

DIAGNOSIS DINI DAN PENATALAKSANAAN OPERATIF TORSI OVARIUM DEKSTRA AKIBAT KISTA OVARIUM PADA WANITA USIA REPRODUKTIF: LAPORAN KASUS

Early Diagnosis and Surgical Management of Right Ovarian Torsion Secondary to an Ovarian Cyst in a Reproductive-Aged Woman: A Case Report

Primadella Fegita¹, Chandra Adilla²

^{1,2}Universitas Baiturrahmah

Email: primadella@fk.unbrah.ac.id

Abstract

Ovarian torsion is a gynecological emergency caused by partial or complete rotation of the ovary and its vascular pedicle, leading to impaired blood flow and potential ovarian necrosis if not treated promptly. Ovarian cysts larger than 5 cm are recognized as the main predisposing factor. A 33-year-old multiparous woman presented with sudden-onset right lower abdominal pain lasting four hours. Physical examination revealed tenderness over the right adnexal region. Ultrasonography demonstrated a well-defined unilocular hypoechoic cystic mass measuring approximately 2.5 × 4.6 cm arising from the right adnexa, accompanied by absent ovarian blood flow on Doppler evaluation. An emergency laparotomy was performed, revealing a torsed, dark-brown right ovarian cyst. Right salpingo-oophorectomy was undertaken because the adnexa appeared non-viable. Histopathological examination confirmed an ovarian cyst. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged in stable condition. Early recognition of ovarian torsion through clinical evaluation supported by ultrasonography is essential to prevent ischemic complications. Prompt surgical intervention remains the definitive treatment, while the choice of surgical procedure should be individualized according to ovarian viability and intraoperative findings.

Keywords: ovarian torsion, ovarian cyst, salpingo-oophorectomy, gynecological emergency, case report

Abstrak

Torsi ovarium merupakan salah satu kegawatdaruratan ginekologi yang disebabkan oleh terpuntirnya ovarium beserta pedikelnya sehingga mengganggu aliran darah menuju ovarium. Kondisi ini dapat menyebabkan iskemia hingga nekrosis apabila tidak segera ditangani. Salah satu faktor risiko tersering adalah adanya kista ovarium. Seorang wanita berusia 33 tahun datang ke Instalasi Gawat Darurat dengan keluhan nyeri mendadak pada perut kanan bawah sejak empat jam sebelum masuk rumah sakit. Pemeriksaan ultrasonografi menunjukkan massa kistik unilokular pada adneksa kanan disertai tidak ditemukannya aliran darah menuju ovarium kanan sehingga mengarah pada diagnosis kista ovarium dekstra terpuntir. Pasien menjalani laparotomi emergensi dan ditemukan kista ovarium kanan berwarna cokelat tua dengan tangkai terpuntir. Dilakukan salpingo-ooforektomi dekstra karena jaringan ovarium telah menunjukkan tanda tidak viabel. Kondisi pasien membaik pascaoperasi dan diperbolehkan pulang setelah perawatan tanpa komplikasi. Diagnosis dini berdasarkan manifestasi klinis dan pemeriksaan ultrasonografi sangat penting untuk mencegah kerusakan ovarium permanen. Penatalaksanaan operatif segera merupakan terapi definitif pada kasus torsi ovarium dengan mempertimbangkan viabilitas jaringan saat operasi.

Kata Kunci: kista ovarium, torsi ovarium, salpingo-ooforektomi, kegawatdaruratan ginekologi, laporan kasus

PENDAHULUAN

Pada wanita, organ yang paling sering menjadi kista adalah ovarium. Tidak ada ketentuan apakah ovarium sinistra atau dekstra yang sering menjadi kista. Pada kebanyakan kasus kista justru tidak memerlukan tindakan bedah.(Adrianz,2011)

Meskipun kista tidak mengganggu kesuburan, dianjurkan untuk selalu melakukan deteksi dini berupa pemeriksaan ultrasonografi (USG). Karena, ada kemungkinan kista tersebut neoplasma ganas dan bisa mengakibatkan kanker ovarium. Kista yang memiliki diameter lebih dari 5 cm dapat terpuntir. Akibatnya, kista pecah dan menimbulkan nyeri sangat hebat. Bila hal itu terjadi, dapat menjadi nekrotik dan bisa mengakibatkan emboli hingga kematian.(FK UNPAD,1993)

Terpuntirnya (torsio) ovarium baik komplit ataupun parsial hampir selalu melibatkan jaringan adneksa lainnya sehingga mengakibatkan terjadinya iskemia dan infark. Komponen adneksa yang paling sering terlibat adalah ovarium dan tuba falopii. Ovarium dan tuba falopii sering terpuntir sebagai satu kesatuan. Walaupun masing-masing ovarium maupun tuba falopii dapat terpuntir tanpa melibatkan satu dengan yang lainnya akan tetapi hal ini sangat jarang terjadi. Penegakkan diagnosis sedini mungkin dan pembedahan merupakan suatu hal yang sangat penting untuk mengembalikan fungsi dari ovarium dan tuba yang terpuntir sebelum terjadinya infark dan nekrosis sehingga dapat mencegah morbiditas.(Adrianz,2011)

Tinjauan Pustaka

Kista ovarium merupakan kantung berisi cairan atau materi semisolid yang tumbuh pada atau di sekitar ovarium dan dapat bersifat fungsional maupun neoplastik. Sebagian besar kista ovarium pada wanita usia reproduktif bersifat jinak dan asimtomatik, namun dapat menimbulkan komplikasi berupa ruptur, perdarahan, maupun torsi ovarium. Torsi ovarium merupakan keadaan terpuntirnya ovarium dengan atau tanpa tuba falopi sehingga mengganggu aliran vena, limfatik, dan arteri, yang dapat menyebabkan edema, iskemia, hingga nekrosis apabila tidak segera ditangani.(Mansjoer et al.,2009)

Torsi ovarium merupakan salah satu kegawatdaruratan ginekologi dengan insidensi sekitar 2-3% dari seluruh kasus ginekologi yang memerlukan tindakan operatif. Sebagian besar kasus terjadi pada wanita usia reproduktif dan sekitar 50-80% berhubungan dengan adanya massa ovarium unilateral, terutama kista ovarium berukuran lebih dari 5 cm. Faktor risiko lain meliputi kehamilan, induksi ovulasi, hipermobilitas ligamentum ovarii, serta riwayat operasi pelvis.(Mansjoer et al.,2009) (Junqueira et al.,2005)

Manifestasi klinis yang paling sering dijumpai adalah nyeri abdomen bawah unilateral yang timbul secara mendadak, disertai mual dan muntah. Pada beberapa kasus dapat ditemukan demam ringan apabila telah terjadi nekrosis jaringan. Gejala tersebut tidak spesifik sehingga diagnosis banding seperti apendisitis akut, kehamilan ektopik, penyakit radang panggul, dan ruptur kista ovarium perlu dipertimbangkan. Pemeriksaan fisik umumnya menunjukkan nyeri tekan pada adneksa yang terkena dan kadang disertai massa pelvis.(Adrianz,2011)(DeCherney et al.,2007)(Callahan et al.,2018)

Ultrasonografi transabdominal atau transvaginal dengan *Color Doppler* merupakan pemeriksaan penunjang utama dalam menegakkan diagnosis. Temuan yang mendukung antara lain pembesaran ovarium, massa kistik, edema ovarium, gambaran whirlpool sign, serta berkurang atau tidak ditemukannya aliran darah ovarium pada pemeriksaan Doppler. Meskipun demikian, hasil Doppler normal

tidak sepenuhnya menyingkirkan diagnosis torsi karena masih dimungkinkan adanya suplai darah kolateral. Pemeriksaan CT scan dan MRI hanya dilakukan pada kasus dengan diagnosis yang meragukan.(Mansjoer et al.,2009)(DeCherney et al.,2007)(Katz et al,2007)

Penatalaksanaan definitif torsi ovarium adalah tindakan operatif sesegera mungkin untuk mencegah kerusakan permanen pada ovarium. Laparoskopi menjadi pilihan utama karena bersifat minimal invasif dan memberikan masa pemulihan yang lebih cepat. Namun, laparotomi masih menjadi pilihan pada massa berukuran besar, kondisi pasien yang tidak stabil, atau apabila fasilitas laparoskopi tidak tersedia. Apabila ovarium masih viabel, tindakan detorsi disertai kistektomi lebih dianjurkan untuk mempertahankan fungsi reproduksi. Sebaliknya, pada ovarium yang telah mengalami nekrosis atau diduga ganas, salpingo-ooforektomi merupakan tindakan yang direkomendasikan. (Andalas et al.,2016) (Putri,2016) (Berek et al.,2015)

Prognosis torsi ovarium sangat bergantung pada kecepatan diagnosis dan waktu dilakukan tindakan operatif. Penanganan yang cepat dapat mempertahankan viabilitas ovarium dan fungsi reproduksi, sedangkan keterlambatan diagnosis meningkatkan risiko nekrosis ovarium, infeksi, peritonitis, hingga kehilangan fungsi ovarium. Oleh karena itu, pengenalan dini terhadap gejala klinis serta penggunaan ultrasonografi Doppler sebagai modalitas diagnostik sangat penting untuk meningkatkan luaran klinis pasien.(Berek et al.,2015) (Pernoll,1994)

METODE

Artikel ini disusun menggunakan metode laporan kasus (*case report*). Data diperoleh dari rekam medis pasien yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Padang pada April 2026 dengan diagnosis kista ovarium dekstra terpuntir. Data meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, ultrasonografi, temuan intraoperatif, penatalaksanaan, serta luaran klinis pasien. Analisis dilakukan secara deskriptif dengan membandingkan temuan klinis terhadap literatur dan pedoman terkini mengenai diagnosis serta tata laksana torsi ovarium.

LAPORAN KASUS

Anamnesis

Keluhan Utama

Seorang pasien wanita usia 33 tahun masuk ke IGD RS Bhayangkara Padang pada 29 April 2026 pukul 09.00 WIB, dengan keluhan utama nyeri pada perut bagian kanan bawah sejak 4 jam sebelum masuk rumah sakit

Riwayat Penyakit Sekarang

- Nyeri pada perut bagian kanan bawah sejak 4 jam sebelum masuk rumah sakit. Nyeri terus menerus dan tidak berpindah.
- Perut tidak terasa membesar
- Keluhan keluar darah dari kemaluan diluar siklus menstruasi tidak ada
- Post coital bleeding (-), dispareunia (-)
- Riwayat trauma, diurut, keputihan dan demam tidak ada
- Tidak ada riwayat penurunan berat badan secara drastis
- BAB dan BAK dalam batas normal
- Riwayat menstruasi : tidak teratur sejak 1 tahun yang lalu, 1x dalam 2-3 bulan,

lamanya 3-4 hari, 2-3 kali ganti duk/hari, nyeri haid (-)

Riwayat Penyakit Dahulu

Tidak ada riwayat sakit jantung, paru, hati, ginjal, DM, dan hipertensi. Tidak ada riwayat sakit tumor atau kanker sebelumnya.

Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada riwayat keluarga sakit menular, keturunan atau gangguan kejiwaan. Tidak ada riwayat sakit tumor atau kanker dalam keluarga. Riwayat perkawinan: Menikah 1x tahun 2018.

Riwayat hamil / abortus / persalinan : 1/0/1

1. 2022/laki-laki/3000gr/PN/dokter/Hidup
2. 2024/perempuan/3200gr/PN/dokter/Hidup

Riwayat Pekerjaan : Peraeat

Riwayat Pendidikan : S1

Riwayat imunisasi : Tidak ada

Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : Sedang

Kesadaran : Komposmentis

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 98 x/menit

Pernafasan : 18 x/menit

Suhu : 36,7 °C

Mata : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik

Leher : JVP 5 – 2 cmH₂O, tiroid tidak teraba

Thorak : Jantung dan paru dalam batas normal

Abdomen : Status ginekologis

Genitalia : Status ginekologis

Ekstremitas : Edema -/-, Reflek fisiologis +/+, Reflek patologis -/-

Status Ginekologis

Abdomen

Inspeksi : sikatrik (-)

Palpasi : Supel

Perkusi : Tympani, pekak di atas massa

Auskultasi : Bising usus norma

Genitalia

Inspeksi : V/U tenang, PPV (-) Inspekulo

Vagina : Tumor (-), laserasi (-), fluxus (-)

Portio : MP, ukuran sebesar jempol kaki dewasa, tumor (-), laserasi (-), fluxus (-), OUE tertutup.

VT bimanual

Vagina : Tumor (-)

Portio : MP, teraba sebesar jempol kaki dewasa, permukaan licin, tumor (-), nyeri goyang (-), OUE tertutup

CUT : Sulit dinilai

AP : Teraba pool bawah tumor di adneksa kanan, konsistensi kistik dengan permukaan rata, nyeri tekan (-)

CD : Tidak menonjol

Laboratorium

Tabel 1. Hasil Laboratorium

Parameter	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	12,2gr/dl	12 – 14
Hematokrit	33%	37 – 43
Leukosit	7.800/mm ³	5.000 – 10.000
Trombosit	246.000/mm ³	150.000 – 400.000
Basofil	0	0-1
Eosinofil	2	3-Jan
Netrofil	72	50-70
Limfosit	20	20-40
Monosit	6	8-Feb
APTT	23,4	20-27
PT	10,4	9,1-12
Total Protein	7,9	6,6-8,7
Albumin	4,3	3,8-5,0
Globulin	3,6	1,3-2,7
SGOT	10	<32
SGPT	7	<31
Bilirubin total	0.4	0,3-1,0
Bilirubin direk	0.2	<0,20
Bilirubin indirek	0.2	<0,60
Ureum	13	Oct-50
Creatinin	0.7	0,6-1,2
Natrium	138	136-145
Kalium	4,0	3,5-5,1
Clorida	104	97-111
HIV	Non Reaktif	Non Reaktif
HBSAG	Non Raektif	Non Raektif
GDR	108	<200

USG



Gambar 1. Hasil USG

Interprestasi USG :

- Tampak Uterus Antefleksi, ukuran : 6,05x4,32 cm Endometrial line (+)
- Tampak gambaran massa hipoechoic unilokuler berbttas tegas ukuran 2,5 x 4,6 cm, echo interna (-) diduga berasal dari adnexa kanan
- Tampak aliran darah arteri ovarika menuju adnexa kanan terhenti
- Kesan : kista ovarium dextra terpuntir

Diagnosis : p2h2 + Obs. Nyeri abdomen ec susp kista ovarium dekstra terpuntir

Sikap :

- Kontrol KU, VS
- Informed consent
- Inj ceftriaxone 2 gram (iv) preop

Rencana : Laparotomi emergency

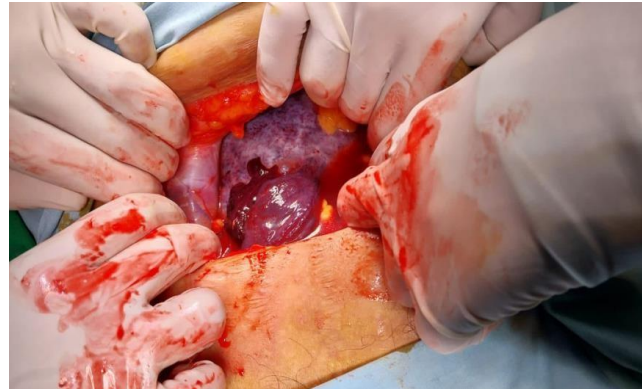
Tanggal 29 April 2026 pukul 11.00 WIB

Dilakukan Laparotomi

- Dilakukan laparotomi dengan insisi pfannenstiel diatas bekas luka operasi sebelumnya
- Setelah peritoneum dibuka, tampak kista ovarium kana berwarna coklat tua dengan tangkai kista terpuntir
- Dilakukan salpingooforektomi dekstra
- Massa kista dibelah 2, berisi darah. Kesan : kista ovarium. Jaringan di PA kan
- Dinding abdomen ditutup lapis demi lapis
- Operasi selesai. Perdarahan intra operasi 100 cc.

Foto Intra OP

Gambar 2. Foto Intra OP



Diagnosis : P2H2 + Post salpingooforektomi dekstra ai kista ovarium dekstra terpuntir

Sikap :

Observasi KU, VS, Akut abdomen, PPV

IVFD RL 20 tpm

Inj. Ceftriaxone 2x1 gr (IV) 3 hari

Inj Asam Tranexamat 3x500 mg

Inj Vit K 3x1

Pronalges supp II (K/P)

Kateter menetap 24 jam

Cek labor darah rutin 6 jam post operasi

Follow Up

Jumat, 30-04-2026, pukul 08.00 wib

S/ Nyeri luka op (+), demam (-), BAK (+), BAB (-), flatus (+)

O/ Keadaan umum	: Sedang
Kesadaran	: Komposmentis kooperatif
Tekanan darah	: 110/80 mmHg
Frekuensi nadi	: 80 x / menit
Frekuensi nafas	: 20 x / menit

Suhu : 36.8 C
 Mata : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik
 Abdomen : Luka operasi tertutup verban, tenang NT (-),
 NL (-), DM (-), bising usus (+)
 Genitalia : I : Vulva dan urethra tenang, PPV (-)

Laboratorium 6 jam post operasi :

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Hb	11,6	12-16
2	Leukosit	10.78	5000-10.000
3	Ht	38	37-43
4	Trombosit	412	150.000-400.000

A/

P1H1 + Post salpingooforektomi dekstra ai kista ovarium dekstra terpuntir, post op H-1

P/ Perawatan post op

I/

Observasi KU, VS, Akut abdomen, PPV

IVFD RL 20 tpm

Inj. Ceftriaxone 2x1 gr (IV)

Inj Asam Tranexamat 3x500 mg

Inj Vit K 3x1

Pronalges supp II (K/P)

Kateter menetap 24 jam

01-05-2026, pukul 08.00 WIB

S/ Nyeri luka op (+), demam (-), BAK (+), BAB (-), flatus (+)

O/ Keadaan umum : Sedang
 Kesadaran : Komposmentis kooperatif
 Tekanan darah : 120/80 mmHg
 Frekuensi nadi : 88 x / menit
 Frekuensi nafas : 22 x / menit
 Suhu : 36.6 C
 Mata : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik
 Abdomen : Luka operasi tertutup verban, tenang
 NT (-), NL (-), DM (-), bising usus (+)
 Genitalia : I : Vulva dan urethra tenang, PPV (-)

A/

P1H1 + Post salpingooforektomi dekstra ai kista ovarium dekstra terpuntir, post op H-2

P/ Perawatan post op

I/

Kontrol KU, VS

Inj. Ceftriaxone 2x1 gr (IV)

As. Mefenamat 3x500 mg

Vit C 3x50 mg

Mobilisasi bertahap, diet TKTP dan MB

Aff infus dan kateter

16-10-2022, pukul 08.00 WIB

S/ Nyeri luka op (+), demam (-), BAK (+), BAB (-), flatus (+)

O/ Keadaan umum : Sedang
Kesadaran : Komposmentis kooperatif
Tekanan darah : 120/70 mmHg
Frekuensi nadi : 82 x / menit
Frekuensi nafas : 20 x / menit
Suhu : 36.9 C
Mata : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik
Abdomen : Luka operasi tertutup verban, tenang
NT (-), NL (-), DM (-), bising usus (+)
Gentalia : I : Vulva dan urethra tenang, PPV (-)

A/

P1H1 + Post salpingooforektomi dekstra ai kista ovarium dekstra terpuntir, post op H-3

P/ Perawatan post op

I/

Kontrol KU, VS

Inj. Ceftriaxone 2x1 gr (IV)

As. Mefenamat 3x500 mg

Vit C 3x50 mg

02-05-2026, pukul 08.00 WIB

S/ Nyeri luka op (+), demam (-), BAK (+), BAB (-), flatus (+)

O/ Keadaan umum : Sedang
Kesadaran : Komposmentis kooperatif
Tekanan darah : 120/70 mmHg
Frekuensi nadi : 82 x / menit
Frekuensi nafas : 20 x / menit
Suhu : 36.9 C
Mata : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik
Abdomen : Luka operasi tertutup verban, tenang
NT (-), NL (-), DM (-), bising usus (+)
Gentalia : I : Vulva dan urethra tenang, PPV (-)

A/

P1H1 + Post salpingooforektomi dekstra ai kista ovarium dekstra terpuntir, post op H-4

P/ Perawatan post op

I/

Kontrol KU, VS

Cefixime 2x200 mg

As. Mefenamat 3x500 mg

Vit C 3x50 mg

GV = Pulang

PEMBAHASAN

Pada pasien ditegakkan diagnosa susp kista ovarium dekstra terpuntir berdasarkan anamnesis, dimana pasien mengeluhkan nyeri pada perut bagian kanan

bawah sejak 4 jam sebelum masuk rumah sakit. Nyeri terus menerus dan tidak berpindah dan disertai adanya massa didalam perut yang membesar sejak 2 tahun yang lalu. Pemeriksaan bimanual merupakan metode pemeriksaan paling praktis dalam menentukan adanya massa di adneksa, apabila ditemukan massa maka perlu dideskripsikan bagaimana sifat massa tersebut sehingga dapat diketahui kemungkinan dari mana massa tersebut berasal. Deskripsinya menyangkut lokasi, ukuran (dalam sentimeter), konsistensi, bentuk, mobilitas, nyeri, bilateralitas dan temuan lainnya seperti demam dan adanya asites. Pada pasien ini dari pemeriksaan fisik abdomen supel, teraba massa 2 jari dibawah pusat, regio kanan bawah, konsistensi kistik, permukaan rata, mudah digerakan, ukuran sebesar kepala bayi, preterm, nyeri tekan (+), nyeri lepas (+), defans muscular (-), tidak ada demam dan asites.

Alat diagnostik penunjang seperti sonografi, MRI (Magnetic Resonance Imaging) dan CT (Computed Tomografi) dapat membantu dalam menentukan karakteristik yang lebih tepat dari massa adneksa ini. Namun pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan CT scan dan MRI, hanya berdasarkan USG. Dengan USG pelvis terutama yang 3 dimensi merupakan alat yang akurat dalam menentukan lokasi, ukuran, perluasan dan konsistensi massa serta juga berguna untuk mencari ada tidaknya obstruktif uropati, asites dan metastasis.(FK UNPAD,1993)

Interprestasi USG dari pasien ini adalah Uterus Antefleksi, ukuran: 6,05x4,32 cm, Endometrial line (+), tampak gambaran massa hipoechoic unilokuler berbatas tegas ukuran 12,44x8,06 cm, echo interna (-) diduga berasal dari adnexa kanan, aliran darah menuju adnexa kanan tampak terhenti. Kesan: Kista ovarium dekstra terpuntir. Dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang diatas menunjukkan adanya kista ovarium dekstra terpuntir pada pasien, kemudian dibuktikan dari jenis jaringan intra operatif sehingga diagnosis ini sudah tepat ditegakkan.(FK UNPAD,1993)(Mansjoer et al,2009)

Pada pasien ini dipilih dilakukan salpingo-ooforektomi pada kista ovarium dekstra, ini tepat karena berdasarkan temuan intra operatif didapatkan 1 buah kista ovarium kanan dimana pada kista kanan terpuntir. Pada kista terpuntir kanan dilakukan salpingo-ooforektomi segera mengingat resiko tromboemboli dari bagian yang terpuntir walaupun komplikasi tersebut jarang terjadi.(Putri,2016)

Lesi yang lebih besar mungkin membutuhkan oophorektomi karena sulitnya melakukan enukleasi kista tanpa menyebabkan pecahnya kista dan juga dengan risiko keganasan yang lebih besar dengan massa yang lebih besar. Namun pada wanita postmenopause ooforektomi lebih disukai karena risiko keganasan lebih tinggi dan keuntungan mempertahankan ovarium lebih sedikit.(Mansjoer,2000)

Pada pasien dengan ukuran massa yang besar dan tidak dapat dipisahkan lagi dengan jaringan ovarium normal serta telah terjadinya abnormalitas tuba berupa elongasi dan dinding tuba yang menempel pada massa kista. Maka pengambilan tindakan salphingo-ooforektomi dekstra telah tepat. (Lobo et al.,2017) (Mukhopadhyay,2014)

Pengangkatan seluruh kista dan ovarium dapat memberikan diagnosis definitif dan dapat menghilangkan gejala serta mencegah timbulnya komplikasi seperti torsi, ruptur dan degenerasi keganasan. Seperti kista ovarium lainnya, pengangkatan dapat dilakukan baik dengan laparoskopi maupun dengan laparotomi baik dengan cara ooforektomi. Sehingga pada pasien ini salphingo-ooforektomi dekstra merupakan tindakan yang tepat. (Mansjoer,2000)

Satu studi kohort multisenter retrospektif untuk kista yang dilakukan laparoskopi dibandingkan dengan laparotomi eksplorasi ditemukan secara signifikan lebih banyak rekurensi ipsilateral pada kelompok laparoskopi terjadi antara 2-24 bulan pasca operasi dan probabilitas kekambuhan pada dua tahun menjadi 7,6% pada laparoskopi dan 0% untuk laparotomy. Lobo et al.,2017) (Mukhopadhyay,2014)

Studi lain menemukan bahwa usia muda (kurang dari 30 tahun), ukuran kista besar (lebih dari atau sama dengan 8 cm) dan kista unilateral merupakan faktor prediktif yang signifikan untuk terjadinya kekambuhan. Pada beberapa penelitian, pasien yang memiliki dua faktor risiko ini menunjukkan tingkat kekambuhan setinggi 21,0%, dibandingkan dengan 3-4% pada kelompok bebas risiko. Meskipun ada peluang yang signifikan untuk kekambuhan pasca operasi yang nyata, namun, faktor-faktor penyebab yang menyebabkan hal ini tetap belum sepenuhnya dipahami.(Edmonds et al,2018)

KESIMPULAN

Diagnosis pada pasien ini sudah tepat, yaitu P1H1 + Obs. Nyeri abdomen ec susp kista ovarium dekstra terpuntir. Dengan pemeriksaan yang dilakukan secara cermat dan tepat, diagnosa kista ovarium dextra terpuntir dapat ditegakkan dan diketahui apakah suatu kista ovarium terdapat tanda-tanda keganasan. Kista ovarium dapat ditegakkan sedini mungkin pada saat asimtomatik, sehingga masih mempunyai pilihan tindakan untuk mempertahankan organ reproduksinya. Pada saat intraoperatif dapat diketahui kondisi kista ovarium, uterus dan kedua tuba dan sangat menentukan tindakan operatif selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriansz G. Tumor jinak organ genitalia. Dalam: Prawirohardjo S, editor. Ilmu Kandungan. Edisi ke-3. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2011.
- Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. Ginekologi Elster. Bandung: Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran; 1993.
- Mansjoer A, Triyanti K, Savitri R, Wardhani WI, Setiowulan W. Tumor ovarium neoplastik jinak. Dalam: Kapita Selekt Kedokteran. Jilid 1. Jakarta: Media Aesculapius FKUI; 2009.
- Junqueira LC, Carneiro J. Basic Histology: Text and Atlas. 11th ed. New York: McGraw-Hill Lange; 2005.
- DeCherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 2007.
- Callahan TL, Caughey AB. Ovarian and fallopian tube tumors. In: Blueprints Obstetrics and Gynecology. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
- Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM. Benign gynecologic lesions: vulva, vagina, cervix, uterus, oviduct, ovary. In: Comprehensive Gynecology. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2007.
- Andalas M, Amri AF, Rahman A. Kista ovarium terpuntir: laparoskopi atau laparotomi? J Indones Med Assoc. 2016;66(11):554–556.
- Putri DM. Manajemen Kista Ovarium Terpuntir pada Gadis Remaja. Bandung:



- Sooca Unpad Press; 2016.
- Berek JS, Berek DL. Berek & Novak's Gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- Pernoll ML. Benson & Pernoll's Handbook of Obstetrics and Gynecology. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
- Mansjoer A, editor. Kapita Selektta Kedokteran. Edisi ke-3. Jilid 1. Jakarta: Media Aesculapius FKUI; 2000.
- Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA. Comprehensive Gynecology. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
- Mukhopadhyay S, Arulkumaran S. Algorithms for Obstetrics and Gynaecology. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- Edmonds DK, Lees C, Bourne T. Benign diseases of the vagina, cervix and ovary. In: Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology. 9th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2018.