ditemukan mekanisme terbentuknya kista teka secara pasti. Umumnya kista teka ditemukan bersamaan dengan PCOS, mola hidatidosa, dan koriokarsinoma.

- Kista Neoplasma

Kista neoplasma merupakan akibat adanya pertumbuhan yang abnormal pada daerah ovarium. Pertumbuhan ini dapat bersifat ganas ataupun jinak. Beberapa jenis kista jinak diantaranya adalah kistadenoma serosum, kista dermoid, dan kista musinosum.

TATALAKSANA

Kista ovarium memiliki beragam tata laksana, mulai dari observasi ketat sampai dengan melakukan pembedaan untuk mengangkat kista seperti dengan laparoskopi atau laparotomi. Penentuan terapi didasarkan pada ukuran kista, tingkat keganasan, dan gejala yang ditimbulkan.

Metode observasi dapat dilakukan pada kista yang ditemukan pada perempuan prepubertas dan wanita yang berada dalam masa reproduksi ataupun pada kista yang asimtomatik.

Pada kelompok tersebut kebanyakan kista ovarium yang diderita merupakan kista fungsional yang akan terregresi spontan dalam waktu 6 bulan. Sebaliknya, wanita postmenopause memiliki risiko yang lebih tinggi untuk berkembang menjadi keganasan.

Prevalensi kista ganas lebih tinggi daripada kista jinak pada wanita postmenopause. Akan tetapi, terdapat kriteria seorang wanita postmenopause dengan kista ovarium simpel yang hanya memerlukan observasi ketat saja seperti:

- (1) kista unilokular berdinding tipis yang didapatkan dari hasil USG
- (2) kista dengan diameter <5 cm
- (3) tidak ada pembesaran kista pada periode observasi
- (4) kadar CA125 serum yang normal.

Kista yang berdiameter sampai dengan 10 cm masih dapat dilakukan

observasi, jika lebih besar maka dapat dipertimbangkan untuk pembedahan. Pembedahan dapat dilakukan apabila kista berukuran cukup besar sehingga menimbulkan gejala ataupun pada kecurigaan keganasan. Pembedahan yang dapat dilakukan berupa cystectomy ataupun oophorectomy (Nugroho, 2010).

Pada cystectomy hanya dilakukan pengangkatan kista tanpa mengangkat seluruh ovarium. Dengan metode ini fertilitas tetap dapat dipertahankan. Metode ini umumnya dilakukan untuk lesi yang berukuran kecil dan pasien masih dalam usia reproduktif dan masih ingin untuk hamil. Sedangkan untuk lesi yang lebih besar lebih dianjurkan untuk dilakukan oophorectomy yaitu metode dengan mengangkat seluruh ovarium karena pada kista yang berukuran lebih besar lebih rendah untuk terjadi ruptur pada saat dilakukan enukleasi. Selain itu pada kista yang lebih besar juga akan semakin sulit untuk dilakukan rekonstruksi anatomi ovarium serta adanya risiko keganasan yang lebih tinggi.

Pada wanita postmenopause, oophorectomy lebih dianjurkan karena risiko keganasan kelompok tersebut lebih tinggi dan juga keuntungannya lebih besar dibandingkan dengan risikonya.

Terapi pembedahan dapat dilakukan dengan dua metode yaitu metode minimal invasif seperti laparoskopi serta pembedahan terbuka seperti laparotomi. Pada kista yang berukuran kecil dan jinak dapat dilakukan cystectomy dan oophorectomy secara laparoskopik. Namun jika kista sudah berukuran besar, pengangkatan laparoskopi tidak dianjurkan karena akan mengganggu mobilitas instrument dan tidak muat pada saat pengangkatan. Oleh karena itu, kista berukuran besar tersebut dapat diangkat secara laparotomi. Selain observasi dan pembedahan, terdapat pula terapi dengan menggunakan pil KB oral kombinasi. Meski demikian, belum ditemukan studi yang cukup kuat untuk mendukung efektivitas terapi menggunakan pil KB oral kombinasi ini.

KESIMPULAN

Pasien dengan keluhan nyeri perut bagian bawah dan perdarahan abnormal harus dicurigai adanya suatu kista ovarium tapi tidak ada tanda perdarahan hebat pada pasien. Tumor epitel ovarium merupakan penyumbang angka kasus terbanyak, salah satunya kistadenoma ovarium. Kista ovarium dalam kehamilan merupakan kondisi yang memerlukan tatalaksana komprehensif berbasis multidisiplin. Pemeriksaan obstetri menjadi peran untuk menentukan adanya kista atau tidak. Penegakan diagnosa secara dini pada trimester pertama dan kedua serta penentuan tatalaksana yang tepat dapat mengurangi risiko komplikasi pada ibu maupun janin.

DAFTAR PUSAKA

- Hibbard LT. Adnexal torsion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1985;152(4):456-61.
- Nugroho T. Buku. ajar. ginekologi. Edisi I. Yogyakarta: Nuha Medika. 2010.

- WHO. 2015. World Health Statistic 2015. World Health Organization.
- Ventolini G, Hunter L, Drollinger D, Hurd W. Ovarian torsion during pregnancy. Resident and Staff Physician. 2005;51(9):26.
- Fatkhiyah, Natiqotul. 2019. Faktor Risiko Kejadian Kista Ovarium Pada Wanita Usia Reproduksi Di Rskia Kasih Ibu Kota Tegal.
- Kemenkes. 2015. Profil Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nurmansyah, dkk. (2019). Sebuah Laporan Kasus: Kista Ovarium Vol.3 No.3. Jurnal Medical Profession.
- Agah J, Karimzadeh S, Moharrer Ahmadi F. Misdiagnosis of a Giant Uterine Leiomyosarcoma: Clinic an Image Challenges. Case reports in oncological medicine. 2017;2017.
- Agah, J., Davari Sani, S., Salmani, K. A Giant Ovarian Serous Cystadenoma in Pregnancy: A Case Report. Journal of Midwifery and Reproductive Health, 2018; 6(4): 1486-1490. doi: 10.22038/jmrh.2018.27878.1302.
- Duic Z, Kukura V, Ciglar S, et al. Adnexal masses in pregnancy: a review of eight cases undergoing surgical management. 2002;23:133- 134.
- Agah J, Jafarzadeh Esfehiani R, Kamalimanesh B, Fattahi Abdizadeh M, Jalilian AR. Mismanagement of a huge ovarian serous cystadenoma in a young girl; a case report. Journal of midwifery and reproductive health. 2015;3(1):315-7.
- Yeoh M. Investigation and Management of an Ovarian Mass. Journal of clinical. 2015;44(1):48-52.
- Savitri P, Budiana I, Mahayasa P. Karakteristik Penderita Kista Ovarium Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Periode 1 Januari Sampai 30 Juni 2018. Jurnal Medika Udayana. 2020;9(3):82-86.
- Kennedy AM. Fetal Ovarian Cysts: Review of Imaging Spectrum, Differential Diagnosis, and Management. Journal of clinical. 2015;43(2):621-635.
- Sabaruddin H, Armanza F. Korelasi Tumor Marker Cancer Antigen(CA- 125) terhadap kadar Hemoglobin, Leukosit, dan Platelet Limfosit Ratio pada Pasien Kanker Ovarium di RSUD ULIN Banjarmasin. Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma. 2018;7(1):93-10.