

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (HIPKABI, 2014). Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Menurut Brunner dan Suddarth (2016) fase perioperatif mencakup tiga fase dan pengertiannya yaitu :

- a. Fase preoperatif dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi.
- b. Fase intraoperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan.
- c. Fase postoperatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan preoperatif dan intraoperatif yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*) / pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah.

2. Peran Perawat Perioperatif

Perawat kamar bedah (*operating room nurse*) adalah perawat yang memberikan asuhan keperawatan perioperatif kepada pasien yang akan mengalami pembedahan yang memiliki standar, pengetahuan, keputusan, serta keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip keilmuan khususnya kamar bedah (AORN, 2013 dalam Hipkabi, 2014). Keperawatan perioperatif dilakukan berdasarkan proses keperawatan sehingga perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode perioperatif (*pre*, *intra*, dan *postoperasi*) (Muttaqin, 2009).

Perawat kamar bedah bertanggung jawab mengidentifikasi kebutuhan pasien, menentukan tujuan bersama pasien dan mengimplementasikan intervensi keperawatan. Selanjutnya, perawat kamar bedah melakukan kegiatan keperawatan untuk mencapai hasil akhir pasien yang optimal (Hipkabi, 2014). Perawat kamar bedah dalam pelayanannya berorientasi pada respon pasien secara fisik, psikologi spiritual, dan sosial-budaya (AORN, 2013).

Kamar operasi adalah lingkungan khusus yang dibuat dengan satu tujuan utama yaitu keselamatan pasien. Perawat yang bekerja di kamar operasi bertindak sebagai advokator dari pasien yang tidak dapat mengadvokasi diri mereka sendiri sebagai akibat dari pemberian anastesi. Selama proses pembedahan pasien menjadi tanggung jawab tim bedah, yang minimal terdiri dari dokter (operator), tim anastesi, perawat *scrub*, dan perawat sirkulasi (Litwack, 2009). Perawat *scrub* dan perawat sirkulasi inilah yang disebut sebagai perawat kamar bedah (*operating room nurse*).

a. Perawat instrumen (*scrub nurse*)

Perawat *scrub* atau di Indonesia juga dikenal sebagai perawat instrumen merupakan perawat kamar bedah yang memiliki tanggung jawab terhadap manajemen area operasi dan area steril pada setiap jenis pembedahan (Muttaqin, 2009). Menurut *Association of Perioperative Registered Nurse* (AORN), perawat *scrub* bekerja langsung dengan ahli bedah di bidang steril, operasional instrumen, serta bagian lain yang dibutuhkan selama prosedur operasi (Litwack, 2009). Uraian tugas seorang perawat scrub diantaranya :

1) Pada fase preoperasi (AORN, 2013):

- a) Melakukan kunjungan pasien yang akan operasi minimal sehari sebelum pembedahan untuk memberikan penjelasan atau memperkenalkan tim bedah.
- b) Mempersiapkan ruangan operasi dalam keadaan siap pakai yang meliputi kebersihan ruang operasi, meja instrumen, meja operasi, lampu operasi, mesin anastesi lengkap, dan *suction pump*.

- c) Mempersiapkan instrumen steril sesuai dengan tindakan operasi.
 - d) Mempersiapkan cairan antiseptik dan bahan-bahan sesuai keperluan pembedahan.
- 2) Pada fase Intraoperasi :
- a) Memperingatkan tim bedah jika terjadi penyimpangan prosedur aseptik.
 - b) Membantu mengenakan jas steril dan sarung tangan untuk ahli bedah
 - c) Menata instrumen steril di meja operasi sesuai dengan urutan prosedur operasi.
 - d) Memberikan cairan antiseptik pada kulit yang akan dieksisi.
 - e) Membantu melakukan prosedur *drapping*.
 - f) Memberikan instrumen kepada ahli bedah sesuai urutan prosedur dan kebutuhan tindakan pembedahan secara tepat dan benar.
 - g) Mempersiapkan benang benang jahitan sesuai kebutuhan dalam keadaan siap pakai.
 - h) Membersihkan instrumen dari darah dari darah pada saat intraoperasi untuk mempertahankan sterilitas alat di meja instrumen.
 - i) Menghitung kassa, jarum, dan instrumen sebelum, selama, dan setelah operasi berlangsung.
 - j) Memberitahukan hasil perhitungan jumlah alat, kassa, dan jarum pada ahli bedah sebelum operasi dimulai dan sebelum luka ditutup lapis demi lapis.
 - k) Mempersiapkan cairan untuk mencuci luka.
 - l) Membersihkan luka operasi dan kulit sekitar luka.
- 3) Pada fase postoperasi (AORN, 2013)
- a) Memfiksasi *drain* dan kateter (jika terpasang).
 - b) Membersihkan dan memeriksa adanya kerusakan kulit pada daerah yang terpasang elektrode.

- c) Memeriksa dan menghitung kelengkapan semua instrumen sebelum dikeluarkan dari kamar operasi.
- d) Memeriksa ulang catatan dan dokumentasi dalam keadaan lengkap.
- e) Mengirim instrumen ke bagian sterilisasi / *Central Sterile Supply Department* (CSSD).

3. Tahapan dalam Keperawatan Perioperatif

Perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : preoperatif, intraoperatif dan postoperatif. Tiga fase ini disebut periode perioperatif.

A. Preoperatif

Tahap preoperatif merupakan tahap pertama dalam perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Aktivitas keperawatan dalam fase ini diantaranya pengkajian dasar pasien, wawancara preoperatif, dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan (Brunner & Suddarth, 2016).

Asuhan keperawatan preoperatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan preoperatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (*one day care*), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin, 2009).

Fase preoperasi lingkup aktivitas keperawatan tersebut mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan. Persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1) Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, *narcosa* atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang bedah, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

2) Persiapan fisiologi, meliputi :

- a) Diet (puasa) pada operasi dengan anestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Operasi dengan anaestesi lokal/spinal anaestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.
- b) Persiapan perut, yaitu pemberian *leuknol/lavement* sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah perifer. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c) Persiapan kulit, yaitu daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut
- d) Hasil pemeriksaan, diantaranya hasil laboratorium, foto rontgen, elektrokardiogram (EKG), ultrasonografi (USG) dan lain-lain.
- e) Persetujuan operasi / *informed Consent*, yaitu izin tertulis dari pasien/keluarga harus tersedia (Brunner & Suddarth, 2016).

B. Intraoperasi

Fase intraoperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi Bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang

pemulihan. Fase intraoperasi ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan *iv catheter*, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh : memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat *scrub*, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (Brunner & Suddarth, 2016).

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah :

- 1) Letak bagian tubuh yang akan dioperasi.
- 2) Umur dan ukuran tubuh pasien.
- 3) Tipe anestesi yang digunakan.
- 4) Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (*arthritis*).
- 5) Prinsip-prinsip didalam pengaturan posisi pasien : Atur posisi pasien dalam posisi yang nyaman dan sedapat mungkin jaga privasi pasien, buka area yang akan dibedah dan kakinya ditutup dengan duk.

Anggota tim asuhan pasien intraoperatif biasanya di bagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

- 1) Anggota steril, terdiri dari: ahli bedah utama / operator, asisten ahli bedah, *scrub nurse* / perawat instrumen.
- 2) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari: ahli atau pelaksana anestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit) (Muttaqin & Sari, 2013).

C. *Postoperasi*

Fase postoperatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan preoperatif dan intraoperatif yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*) / pasca anestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Fase *postoperasi* ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Fase *postoperasi* fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah. Fase postoperatif meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah:

- 1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (*recovery room*).

Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta *side rail* harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko *injury*. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.

- 2) Perawatan *post* anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi.

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar *recovery room* (RR) atau unit perawatan pasca anestesi *post anesthesia care unit* (PACU) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan. PACU

atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- a) Perawat yang disiapkan dalam merawat postoperatif (perawat anastesi).
- b) Ahli anastesi dan ahli bedah.
- c) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya (Brunner & Suddarth, 2016).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Perioperatif

1. Preoperasi

a. Pengkajian

Pengkajian pasien pada fase preoperatif secara umum dilakukan untuk mengetahui permasalahan pada pasien, sehingga perawat dapat memberikan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien. Pengkajian preoperatif secara umum meliputi pengkajian umum, riwayat kesehatan, pengkajian psikososiospiritual, pemeriksaan fisik dan pengkajian diagnostik (Muttaqin & Sari, 2013).

1) Pengkajian Umum

Pengkajian pasien di unit rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan secara komprehensif di mana semua hal yang berhubungan dengan pembedahan pasien perlu dilakukan secara seksama. Berikut ini adalah hal-hal yang harus diidentifikasi pada saat melakukan pengkajian umum.

a) Identitas Pasien

Pengkajian ini diperlukan agar tidak terjadi duplikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting untuk diketahui guna melihat kondisi pada berbagai jenis pembedahan. Perawat perioperatif harus mengetahui bahwa faktor usia, baik anak-anak dan lansia dapat meningkatkan risiko pembedahan.

b) Jenis Pekerjaan dan Asuransi Kesehatan

Pengkajian jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan diperlukan sebagai persiapan umum. Sebelum dilakukan operasi

sebaiknya pasien dan keluarga sudah mendapat penjelasan dan informasi terkait masalah finansial.

c) Persiapan Umum

Persiapan *informed consent* dilakukan sebelum dilaksanakannya tindakan. Pasien dan keluarga harus mengetahui perihal prosedur operasi, jenis operasi, dan prognosis dari hasil pembedahan. Peran perawat di sini adalah bertanggung jawab dan memastikan bahwa pasien/keluarga dan dokter sudah menandatangani isi dari *informed consent* (Muttaqin & Sari, 2013).

2) Pengkajian Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien meliputi riwayat penyakit yang pernah diderita dan alasan utama pasien mencari pengobatan. Penyakit yang diderita pasien akan mempengaruhi kemampuan pasien dalam menoleransi pembedahan dan mencapai pemulihan yang menyeluruh.

Pengalaman bedah sebelumnya dapat mempengaruhi respons fisik dan psikologis pasien terhadap prosedur pembedahan. Jenis pembedahan sebelumnya. Perawat mengkaji semua komplikasi yang pernah dialami oleh pasien. Pada kasus ini respon psikologis yang mungkin ditemukan pada pasien adalah kecemasan pada penampilan, dikarenakan letak tumbuhnya jaringan *nevus melanositik* di wajah. Pembedahan eksisi *nevus* banyak dilakukan karena pertumbuhannya yang abnormal dan juga mempengaruhi penampilan seseorang.

b) Riwayat Alergi

Perawat harus mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intraoperatif. Apabila pasien mempunyai riwayat alergi satu atau lebih, maka pasien perlu mendapat gelang identifikasi alergi yang dipakai sebelum

menjalani pembedahan atau penulisan simbol alergi yang tertulis jelas pada status rekam medis. Perawat harus memastikan bahwa bagian depan lembar pencatatan pasien berisi daftar alergi yang dideritanya (Muttaqin & Sari, 2013).

c) Kebiasaan Merokok, Alkohol dan Narkoba

Pasien perokok memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami komplikasi paru-paru pascaoperasi daripada pasien bukan perokok. Anestesi umum akan meningkatkan iritasi jalan napas dan merangsang sekresi pulmonal karena sekresi tersebut akan dipertahankan akibat penurunan aktivitas siliaris selama anestesi. Setelah pembedahan, pasien perokok mengalami kesulitan yang lebih besar dalam membersihkan jalan napasnya dari sekresi lendir.

Kebiasaan mengonsumsi alkohol mengakibatkan reaksi yang merugikan terhadap obat anestesi. Pasien juga mengalami toleransi silang (toleransi obat meluas) terhadap pemakaian obat anestesi, sehingga memerlukan dosis anestesi yang lebih tinggi dari normal. Konsumsi alkohol secara berlebihan juga dapat menyebabkan malnutrisi sehingga penyembuhan luka menjadi lambat.

Pasien yang mempunyai riwayat adanya pemakaian narkoba perlu diwaspadai atas kemungkinan yang lebih besar untuk terjangkit penyakit seperti HIV dan Hepatitis, terutama pada pasien pengguna narkoba suntik. Penggunaan obat-obatan narkotika atau penyalahgunaan obat-obatan terlarang dapat mengganggu kemampuan pasien mengontrol nyeri setelah operasi serta mempengaruhi tingkat serta jumlah pemberian anestesi selama pembedahan. Penggunaan narkoba suntik dapat mengganggu sistem vascular dan menyulitkan akses ke dalam vena (Muttaqin & Sari, 2013).

d) Pengkajian Nyeri

Perawat perlu mengkaji pengalaman nyeri pasien sebelumnya, metode pengontrolan nyeri yang digunakan, sikap pasien dalam menggunakan obat-obatan penghilang rasa nyeri, respons perilaku terhadap nyeri, pengetahuan pasien, harapan, dan metode manajemen nyeri yang dipilih karena akan memberi dasar bagi perawat dalam memantau perubahan kondisi pasien.

Pengkajian nyeri pada kasus ini juga diperlukan untuk menjadi data manifestasi klinik dalam penegakan diagnosa asuhan keperawatan baik preoperatif, intraoperatif dan postoperatif. Pendekatan pengkajian karakteristik nyeri dengan menggunakan metode PQRST dapat mempermudah perawat perioperatif dalam melakukan pengkajian nyeri yang dirasakan pasien secara ringkas dan dapat digunakan dalam kondisi preoperatif yang singkat (Muttaqin & Sari, 2013).

Tabel 2.1. Karakteristik Nyeri dengan Pendekatan PQRST

<i>Provoking Incident</i>	Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor penyebab nyeri? Apakah nyeri berkurang apabila beristirahat? Apakah nyeri bertambah berat bila beraktivitas? Faktor-faktor apa yang meredakan nyeri (misalnya : gerakan, kurang bergerak, pengerahan tenaga, istirahat, obat-obat bebas dan sebagainya) dan apa yang dipercaya pasien dapat membantu mengatasi nyerinya.
<i>Quality or Quality of Pain</i>	Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien. Apakah nyeri bersifat tumpul, seperti terbakar, berdenyut, tajam atau menusuk.
<i>Region, Radiation, Relief</i>	Dimana lokasi nyeri harus ditunjukkan dengan tepat oleh pasien, apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
<i>Severity (Scale) of Pain</i>	Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, pengkajian nyeri dengan menggunakan skala nyeri deskriptif.

<i>Time</i>	Berapa lama nyeri berlangsung (apakah bersifat akut atau kronik), kapan, apakah ada waktu-waktu tertentu yang menambah rasa nyeri.
-------------	--

3) Pengkajian Psikososiospiritual

1. Kecemasan Preoperatif

Kecemasan preoperatif merupakan suatu respons antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh atau bahkan kehidupan itu sendiri. Prosedur pembedahan akan memberikan suatu reaksi emosional bagi pasien. Pikiran yang bermasalah secara langsung akan mempengaruhi fungsi tubuh. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi ansietas yang dialami pasien (Muttaqin & Sari, 2013).

Pasien yang menghadapi pembedahan akan dilingkupi oleh ketakutan, termasuk ketakutan akan ketidaktahuan, kematian, anestesi dan kanker. Menurut Potter (2006) reaksi pasien terhadap pembedahan didasarkan pada banyak faktor, meliputi ketidaknyamanan dan perubahan-perubahan yang diantisipasi baik fisik, finansial, psikologis, spiritual, sosial atau hasil akhir pembedahan yang diharapkan. Bagian terpenting dari pengkajian kecemasan preoperatif adalah untuk menggali peran orang terdekat, baik dari keluarga atau sahabat pasien. Adanya sumber dukungan orang terdekat akan menurunkan kecemasan.

a) Kepercayaan Spiritual

Kepercayaan spiritual memainkan peranan penting dalam menghadapi ketakutan dan ansietas. Tanpa memandang agama yang dianut pasien, kepercayaan spiritual dapat menjadi medikasi terapeutik. Keyakinan mempunyai kekuatan yang sangat besar, oleh karena itu kepercayaan yang dimiliki oleh setiap pasien harus dihargai dan didukung. Menghormati nilai budaya dan kepercayaan pasien dapat mendukung terciptanya hubungan saling percaya (Muttaqin & Sari, 2013).

4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien dengan *nevus pigmentosus facialis* berfokus pada pengkajian pada wajah yang merupakan letak adanya *nevus*.

a) Keadaan Umum

Pengkajian keadaan umum dilakukan secara ringkas perawat melakukan survey keadaan umum untuk mengobservasi penampilan umum pasien. Bentuk dan pergerakan tubuh dapat menggambarkan kelemahan yang disebabkan oleh penyakit yang berhubungan dengan adanya intervensi pembedahan (Muttaqin & Sari, 2013).

b) Status Nutrisi

Pengkajian status nutrisi dengan menggunakan berat badan dan tinggi badan merupakan indikator status nutrisi yang penting. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup guna perbaikan jaringan (Muttaqin & Sari, 2013).

c) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan fisik awal dilakukan dengan memeriksa tanda-tanda vital (TTV). Tanda vital diukur untuk menentukan status kesehatan atau menilai respon terhadap stress terhadap intervensi pembedahan.

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi pengukuran suhu, nadi, tekanan darah dan frekuensi pernapasan. Sebagai indikator dari status kesehatan, ukuran-ukuran ini menandakan keefektifan sirkulasi, respirasi serta fungsi neurologis dan endokrin tubuh. Pengkajian tanda-tanda vital preoperatif memberikan data dasar yang penting untuk dibandingkan dengan perubahan tanda-tanda vital yang terjadi selama dan setelah pembedahan. Pengkajian tanda-tanda vital preoperatif juga penting untuk menentukan adanya abnormalitas cairan dan elektrolit (Muttaqin & Sari, 2013).

d) Wajah

Pengkajian wajah perawat melakukan observasi gambaran wajah pasien, melihat kelopak mata, alis, lipatan nasolabial dan mulut untuk mengetahui bentuk dan kesimetrisannya. Pada kasus *nevus* pengkajian pada wajah difokuskan untuk mengobservasi posisi, warna, bentuk dan ukuran *nevus*. *Nevus* pada wajah menimbulkan masalah gangguan citra tubuh pada pasien dikarenakan ukuran yang semakin membesar.

Pemeriksaan mata diobservasi gambaran kesimetrisan mata Kelopak mata diinspeksi warna, keadaan kulit, dan ada/tidaknya bulu mata serta arah tumbuhnya. Konjungtiva dan sklera dikaji warnanya. Pupil diinspeksi bentuk, ukuran dan letak serta reaksi pupil terhadap cahaya.

Hidung dan sinus dilakukan inspeksi palatum mole dan sinus nasalis dengan tujuan untuk mengkaji drainase sinus yang menggambarkan adanya infeksi sinus atau pernapasan. Mulut diinspeksi kondisi membran mukosa yang menunjukkan status hidrasi. Pasien dehidrasi berisiko mengalami ketidakseimbangan cairan dan elektrolit yang serius selama pembedahan. Pemeriksaan fisik preoperatif pada leher yang lazim dilakukan adalah memeriksa nodus limfatik dan kelenjar tiroid (Muttaqin & Sari, 2013).

e) Sistem Kardiovaskular

Pemeriksaan fisik sistem kardiovaskular dimulai dengan dilakukannya inspeksi ada/tidaknya parut bekas luka. Pemeriksaan tekanan darah preoperatif dilakukan untuk menilai adanya peningkatan tekanan darah di atas normal yang berpengaruh pada kondisi hemodinamik intraoperatif dan *pascaoperatif*. Selain itu perawat juga mengkaji nadi perifer, waktu pengisian kapiler dan warna serta suhu ekstremitas untuk menentukan status sirkulasi pasien. (Muttaqin & Sari, 2013)

5) Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik dilakukan guna memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Pemeriksaan diagnostik terdiri dari pemeriksaan darah lengkap, analisis elektrolit serum, koagulasi, kreatinin serum dan urinalisis, pemeriksaan sinar-X dada atau EKG. Beberapa prosedur bedah tertentu seperti bedah saraf, jantung dan urologi memerlukan pemeriksaan canggih untuk menegakkan diagnosis prabedah misalnya: MRI, CT-Scan, USG Doppler, *Echocardiography* dan lainnya sesuai dengan kebutuhan diagnosis prabedah (Muttaqin & Sari, 2013).

b. Diagnosa

Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien pra pembedahan dengan masalah *nevus pigmentosus facialis* dengan tindakan eksisi (SDKI, 2016) :

- 1) Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan struktur / bentuk tubuh
- 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kurang terpaparnya informasi

c. Intervensi Keperawatan

Tabel. 2.2 Rencana Keperawatan Preoperasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan SIKI	Rencana Keperawatan Pendukung
1.	Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan Perubahan Struktur / Bentuk tubuh	setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil : - Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun	Promosi Kepercayaan Diri Observasi - identifikasi ungkapan verbal dan nonverbal yang tidak sesuai - identifikasi masalah potensial yang dialami Terapeutik	

		- Verbalisasi kekhawatiran pada reaksi orang lain menurun - Melihat bagian tubuh menurun - Menyentuh bagian tubuh menurun	- gunakan teknik mendengarkan aktif mengenai harapan pasien - diskusikan yang dimiliki <i>Strengths</i>, <i>Weakness</i>, <i>Oppurtunities</i> dan <i>Threats</i> (SWOT) serta hal yang penting <i>Specific</i>, <i>Measureable</i>, <i>Achievable</i>, <i>Realistic</i>, <i>Time</i> (SMART). - Diskusikan rencana mencapai tujuan yang diharapkan - Diskusikan rencana perubahan diri - Motivasi berpikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan - Buat dan pilih keputusan prioritas memecahkan masalah - Buat catatan pribadi dalam menentukan pencapaian dan menikmati setiap pencapaian - Diskusikan solusi menghadapi masalah - Diskusikan cara menangani situasi tidak terduga secara efektif - Motivasi tetap tenang saat menghadapi masalah dengan	
--	--	---	--	--

			kemampuan yang dimiliki	
2	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (suasana menjelang pembedahan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan ansietas pasien teradaptasi dengan kriteria hasil : - Verbalisasi kebingungan menurun. - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun. - Perilaku gelisah menurun. - Perilaku tegang menurun. - Frekuensi pernapasan membaik. - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik.	Reduksi Ansietas - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor). - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal). - Jelaskan prosedur pembedahan yang akan dilakukan. - Informasikan secara fakual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis. - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. - Latih teknik relaksasi.	Pemberian terapi dzikir.

Sumber : SDKI (2017), SIKI (2018), SLKI (2019), dan Harahap (2019)

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan (Muttaqin, 2009). Pada fase preoperasi implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah ditentukan sesuai dengan kebutuhan klien.

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Dermawan, 2012). Evaluasi keperawatan pada fase preoperatif dilakukan untuk mengetahui keberhasilan intervensi yang sudah dilakukan dengan metode pencatatan *Subjective, Objective, Assesment, Plan* (SOAP) dengan data yang diperoleh dari keadaan yang dirasakan pasien sesuai dengan SLKI pada diagnosa yang diangkat.

2. Intraoperatif

a. Pengkajian

Pengkajian intraoperatif bedah secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin, 2009). Menurut Majid (2010) pada saat pembedahan perawat perlu melakukan monitoring atau pemantauan fisiologis pada pasien meliputi:

1) Pemantauan Keseimbangan cairan

Penghitungan *balance* cairan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien. Pemenuhan *balance* cairan dilakukan dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dan yang keluar pengecekan pada kantong kateter urin kemudian dilakukan koreksi terhadap imbalan cairan yang terjadi. Seperti dengan pemberian cairan infus.

2) Memantau kondisi kardiopulmonal

Pemantauan kondisi kardiopulmonal harus dilakukan secara kontinu untuk melihat apakah kondisi pasien normal atau tidak. Pemantauan yang dilakukan meliputi fungsi pernapasan nadi dan tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dan lain-lain

3) Memantau perubahan tanda-tanda vital

Pemantauan tanda-tanda vital penting dilakukan untuk memastikan kondisi pasien masih dalam batas normal jika terjadi gangguan harus dilakukan intervensi secepatnya. Biasanya pada fase intraoperasi pasien akan mengalami hipotermi yang disebabkan oleh suhu ruangan rendah, infus yang dingin, inhalasi gas-gas dingin, luka terbuka pada tubuh, usia lanjut, atau obat-obatan yang digunakan.

b. Diagnosa

Diagnosa keperawatan intraoperatif yang lazim ditegakkan adalah

- 1) Kesiapan Peningkatan Keseimbangan cairan

c. Intervensi

Tabel 2.3 Rencana Keperawatan Intraoperasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rencana Keperawatan Pendukung
1	Kesiapan Peningkatan Keseimbangan Cairan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat kriteria hasil : - Asupan cairan sedang - Haluaran urin sedang - Edema menurun - Asites menurun	Manajemen cairan Observasi - monitor status hidrasi - monitor hasil pemeriksaan lab - monitor status dinamik terapeutik - catat <i>intake</i> dan <i>output</i> - berikan cairan intravena jika perlu kolaborasi - kolaborasi pemberian deuretik jika perlu	-

Sumber :SIKI (2018) dan SLKI (2018).

d. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah

dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknis, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan (Muttaqin, 2009). Pada fase *intraoperasi* implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi dari diagnosa yang sudah ditentukan sesuai dengan kebutuhan klien.

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Darmawan, 2012). Evaluasi keperawatan pada fase intraoperatif dilakukan untuk mengetahui keberhasilan intervensi yang sudah dilakukan dengan metode pencatatan SOAP dengan data yang diperoleh sesuai dengan keadaan yang dirasakan pasien sesuai dengan SLKI.

3. Postoperatif

a. Pengkajian

Menurut Majid (2011) pengkajian *postoperasi* dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status *neurologis* dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius.

1) Pengkajian Awal

Pengkajian awal *postoperasi* adalah sebagai berikut

- a) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- b) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital
- c) Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
- d) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin
- e) memengaruhi peragaan pascaoperasi
- f) Patologi yang dihadapi

- g) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya
- h) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu.

2) Status Respirasi

a) Kontrol pernafasan

1. obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernapasan
2. Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernapasan, kesimetrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan warna membran mukosa

b) Kepatenan jalan nafas

Jalan nafas oral atau oral *airway* masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal. Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, akumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring.

c) Status Sirkulasi

1. Pasien berisiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau risiko dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan defresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.
2. Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskuler pasien.
3. Perawat membandingkan tanda-tanda vital praoperasi dan postoperasi.

d) Status Neurologi

1. Perawat mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan cara memanggil namanya dengan suara sedang

2. Mengkaji respon nyeri
 - e) Muskuloskeletal
- Kaji kondisi organ pada area yang rentan mengalami cedera posisi *postoperasi*.

b. Diagnosa

Diagnosa yang lazim di tegakkan dalam fase postoperatif adalah :

- 1) Resiko jatuh berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik, pencedara kimiawi, pencedera fisik.

c. Intervensi

Tabel 2.4 Rencana Keperawatan *Postoperasi*

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan SIKI	Rencana Keperawatan Pendukung
1.	Resiko jatuh berhubungan dengan agen pencedera farmakologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi jatuh dengan kriteria hasil : - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat dipindahkan menurun	- identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Penurunan tingkat kesadaran) - identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh - pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci - pasang <i>handrall</i> tempat tidur - tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pemantauan perawat dari <i>nurse station</i>	-

2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun. - Meringis menurun. - Gelisah menurun. - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik.	Manajemen Nyeri - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri. - Identifikasi respon nyeri nonverbal. - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, <i>akupresure</i>, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain). - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi napas dalam). - Kolaborasi pemberian analgetik.	- Teknik napas dalam. - Mobilisasi dini <i>postoperasi</i>.
----	---	---	--	--

Sumber : SIKI (2018), SLKI (2018), Suwahyu (2021) dan Winarni (2020).

d. Implementasi

implementasi adalah intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan

didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan (Muttaqin, 2009). Pada fase *Postoperasi* implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah ditentukan sesuai dengan kebutuhan klien.

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Dermawan, 2012). Evaluasi keperawatan pada fase *Postoperatif* dilakukan untuk mengetahui keberhasilan intervensi yang sudah dilakukan dengan metode pencatatan SOAP dengan data yang diperoleh sesuai dengan keadaan yang dirasakan pasien sesuai dengan SLKI pada diagnosa yang diangkat.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian *Nevus Pigmentosus*

Nevus pigmentosus atau yang sering disebut juga sebagai *nevus melanositik* atau *nevocellular*, *nevus* merupakan tumor jinak kulit disertai pigmentasi yang paling sering ditemukan di klinik. *Nevus pigmentosus* berasal dari sel-sel *nevus* dan dapat menghasilkan melanin.

Menurut gambaran histopatologi, *nevus pigmentosus* dapat dibagi menjadi tiga tipe yaitu tipe *junctional*, tipe *intradermal*, dan tipe *compound*. Ketiga tipe tersebut memiliki gambaran yang berbeda. Perbedaan tipe tersebut terjadi karena sel *nevus* normal berada pada lapisan basal epidermis yang berproliferasi dan menembus lapisan basal hingga menuju dermis.

2. Etiologi

Perkembangan *nevus pigmentosus* pada usia yang dewasa dapat disebabkan oleh kemungkinan sering aktivitas di luar ruangan dan sering terpapar oleh sinar matahari tanpa mempergunakan sunblock dapat meningkatkan risiko perkembangan *nevus pigmentosus*. Individu yang sering kali terpapar sinar matahari 5–9 kali memiliki risiko 2 kali lebih besar

untuk perkembangan *nevus pigmentosus* yang semakin membesar dibanding dengan individu yang memiliki kebiasaan terpapar sinar matahari 0 sampai 4 kali. Efek paparan sinar matahari yang secara langsung terhadap perkembangan *nevus pigmentosus* mampu memengaruhi pelepasan diasilgliserol yang merupakan *second messenger* dari sinyal lipid pada proses *melanogenesis* itu. Pelepasan diasilgliserol mampu mengaktifkan protein kinase C, lalu dapat mengaktifkan *tyrosinase* yang merupakan enzim yang berperan untuk mengubah tirosin menjadi dehidrosifenilalanin (DOPA).

Faktor pencetus lain untuk perkembangan *nevus pigmentosus* adalah mempergunakan kortikosteroid sistemik. Efek penggunaan kortikosteroid antara lain dapat menekan *hypothalamic-pituitary-adrenal axis* (HPA) apabila digunakan dengan dosis yang lebih tinggi, penggunaan dalam jangka waktu yang lama, dan digunakan lebih sering. Apabila menekan HPA maka kelenjar pituitari mampu mensintesis prekursor proopiomelanocortin (POMC), yaitu *melanocyte stimulating hormone* atau MSH dan *adrenocorticotrophic hormone* atau ACTH yang merupakan stimulator yang poten terhadap *melanogenesis*. *Melanocyte stimulating hormone* dan ACTH merupakan proopiomelanocortin yang akan mengaktifkan melanocortin 1 receptor (MC1R) yang akan berikatan dengan reseptor ligan, kemudian akan mengaktifkan protein G yang meningkatkan protein *malanogenik* termasuk *tyrosinase*.

3. Patofisiologi

Nevus nevomelanositik kongenital mewakili suatu gangguan pertumbuhan, perkembangan, dan migrasi normal dari melanoblas. Menurut konsensus *the American National Institutes of Health* (NIH), *Nevus kongenital* dikategorikan berdasarkan ukuran. *Nevus kongenital* kecil didefinisikan sebagai *nevus* yang memiliki diameter kurang dari 1,5 cm, *Nevus* yang besar memiliki diameter 1,5-20 cm, dan *nevus raksasa* memiliki diameter 20 cm atau lebih. Lesi *nevus nevomelanositik kongenital* biasanya halus, reguler, dan berbatas tegas, dan garis kulit sedikit mengganggu permukaan kulit jika dilihat dengan pencahayaan *oblique*. Sejumlah *nevus*

nevomelanositik kongenital tidak berambut. Meskipun demikian, rambut berpigmen gelap, panjang, kasar dapat dijumpai. Lesi dapat memiliki permukaan halus, bergerigi, verukosa, *cerebriform*, atau lobuler kasar (Bishop JAN, 2010).



Gambar 2.1 *Nevus Nevomelanositik Kongenital Kecil*

Nevus nevomelanositik kongenital kecil, berdiameter 12 mm. Perhatikan konfigurasi yang reguler, pigmentasi reguler yang gelap, dan permukaan yang sedikit berkerut.

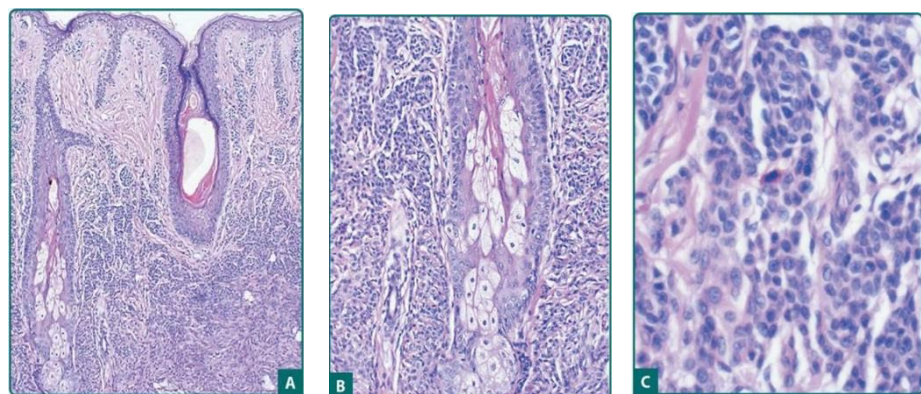


Gambar 2.2 *Nevus Pigmentosus Kongenital Raksasa*

Nevus pigmentosus kongenital raksasa dengan distribusi pada batang tubuh bagian belakang. Perhatikan adanya *nevi satelit*.

Histopatologi *Nevus nevomelanositik kongenital* memiliki ciri khas adanya *nevomelanosit* pada epidermis sebagai sarang oval atau bulat yang tersusun rapi dan/atau *nevomelanosit* pada dermis, yang tampak seperti sheet, sarang, rantai, dan/atau sel-sel tunggal. Tampilan histopatologis dari lesi yang sangat besar dapat dibagi menjadi *nevomelanositik*, *neuroid*, *sel epiteloid* dan/atau *sel spindle*, *blue*, dan tipe gabungan (Barnril, dkk. 2007)

Sesuatu unik pada lesi yang sangat besar adalah terkadang dijumpai *nevomelanosit* dalam substansi otot, tulang, plasenta, tali pusat, kranium, dan dura mater. Pada *nevus nevomelanositik kongenital* raksasa, *nevomelanosit* dapat ditemukan pada kelenjar getah bening regional tanpa bukti lebih lanjut adanya penyakit metastatik progresif (Jensen JN, dkk. 2007)

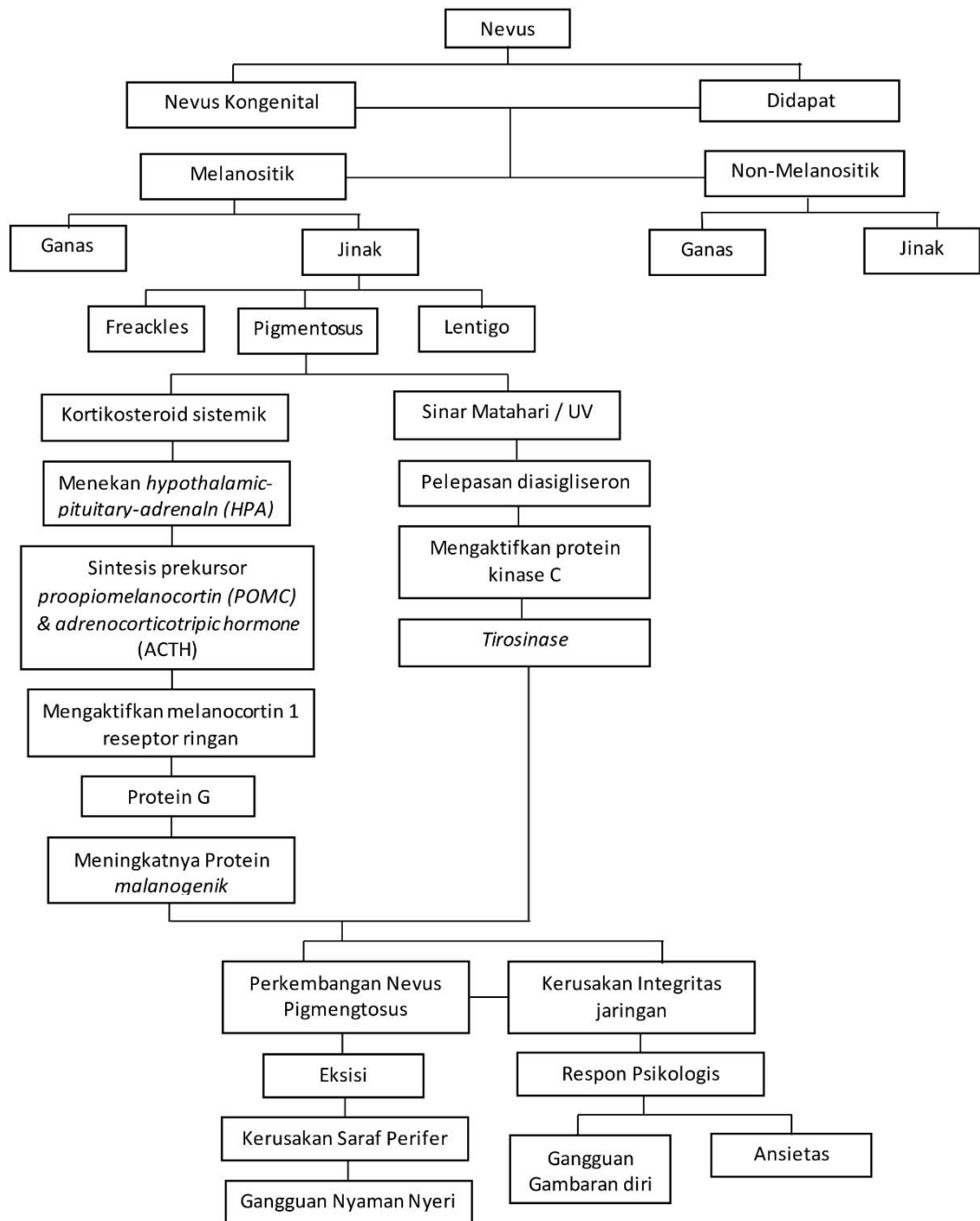


Gambar 2.3 Tampilan hispatologis *nevus nevomelanositik kongenital*.

Tampilan histopatologis *Nevus nevomelanositik kongenital*. *Nevomelanosit* dalam gambar yang memiliki pembesaran rendah (A) menunjukkan adanya akumulasi padat pada dua pertiga bagian bawah dari dermis; pada pembesaran sedang (B), sel-sel ini menembus struktur adneksal dermis (folikuler, sebaseus, dan ekrin); dan pembesaran yang

lebih besar (C) menunjukkan sekumpulan sel-sel *nevomelanosit* kecil yang padat.

4. Pathway



gambar 2.4 Pathway Nevus Pigmentosus

Sumber : Grichink JM, Rhodes AR, Sober AJ. (2012) dalam Christina Iskandar (2015)

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan histopatologis

Pemeriksaan histopatologis adalah pemeriksaan jaringan yang diperoleh dari biopsi kulit dengan melihat struktur gambaran jaringan tersebut di bawah mikroskop. Pemeriksaan histopatologis sampai saat ini masih merupakan standar baku untuk diagnosis lesi melanositik maupun non-melanositik jinak. Sekarang ini, pada pemeriksaan histopatologis dapat ditambahkan teknik imunohistokimia yang merupakan suatu metode untuk mendeteksi antigen spesifik pada jaringan atau sel berdasarkan pengenalan antigen-antibodi. Terdapat beberapa penanda yang dapat dijumpai pada lesi berpigmen jinak antara lain soluble protein-100 (S-100), *human melanoma black-45* (HMB-45), *melanocyte antigen* (Melan-A), dan sebagainya. Penggunaan pemeriksaan imunohistokimia ini dapat membantu menentukan prognosis dan membantu dalam mendeteksi target terapi.

b. Dermoskopi

Dermoskopi (juga dikenal sebagai *epiluminescence microscopy*, dermatoskopi, dan *amplified surface microscopy*) adalah metode diagnostik non-invasif, yang semakin dapat diandalkan dan, sebagai akibatnya, semakin populer di kalangan ahli kulit dan pasien, terutama digunakan untuk diagnosis banding penyakit kulit berpigmen. Dermatoskopi dapat menambahkan informasi yang berguna dengan gejala klinis, meningkatkan kinerja diagnostik untuk diagnosis dini dari melanoma malignan dan untuk membedakan pigmen melanositik dan non-melanositik berbagai lesi. Metode ini memiliki berbagai aplikasi potensial lain selain diagnosis, termasuk seleksi lesi untuk biopsi, penentuan modalitas terapi yang sesuai, verifikasi keberhasilan pengobatan, pengambilan margin bedah, dan dapat memberikan pengetahuan atau pandangan mengenai etiologi atau sifat lesi berpigmen melanositik yaitu *nevus*. Penggunaannya dapat meningkatkan keakuratan diagnosis antara

5% hingga 30% dibandingkan inspeksi visual klinis, tergantung dari tipe lesi kulit dan pengalaman dokter yang menggunakan dermoskopi. Hal ini dikonfirmasi oleh publikasi-publikasi terbaru yang *evidence-based* dan berdasarkan suatu meta analisis dari literaturnya

6. Penatalaksanaan Medis

a. Eksisi

Modalitas terapi untuk *nevus melanositik* terbagi menjadi tindakan pembedahan dan non pembedahan. Tindakan pembedahan dengan teknik eksisi, Eksisi adalah prosedur pembedahan dengan mengambil secara komplit lesi patologis untuk keperluan pemeriksaan histopatologi. Pemeriksaan histopatologi sangatlah penting untuk mengetahui tipe tumor dan juga batas dari tumor (margin), terutama pada tumor yang belum jelas apakah jinak atau ganas. Pada tumor jinak maka biopsi eksisi dapat menjadi terapi definitif (Ferdiansyah, 2017).

Eksisi adalah bedah pengangkatan tumor yang bersifat kanker dari tubuh pasien. Saat kanker terlokalisasi hanya pada satu organ, eksisi dapat menjadi jenis penanganan utama. Terkadang, tumor dapat terlalu besar dan memerlukan bentuk penanganan lain untuk menyusutkannya sebelum diangkat dengan pembedahan (Cipto H, 2005).

Bedah eksisi adalah salah satu cara tindakan bedah yaitu membuang jaringan (tumor) dengan cara memotong. Tindakan ini dilakukan untuk berbagai tujuan antara lain pemeriksaan penunjang (biopsi), pengobatan lesi jinak ataupun ganas dan memperbaiki penampilan secara kosmetis (Soedarwoto, 2000). 1) Indikasi Eksisi Menurut Henry (2020), indikasi eksisi pada tumor, yaitu:

- a) Mengangkat tumor jinak kulit superfisialis, tetapi dapat juga untuk biopsi tumor

- b) Lokasi anatomis khusus yang diperbolehkan untuk dilakukan tindakan ini adalah kulit di area batang tubuh, lengan, kaki, kepala, dahi, dan pipi
- c) Menyingkirkan kemungkinan tumor keganasan melalui biopsi
- d) Memperbaiki kosmetik
- e) Mengembalikan fungsi yang terganggu akibat tumor jinak kulit
- f) Menghentikan infeksi, perdarahan, nyeri, atau iritasi akibat