

Cangkok Kulit Pada Pasien Post Debridement Ulkus Regio Wajah Dengan Diabetes

Abstract

Introduction : A skin graft is a surgical procedure that involves removing skin from one part of your body (the donor site) and moving it, or transplanting it, to a different part to close skin defect of any cause.

Purpose : To report a case of reconstructive operative procedure by using skin graft of a diabetic woman who underwent debridement because of facial ulceration.

Case Report : A 40 years old women came to Cicendo Eye Hospital with chief complaint of skin defect around her right eyes and cheek after underwent debridement because of facial ulceration a month before. From examination she was diagnosed as post debridement et causa facial ulceration and diabetic. The defect was large enough to heal primarily. The problem was managed properly by doing reconstructive operative procedure of the defect using skin graft that was taken from right clavícula.

Conclusion : Restoration of an intact barrier is of critical importance following wounding and may be achieved in numerous ways, including grafting. Better understanding in choosing the right tipe of graft will help us give the right management to the patient.

I. PENDAHULUAN

Kulit adalah organ yang menutupi seluruh permukaan luar tubuh manusia berfungsi untuk melindungi tubuh manusia dari paparan terhadap dunia luar. Pada kondisi dimana terdapat defek pada kulit maka fungsi kulit sebagai barrier akan terganggu. Luka pada kulit yang tidak dapat ditutup secara primer dapat dilakukan penutupan dengan berbagai cara diantaranya dengan melakukan skin graft.^{1,2}

Skin graft yaitu tindakan memindahkan sebagian atau seluruh tebalnya kulit dari satu tempat ke tempat lain supaya dapat hidup di tempat yang baru tersebut dan dibutuhkan suplai darah baru (revaskularisasi) untuk menjamin kelangsungan hidup kulit yang dipindahkan tersebut. Pada umumnya skin graft digunakan untuk menutupi suatu defek ketika metode bedah rekonstruksi lainnya tidak sesuai atau penyembuhan luka tidak menunjukkan keberhasilan.¹⁻³

Laporan kasus ini akan membahas mengenai cangkok kulit (*skin graft*) di daerah wajah kanan, dengan mengambil donor kulit dari regio klavikula kanan pada pasien diabetes post debridement.

II. LAPORAN KASUS

2.1 Identitas

Nama : Ny R F
Usia : 39 tahun
Alamat : Ciamis

2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien seorang perempuan berusia 40 tahun datang ke unit Rekonstruksi Okuloplasti dan Onkologi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo pada tanggal 19 Maret 2015. Keluhan utama pasien adalah adanya bekas luka yang tidak tertutup kulit di wajah sekitar mata kanan, mulai bagian bawah mata kanan daerah pipi yang memanjang sampai ke sudut mata dekat hidung, terdapat juga luka di atas alis kanan yg hampir menyembuh. Luka tersebut sedang dalam perawatan setelah dilakukan debridement 1 bulan sebelumnya di RS Cicendo yang dilakukan untuk membersihkan daerah sekitar mata kanan pasien yang awalnya berisi nanah. Luka tersebut sedang dalam fase penyembuhan, tidak terasa nyeri dan tidak berdarah atau mengeluarkan nanah. Luka berbentuk melengkung berukuran 4cm x 1,5cm x 0,3 cm, dasar luka berwarna kemerahan kulit tepi luka mengelupas. Penglihatan kedua mata buram, namun tidak bertambah buram akibat penyakitnya, kedua mata tidak merah, tidak nyeri, gerak bola mata kanan maupun kiri tidak terganggu.



Gambar 1. Klinis pasien

2.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien pertama kali datang ke PMN RSM Cicendo pada tanggal 16 Februari 2015 dengan keluhan luka bernanah di sekitar mata kanan. Luka diawali oleh bengkak yang muncul setelah pasien mengalami sakit gigi dari gigi berlubang di rahang atas kanan. Bengkak diawali dengan munculnya benjolan seperti bisul di sisi mata dekat pangkal hidung lalu meluas ke sekitar mata kanan sampai ke daerah pipi kanan sehingga pasien sulit membuka mata ataupun berbicara, pendengaran telinga kanan berkurang dan hidung terasa tersumbat. Bengkak terasa sangat nyeri, perabaan hangat, kulit di area bengkak berwarna kemerahan, disertai demam naik turun. Pasien sudah berobat ke dokter umum dan diberi obat minum dan salep mata (pasien lupa namanya) namun belum ada perubahan. Bengkak di sekitar mata kanan mulai menjadi luka bernanah setelah 10 hari, di beberapa bagian kulit terkelupas disertai keluar sedikit darah dan nanah. Penglihatan kedua mata buram namun tidak bertambah buram akibat penyakit ini, kedua mata tidak merah, gerak kedua bola mata tidak terganggu. Riwayat penggunaan kacamata disangkal. Dari hasil lab didapatkan : leukosit 28.200/mm³, gula darah puasa 209, gula darah 2 jam PP 231, lain lain dalam batas normal. Pasien kemudian diperiksa CT Scan Orbita Kepala dengan kesan : massa jaringan lunak a/r pipi kanan temporoparietal kanan dan palpebra superior kanan yang pada post kontras memberikan penyangatan, CT Scan orbita tidak tampak kelainan, tidak tampak lesi metastase intrakranial. Pasien kemudian dirawat inap di RS Cicendo dan didiagnosis dengan ulkus at regio facial dekstra + suspek refraktif error ODS. Pasien mendapat terapi Ceftriakson 2 x 1 gr iv, metronidazole 3 x 500gr iv, Ofloksasin ed / jam OD dan salep mata mycetin 3 x OD. Pasien dikonsultasikan ke bagian Penyakit Dalam dan didiagnosis dengan Diabetes Type II, mendapatkan terapi levemir 0-0-6 iu dan Novorapid 8-8-8 iu. Pasien dikonsultasikan ke bagian THT, didiagnosis rhinosinusitis akut ec infeksi dentogen dan mendapat sterinar nasal spray 6 x 2 spray cavum nasi bilateral.

Pasien kemudian dilakukan debridement, biopsi PA dan kultur pus area ulserasi di sekitar mata kanan tanggal 23 februari 2015. Hasil PA berupa jaringan granulasi non spesifik at regio periokular dekstra. Kultur pus ditemukan kuman

gram (+) coccus susunan 3-5 sel/ lpb dan gram (-) basil susunan satu-satu 0-1 sel/lpb/. Luka post operasi dirawat terbuka tanpa ditutup kulit. Pasien mendapat terapi ciprofloxacin 2x500mg, asam mefenamat 3x500mg, chloramfenicol eo 3 x regio luka post operasi dan diperbolehkan rawat jalan. Riwayat penyakit hipertensi disangkal, diabetes disangkal (pasien tidak pernah memeriksakan gula darah sebelumnya), riwayat gigi berlubang (+) rahang atas kanan



Gambar 2. Klinis pasien saat kunjungan pertama

2.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan tanggal 19 maret 2015

Keadaan umum : Kompos mentis, tampak sakit ringan

Tanda vital

- Tekanan darah : 130/80
- Frekuensi nadi : 72 x/menit, reguler, isi dan tegangan cukup
- Frekuensi napas : 22 x/menit
- Suhu : 36,8°C

2.5 Pemeriksaan Oftalmologis

(pemeriksaan tanggal 19-3-2015)

VOD : 0,4 PH 0,63F		VOS :0,63 F ² PH 0,63
Full ke segala arah	GBM	Full ke segala arah
N	Tio Palp	N

Tampak ulserasi di regio kantung medial, melengkung sampai zygoma dekstra, ukuran 4x1,5x0,3cm, dasar hiperemis, krusta (+), perdarahan aktif (-), jaringan nekrotik (-), pus (-) ulserasi di suprasilia dekstra, berbentuk segitiga dengan sisi 0,5cm, dasar otot, perdarahan aktif (-), jaringan nekrotik (+), krusta (+).	Ps/Pi	Tenang
Tenang	Cb	Tenang
Jernih	C	Jernih
Sedang	COA	Sedang
Bulat, RC (+/+), RAPD (-)	P	Bulat, RC (+/+), RAPD (-)
Sin (-)	I	Sin (-)
Jernih	L	Jernih

2.6 Pemeriksaan Laboratorium

Laboratorium Darah :kesan dalam batas normal

Laboratorium Urin :dalam batas normal

2.7 Pemeriksaan Penunjang

Ro Thorak : Cor dan pulmo dalam batas normal

EKG : Normo sinus rhythm

2.8 Diagnosis

Post debridement +PA ulkus a/r fascial dextra + DM type 2 (dalam terapi)

2.9 Tatalaksana

Pada tanggal 25 Maret 2015, pasien ini kemudian dilakukan debridement ulang dan rekonstruksi defek kulit dengan mencangkok area defek kulit pada

kantus medial dan zygoma dekstra dengan full thickness skin graft dengan donor kulit yang diambil dari klavikula dekstra.

Laporan Operasi :

1. Pasien terbaring dalam NU.
2. Dilakukan a dan antiseptik di regio infraorbita dekstra dan klavikula dekstra.
3. Dipasang drappe steril.
4. Daerah operasi di infraorbita dekstra dibersihkan (debridement) dasar luka dari jaringan granulasi dan nekrotik, tepi luka dibersihkan (dipotong) perdarahan di kontrol dengan kauter bipolar.
5. Diberikan marker sesuai lebar graft di daerah klavikula dekstra.
6. Diambil graft dari daerah klavikula 4cm x 1,5 cm full thickness.
7. Daerah donor graft (klavikula) dijahit, subcutis dijahit matras dengan vycril, cutis dijahit dengan prolene.
8. Graft dijahit didaerah infraorbita dengan prolene.
9. Graft ditekan dengan sponge (dijahit).
10. Diberi antibiotic salep (klavikula dan infraorbita).
11. Operasi selesai.

Pasien mendapatkan terapi berupa:

- Ciprofloxacin 2 x 500mg (po)
- Asam Mefenamat 3 x 500mg (po)
- Chloramfenikol eo 3 x app regio luka (cantus medial, zigoma dan klavikula dektra)
- Kompres lembab NaCl di daerah cangkok.

Setelah diobservasi selama 4 hari post operasi, keadaan umum pasien baik, pasien tidak demam dan area resipien tidak ditemukan tanda-tanda graft failure, tidak ditemukan jaringan nekrotik, tidak terbentuk hematoma seroma maupun pus, graft tidak terangkat atau tergeser, tidak terdapat bau atau kemerahan pada tepi graft, hecting intak, dan daerah donor graft di klavikula baik, hecting intak, luka kering, pasien diijinkan pulang.



Gambar 3. Kondisi pasien post operasi

Follow up pasien



Gambar 4. Post op hari ke 4



Gambar 5. Post op hari ke 9

Follow Up tgl 26-29 Maret 2015 di dapatkan regio resipien tampak hecting intak (+), graft intak (+) tampak edem, tidak terdapat jaringan nekrotik ataupun supurasi, regio donor di clavicula tampak hecting intak (+), perdarahan aktif (-).

Follow Up tgl 2 April t 2015 di dapatkan regio resipien tampak hecting intak (+), graft intak (+), tidak terdapat jaringan nekrotik ataupun supurasi, regio donor di clavicula tampak hecting intak (+), perdarahan aktif (-).



Gambar 6. Post op hari 15



Gambar 7. Post op hari 15, area donor

Follow up tgl 9 April 2015

Regio wajah : graft intak, tampak lebih hiperpigmentasi dari kulit sekitar

Regio klavikula dektra : luka kering, hecting intak (+)

Hecting di klavikula di aff seluruhnya, dan di wajah di aff sebagian.

III. PEMBAHASAN

3.1 SKIN GRAFT

Skin graft merupakan suatu tindakan pembedahan dimana dilakukan pemindahan sebagian atau seluruh tebalnya kulit dari suatu daerah asal (donor) tanpa disertai vaskularisasinya ke daerah lainnya (resipien) untuk menutupi suatu defek. Pada umumnya skin graft digunakan ketika metode tindakan bedah rekonstruksi lainnya tidak sesuai atau penyembuhan luka tidak menunjukkan keberhasilan. *Skin graft* biasanya digunakan pada kasus-kasus seperti luka yang luas, luka bakar derajat tiga, luka yang tidak menunjukkan penyembuhan, yang berfungsi untuk mencegah kehilangan cairan, mencegah infeksi, mencegah perluasan lebih lanjut dari luka tersebut. Pada kasus ini dilakukan prosedur operasi *skin graft* pada seorang pasien berusia 40 tahun dengan diabetes, dikarenakan defek kulit yang luas di daerah kantung medial sampai zygoma dekstra, pasien ini telah dilakukan debridement 1 bulan sebelumnya karena ulkus di regio fasial.¹⁻⁴

Secara umum dapat dikatakan bahwa setiap luka yang tidak dapat ditutup primer mempunyai indikasi untuk dilakukan *skin graft*. Jaringan yang dapat ditutup dengan skin graft adalah semua jaringan terbuka yang memiliki permukaan luka dengan vaskularisasi yang cukup seperti otot, fascia, dermis, perikondrium, periosteum, peritoneum, pleura dan jaringan granulasi. Pada pasien ini defek kulit terdapat di daerah wajah berupa luka terbuka dengan dasar berwarna kemerahan, memiliki vaskularisasi yang baik.^{1,2}

Skin graft pada umumnya menggunakan kulit dan individu yang sama sebagai upaya untuk meningkatkan keberhasilan tindakan. Kulit yang digunakan dapat digunakan dari bagian tubuh mana saja, namun lazimnya dari daerah paha, pantat, punggung, atau perut. Keberhasilan *skin graft* juga ditentukan oleh perawatan pre operatif dan post operatif dari tindakan *skin graft*. Pada pasien ini donor kulit diambil dari klavikula dekstra.^{2,5}

3.2 PEMBAGIAN SKIN GRAFT

Berdasarkan ketebalannya, *skin graft* dibagi atas Split Thickness Skin Graft (STSG) yang mencakup epidermis dan sebagian dermis dan Full Thickness Skin Graft (FTSG) yang terdiri dari epidermis dan seluruh bagian dermis. STSG terbagi atas tiga yaitu: Thin Split Thickness *Skin Graft*, ketebalan kulit 0,008-0,012 mm, terdiri dari epidermis dan $\frac{1}{4}$ bagian lapisan dermis. Intermediet (medium) Split Thickness Skin Graft, ketebalan kulit 0,012-0,018 mm, terdiri dari epidermis dan $\frac{1}{2}$ bagian dermis dan Thick Split Thickness Skin Graft, ketebalan kulit 0,018-0,030 mm, terdiri dari epidermis dan $\frac{3}{4}$ bagian dermis.^{1,4-6}

3.3 FULL THICKNESS SKIN GRAFT (FTSG)

FTSG sering dijumpai sebagai tindakan definitif untuk memperbaiki kerusakan pada kulit wajah. Hal ini disebabkan karena kecenderungan kontraksi lebih kecil, resistensi terhadap trauma lebih besar. Akan tetapi jumlah dan ukuran donor sangat terbatas. Daerah donor FTSG meliputi kepala dan leher, retroaurikuler, supraklavikuler, dapat pula diambil dari daerah abdomen atau paha. Pada defek kulit di daerah kantung medial maka teknik yang umumnya digunakan untuk memperbaiki adalah dengan menggunakan FTSG atau rotational flap. Pada pasien ini karena daerah yang terkena adalah daerah wajah sehingga dipilih full thickness skin graft yang beresiko rendah terjadi kontraktur pada proses penyembuhannya, dengan donor dari klavikula dekstra.^{1,3,4,6}

Keuntungan dari penggunaan FTSG diantaranya kecenderungan untuk terjadinya kontraksi lebih kecil. kecenderungan untuk terjadinya berubah warna lebih kecil, kecenderungan permukaan kulit mengkilat lebih kecil. secara estetik lebih baik dari STSG. Kerugian dari penggunaan FTSG yaitu kemungkinan *take* lebih kecil dibanding dengan STSG, hanya dapat menutup defek yang tidak terlalu luas donor harus dijahit atau ditutup oleh STSG bila luka donor agak luas sehingga tidak dapat ditutup primer, donor terbatas pada tempat-tempat tertentu.⁵

3.4 INDIKASI

Indikasi *skin graft* diantaranya luka yang luas, luka bakar, operasi yang membutuhkan *skin graft* untuk penyembuhan area yang pernah terinfeksi dengan skin loss, kosmetik dan pembedahan rekonstruksi. *Split-thickness skin graft* digunakan untuk setiap luka yang tidak dapat ditutup secara primer. *Full-thickness skin graft* digunakan jika banyak kulit yang hilang seperti pada fraktur terbuka pada tungkai bawah. Indikasi pada pasien ini adalah defek *skin loss* yang pernah terinfeksi sebagai kosmetik dan pembedahan rekonstruksi.^{6,7}

3.5 PENEMPELAN SKIN GRAFT

Teknik penempelan *skin graft* pada STSG dan FTSG adalah sama. Sebelum penempelan graft pada daerah resipien harus dilakukan hemostasis dengan baik sehingga di permukaan resipien bersih, tidak ada pendarahan atau bekuan darah. Kemudian dilakukan penjahitan interrupted disekeliling graft. Jahitan dimulai dari graft ke tepi luka resipien.^{1,6}

Di atas kulit ditutupi tulle, dilapisi kasa lembab NaCl 0,9% dan selanjutnya kasa kering steril. Dibuat lubang kecil diatas *skin graft* untuk jalan keluar darah yang ada. Kemudian dilakukan irigasi untuk membuang sisa bekuan darah dibawah graft dengan spuit berisi NaCl 0,9%. Untuk membantu keberhasilan tindakan dilakukan balut tekan dengan menggunakan verban elastik. Pada daerah yang tidak memungkinkan dipasang verban elastik seperti muka atau leher, maka untuk menjamin fiksasi perlu dilakukan *tie over* yaitu saat penjahitan *skin graft* beberapa simpul disisakan panjang untuk fiksasi.⁶

Masa pemulihan dari *skin graft* pada umumnya cepat. Yang perlu diperhatikan yaitu daerah luka harus dilindungi dari trauma atau peregangan selama 2-3 minggu. Tergantung pada penempatan dari *skin graft*, suatu penutup luka mungkin perlu untuk 1-2 minggu. FTSG memerlukan periode kesembuhan lebih panjang, dimana dalam banyak kasus memerlukan perawatan dirumah sakit selama satu sampai dua minggu. Pada pasien ini daerah resipien graft telah didebridement dipastikan bersih dari bekuan darah ataupun nekrotik, dilakukan penjahitan interrupted dan *tie over* untuk memastikan donor menempel dengan

baik juga dipastikan terlindungi dari trauma atau peregangan dan dirawat di rumah sakit selama 5 hari untuk memastikan graft menempel dengan baik.^{1,6}

3.6 FASE PENYEMBUHAN *SKIN GRAFT* SECARA FISIOLOGIS

Terdapat dua tahap pemulihan *skin graft* yaitu fase imbibisi plasmik (24-48 jam pertama setelah graft). Dalam proses ini, jaringan donor akan mendapatkan nutrisi melalui penyerapan plasma dari kulit dibawahnya melalui kapiler-kapiler, sehingga STSG dikatakan memiliki kemungkinan berhasil yang lebih besar karena cairan plasma yang diserap lebih efektif. Fase penyembuhan / inokulasi (48-72 jam sampai 1 minggu setelah graft). Kelenjar limfe akan terbentuk pada jaringan graft kira-kira 1 minggu, dan reinervasi graft akan mulai pada minggu-minggu pertama. Proses revaskularisasi *skin graft* sebagai berikut: Hubungan anastomose langsung antara graft dengan pembuluh darah resipien (autoinokulasi). Pertumbuhan dari pembuluh darah resipien ke dalam saluran endotelial graft. Penetrasi pembuluh darah baru ke dalam dermis graft.⁷

3.7 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI HASIL *SKIN GRAFT*

Pasien yang beresiko mengalami komplikasi selama operasi *skin graft* diantaranya pasien usia lanjut (> 60 tahun) atau bayi baru lahir, merokok, penderita penyakit kronis dan pasien yang menggunakan obat hipertensi, insulin, relaksan otot. Penyembuhan luka pada pasien diabetes dapat terjadi lebih lambat atau bahkan memburuk lebih cepat. Pasien ini mengidap penyakit diabetes dengan kadar gula tinggi tidak terkontrol yang baru diketahui ketika pasien memeriksakan ke RS Cicendo, selain itu pasien mendapatkan terapi hormon insulin, faktor tersebut membuat pasien lebih beresiko mengalami komplikasi.^{6,8}

Faktor – faktor penyebab kegagalan *skin graft* diantaranya hematoma yang dapat menghalangi proses revaskularisasi. Untuk mencegah hematoma dapat dipakai metode mesh grafting dengan membuat insisi kecil multipel dengan jarak teratur untuk drainase darah atau eksudat dan juga untuk memperluas kulit. Faktor mekanik, berupa kegagalan imobilisasi sehingga *skin graft* bergeser dan

revaskularisasi tidak terjadi, infeksi dan tehnik yang salah. Telah dilakukan teknik operasi yang baik sehingga faktor- faktor tersebut pada pasien ini dihindari.^{1,6,9}

Suksesnya transplantasi dari suatu *Skin Grafting* berhubungan dengan *take* dari graft tersebut. *Take* dari graft tergantung dari vaskularisasi yang adekuat. Suatu *skin graft* memerlukan aliran darah yang adekuat dari daerah resipien untuk dapat bertahan hidup. *Skin Graft* yang dilakukan pada daerah resipien yang kaya akan pembuluh darah mempunyai kemungkinan untuk *take* yang lebih besar. Aliran darah dari daerah resipien ke graft kemudian akan melewati fase imbibisi plasmic, inokulasi, hingga akhirnya terbentuk *bridging* pembuluh darah yang baru ke graft. Untuk itu, hal-hal yang menghalangi aliran darah ke graft seperti jaringan granulasi harus disingkirkan terlebih dahulu. Area resipien pada pasien ini mendapatkan vaskularisasi dari *vascular bed* dibawahnya, karena dasar luka berupa otot wajah dengan vaskularisasi baik.^{6,7,9,10}

Kontak yang baik antara skin graft dengan daerah resipien. Agar proses pembentukan *bridging* pembuluh darah yang baru dari daerah ke graft dapat berjalan dengan baik, maka diperlukan kontak yang baik antara *skin graft* dengan daerah resipiennya. Untuk itu yang harus diperhatikan adalah tekanan yang adekuat pada graft, ada tidaknya kumpulan cairan antara graft dengan resipien, dan pergerakan antara graft dengan resipiennya. Pada pasien ini kontak donor dan resipien graft baik.^{1,6,9}

Tekanan yang adekuat. Tekanan yang adekuat dapat dicapai dengan melakukan fiksasi yang baik yaitu dengan penjahitan interruptus di pinggir kemudian dilanjutkan dengan beberapa jahitan matras di atas *skin graft* untuk menjamin kontak dan mencegah pergeseran. Penjahitan yang terlalu longgar akan menyebabkan bergesernya graft sehingga tidak dapat terbentuk *bridging* pembuluh darah yang baru. Sedangkan penjahitan yang terlalu kuat akan menyebabkan tarikan yang kemudian akan merusak graft itu sendiri.^{1,6,7}

Mencegah timbunan cairan antara graft dengan resipien. Darah, serum dan bahan purulen akan memisahkan graft dari resipiennya, menghalangi vaskularisasi sehingga akan menghalang *take* dari *skin graft* tersebut dan

menyebabkan kegagalan graft. Perdarahan yang terjadi pada proses penempelan graft biasanya akan berhenti sendiri dalam 5-10 menit, sehingga sebelum operasi dilanjutkan, harus dilakukan evakuasi terhadap bekuan darah yang mungkin terjadi. Bila dicurigai akan adanya seroma, hematoma atau pus di bawah kulit, sebaiknya dalam 24-48 jam dilakukan pengamatan *skin graft*. Seroma, hematoma atau bekuan darah harus segera di evakuasi dengan melakukan insisi kecil pada graft tepat di atas seroma, hematoma atau bekuan darah tersebut, selanjutnya dilakukan pembalutan lagi. Perawatan dan penggantian pembalut dilakukan tiap hari sampai seroma, hematoma dan bekuan darah tidak ada lagi di bawah *skin graft*. Tidak ada hematom, serum ataupun pus pada pasien ini.¹

Imobilisasi yang baik. Adanya pergerakan antara graft dengan daerah resipien akan menghancurkan bridging kapiler yang baru sehingga mengalami terbentuknya vaskularisasi graft. Untuk menjaga agar tidak terjadi pergerakan antara graft dengan resipien dapat digunakan spalk untuk daerah ekstrimitas, leher dan aksila, untuk melindungi *skin graft* dari gerakan-gerakan tubuh yang dapat merusak *skin graft* serta mencegah kontraksi yang terjadi karena posisi anatomis. Pada daerah wajah, imobilisasi dapat dilakukan dengan balutan *tie over*. Pasien ini imobilisasi dicegah dengan melakukan jahitan *tie over*.¹

Sukses tidaknya penutupan luka tergantung pada ada tidaknya infeksi luka. Infeksi luka ditentukan oleh keseimbangan antara daya tahan luka dan mikroorganismenya. Bila jumlah mikroorganismenya lebih dari 10^4 /gram jaringan, maka resiko infeksi adalah sebesar 89%. *Skin graft* yang dilakukan pada jaringan yang mengandung mikroorganisme lebih dari 10^5 /gr jaringan akan selalu gagal. Streptococcus beta hemolyticus masih dianggap sebagai faktor infeksi yang menyebabkan kegagalan *skin graft*. Demam yang tidak tinggi disertai adanya bau atau kemerahan pada pinggir *skin graft* antara hari ke-2 dan hari ke-4 pasca bedah apalagi bila disertai rasa nyeri yang semakin bertambah akan lebih menyokong adanya infeksi pada daerah operasi. Pada pasien diabetes atau yang mendapat terapi immunosupresan lebih mudah mendapatkan infeksi. Pencegahan infeksi dilakukan dengan kompres NaCl 0.9% dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan mikroorganisme yang dapat merusak graft. Selama perawatan pasien tidak

menunjukkan tanda2 infeksi. Tidak didapatkan demam, daerah donor baik, graft intak, hecting intak, tidak ditemukan tanda-tanda kemerahan, nekrotik, bau maupun rasa nyeri di area graft.⁶

3.9 PERAWATAN SKIN GRAFT PADA DONOR DAN RESIPEN ⁽⁴⁾

a. Daerah resipen

Bila diyakini tindakan hemostatis daerah resipen telah dilakukan dengan baik dan fiksasi *skin graft* telah dilakukan dengan baik, balutan dibuka hari ke-5 untuk mengevaluasi hasil dari *skin graft* dan benang fiksasi/jahitan dicabut. *Skin graft take* yang dimaksud adalah terjadi revaskularisasi dimana *skin graft* memperoleh cukup vaskularisasi untuk hidup seperti parasit ditempat baru. Apabila baik dilakukan perawatan tiap 2-3 hari. Bila diduga akan adanya hematoma atau bekuan darah dibawah kulit sebaiknya dalam 24-48 jam dilakukan evakuasi dengan melakukan insisi kecil pada *skin graft* tepat diatas seroma/hematoma/bekuan darah tersebut selanjutnya dilakukan pembalutan lagi. Perawatan dan pergantian balutan dilakukan tiap hari sampai seroma/hematoma bekuan darah tidak ada lagi dibawah *skin graft*. Bila evakuasi seroma/ hematoma/ bekuan darah dilakukan dalam 24 jam pertama, graft masih dapat terjamin take 100%. Infeksi pada *skin graft* tidak akan menimbulkan kenaikan suhu badan dalam 24 jam pertama pasca bedah. Umumnya demam yang tidak tinggi terjadi antara hari ke-2 dan ke-4 pasca bedah disertai adanya bau atau kemerahan pada pinggir *skin graft*. Pada pasien ini diyakini fiksasi dan hemostasis di daerah graft telah dilakukan dengan baik, graft tidak terangkat atau tergeser, tidak dapat seroma, hematoma atau bekuan darah, pasien tidak demam dan dilakukan perawatan dan ganti balut dengan kasa NaCl lembab.^{4,9,10}

b. Daerah donor

Luka donor *full thickness skin graft* diperlakukan seperti luka jahitan biasa yaitu hari ke-3 kontrol luka dan hari ke-7 jahitan dapat diangkat atau bila diyakini hasil tindakan tidak akan timbul masalah kontrol dapat langsung hari ke-7. Luka donor pada pasien ini diperlakukan seperti jahitan biasa dan mengalami perbaikan pada kontrol hari ke 7, pada kontrol hari ke 14 jahitan luka diangkat.^{4,9,10}

3.10 KOMPLIKASI

Komplikasi dari penggunaan *skin graft* yaitu perdarahan, infeksi, hematoma atau seroma, kontraktur, penyembuhan yang tidak sesuai dengan tekstur, warna atau topografi. Pada pasien ini tidak ditemukan perdarahan, infeksi, hematoma, seroma, ataupun kontraktur, namun penyembuhan luka yang terjadi lebih hiperpigmentasi daripada jaringan sekitar.^{9,10}

3.11 Prognosis

Ad Vitam : Ad Bonam

Ad Fungtionam : Ad Bonam

IV SIMPULAN

Skin graft merupakan suatu tindakan untuk menutupi suatu defek dimana dilakukan pemindahan kulit dari suatu daerah asal tanpa disertai vaskularisasinya ke daerah lainnya ketika metode tindakan bedah rekonstruksi lainnya tidak sesuai atau penyembuhan luka tidak menunjukkan keberhasilan. Full thickness skin graft dilakukan sebagai tindakan defenitif untuk memperbaiki kerusakan pada kulit wajah. Perawatan dan evaluasi pada daerah resipien dan donor skin graft yang baik penting dilakukan untuk menjamin keberhasilan skin graft.¹⁻³

DAFTAR PUSTAKA

1. Beldon P. *What you need to know about skin grafts and donor sites wound; wounds international Volume 2*. Diakses tanggal 4 April 2015. Tersedia dari http://www.woundsinternational.com/media/issues/231/files/content_196.pdf
2. *Skin grafting, Encyclopedia of Surgery*. Diakses tanggal 4 April 2015. Tersedia dari <http://www.surgeryencyclopedia.com/PaSt/SkinGrafting.html>
3. Skuta GL, Cantor LB, Weiss JS. *Orbit, eyelids, and lacrimal system. Basic and clinical science course. Section 12*. Singapore: American Academy of Ophthalmology; 2011. Hal 186-7.
4. Stone C. *Plastic Surgery Facts; Second Edition*. London: Cambridge University Press; 2006. Hal 75.5-8.
5. Papel, et all. *Facial Plastic and Reconstructive Surgery*. China: Thieme Medical Publisher; 2009. Hal 41-7.
6. Leatherbarrow B. *Oculoplastic Surgery: second edition*. Essex: Informa healthcare. 2011. Hal 279-85.
7. Lubis RD. *Skin graft*. Diakses tanggal 5 April 2015. Tersedia dari <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3401/1/08E00894.pdf>
8. Brazzo BG. *Complication in ophthalmic plastic surgery*. New York: Sringer-Verlag; 2003. Hal 197-8.
9. *How diabetes affect wound healing*. Diakses tanggal 10 April 2015. Tersedia dari <http://www.woundcarecenters.org/article/living-with-wounds/how-diabetes-affects-wound-healing>.
10. Rudolf R. Ballantyne J. *Skin Graft* dalam : ed Mc.JG, *Plastic Surgery, volume 1*. Philadelphia, W.B Saunders Company, 1990; 221-74
11. Nothern Sydney Central Coast Health (NSCCH). *Skin graft management guidelines*. Sydney: NSCCH; 2008. Diakses tanggal 3 April 2015. Tersedia dari : <http://www.nscchealth.nsw.gov.au./services/wound.care/Final-skingraftmanagementgraft.pdf>.

BAGIAN ILMU KESEHATAN MATA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS PADJADJARAN
PUSAT MATA NASIONAL
RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Laporan Kasus : Cangkok Kulit Pada Pasien Post Debridement Ulkus
Regio Wajah Dengan Diabetes
Penyaji : dr. Sisca Mayasari
Pembimbing : dr. M. Kautsar Boesoirie, Sp.M (K). MM

Telah diperiksa dan disetujui oleh :

Pembimbing Unit Rekonstruksi Okuloplasti dan Onkologi

dr. M. Kautsar Boesoirie, Sp.M (K). MM

Kamis, 16 April 2014

Pukul 14.00 WIB