



Tinjauan Teknik Penjahitan Laserasi Aurikula

Dogi Gokma Asina Girsang,¹ Erdo Puncak Sidarta,¹ Stefanus Nangoi²

¹RSUD Naibonat, ²Departemen Bedah, RSUD Naibonat, Kabupaten Kupang, Nusa Tenggara Timur, Indonesia

ABSTRAK

Laserasi aurikula merupakan suatu kondisi trauma. Anatomi aurikula yang kompleks membuat teknik penjahitan juga tidak semudah teknik penjahitan pada luka terbuka biasa; penutupan luka dengan mempertahankan bentuk aurikula adalah aspek utama yang harus selalu diperhatikan.

Kata kunci: Jahit, laserasi aurikula, luka

ABSTRACT

Auricle laceration is a case of trauma. The complex anatomy of auricle made the management of wound closing not as simple as in common open wound; preserving normal auricle shape is the main aspect to be considered in wound closure. **Dogi Gokma Asina Girsang, Erdo Puncak Sidarta, Stefanus Nangoi. Technical Aspects of Auricle Laceration Wound Closure**

Keywords: Auricle laceration, stitches, wound

PENDAHULUAN

Posisi aurikula yang berada menonjol pada kepala dan tidak terlindungi oleh struktur lain membuat aurikula sering mengalami perlukaan. Para praktisi kesehatan harus sangat berhati-hati dalam menangani trauma aurikula; anatomi yang kompleks dan unik dengan adanya tulang rawan yang memberi bentuk aurikula membuat teknik penjahitan dan penutupan luka harus sangat diperhatikan agar bentuk telinga tetap terjaga dan tidak terjadi komplikasi.¹

Laserasi aurikula bisa disebabkan oleh beberapa hal seperti hantaman keras benda tumpul atau sayatan benda tajam. Laserasi aurikula dapat diklasifikasikan menjadi 4 derajat. **Derajat satu** luka abrasi dengan keterlibatan minimal tulang rawan, **derajat dua** robekan dengan masih adanya *flap* pedikel jaringan, **derajat tiga** avulsi dengan bagian aurikula yang masih ada, dan **derajat empat** avulsi dengan bagian aurikula hilang.²

Untuk menentukan tindakan pada laserasi aurikula, praktisi kesehatan perlu mengevaluasi antara lain: identifikasi struktur anatomi aurikula yang rusak, mampu mengenali kontraindikasi penutupan luka laserasi, dan perlu mengetahui komplikasi apa saja yang

mungkin terjadi.¹

KASUS

Laki-laki berusia 22 tahun datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Naibonat dengan keluhan utama luka pada telinga kanan akibat sayatan parang saat bekerja di kebun. Pasien mengatakan saat sedang bekerja memotong rumput, mengayunkan parang saat hendak mengusir lebah dan tidak sengaja mengenai bagian belakang telinganya. Terjadi luka terbuka di telinga kanan yang merobek dan menembus bagian daun telinga kanan. Pasien merasa nyeri disertai perdarahan aktif di telinga kanan.

Pada *primary survey* ditemukan luka laserasi di telinga kanan yang mengenai bagian kulit belakang telinga serta luka menembus daun telinga kanan disertai nyeri. Kesadaran Skala Koma Glasgow 15 (E4M5V6) tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 90 kali/menit, laju nafas 22 kali/menit, suhu 37° C, saturasi oksigen (SpO₂) 98%.

Status lokalis: terdapat luka pada daun telinga kanan, menembus daun telinga kanan dari belakang ke depan, panjang luka 3,5 cm di bagian depan dan 5 cm di bagian belakang. Laserasi kulit daun telinga belakang

dan bagian tulang rawan telinga dengan perdarahan aktif *non-pulsatile* (+).

Pemeriksaan laboratorium: Hemoglobin 15,2 g/dL, leukosit 9.300/mm³, hematokrit 45%, eritrosit 5,26 juta/ μ L, glukosa darah sewaktu 99 mg/dL.

Di IGD dilakukan kontrol perdarahan dengan bebat tekan menggunakan kasa dan ligasi perdarahan dengan *chromic cat gut* 3-0 pada daerah luka hingga perdarahan aktif berhenti. Kemudian dilakukan irigasi dengan cairan NaCl 0,9%, setelah itu luka ditutup dengan kasa lembap. Terapi anti-tetanus serum (ATS) 1500 IU intramuskuler, *metamizole* 1 g/8 jam intravena, *ceftriaxone* 1 g/12 jam dengan cairan *maintenance* RL 1500 mL/24 jam. Direncanakan penjahitan luka di ruang operasi dengan anestesi umum.

Di ruang operasi, pasien berbaring pada posisi *supine* dalam anestesi umum. Dilakukan aseptis dan antisepsis lapangan operasi dan sekitarnya, preparasi lapangan operasi dengan duk steril. Sebelum aproksimasi luka, tepi luka dinilai untuk membuang jaringan kulit yang sudah mati, tulang rawan yang menonjol dan tidak tertutup kulit, digunting. Dilakukan aproksimasi luka laserasi lalu dijahit dengan



teknik *interrupted suture* menggunakan benang *non-absorbable, monofil, polyamide* 5-0. Penjahitan dimulai dari bagian *crus* (*helix*) dilanjutkan ke daerah antihelix, setelah penjahitan di kedua tempat ini, bentuk aurikula sudah mendekati posisi normalnya. Bagian paling sulit untuk dijahit berada pada *concha cymba*, karena ruang jahit sangat sempit. Pada kasus ini tulang rawan tidak dijahit karena benang *absorbable* ukuran 5-0 yang direkomendasikan,^{1,5} untuk menjahit tulang rawan agar tidak robek tidak tersedia. Pasca-tindakan, luka ditutup menggunakan kasa steril.

DISKUSI

Pada pasien ini laserasi aurikula termasuk klasifikasi derajat 2, karena tidak ada bagian aurikula yang terlepas. Luka mengiris bagian *crus* (*helix*), *concha cymba*, dan antihelix aurikula kanan. Tulang rawan terlihat dan masih tertutup kulit; tepi luka rata karena sayatan benda tajam.

Inti penanganan kasus laserasi aurikula adalah penutupan luka dan mempertahankan bentuk aurikula. Beberapa literatur menganjurkan teknik penjahitan luka laserasi aurikula yang berbeda; sebagian menyebutkan penjahitan

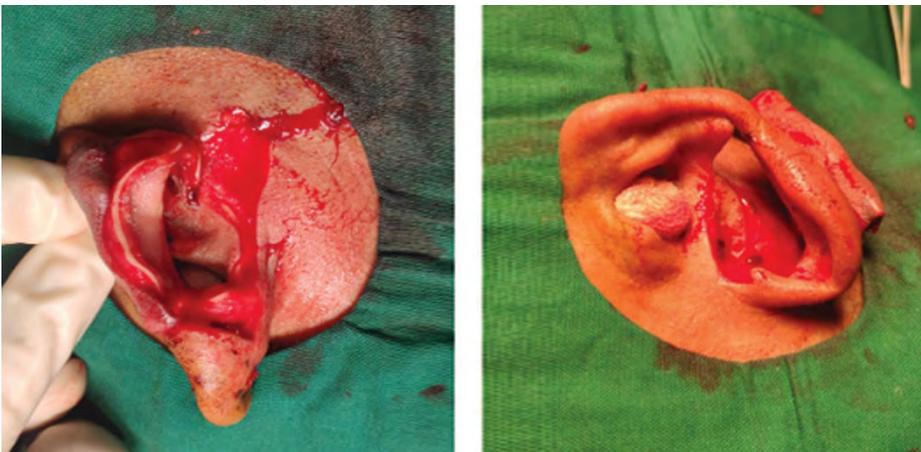
tulang rawan perlu dilakukan pada jenis laserasi dengan tulang rawan juga terpotong untuk mendapatkan hasil aurikula mendekati normal,^{1,5} literatur lain menyebutkan bahwa penjahitan tulang rawan tidak perlu karena dapat meningkatkan risiko infeksi.^{2,4} Beberapa hal yang bisa dipertimbangkan untuk menentukan teknik penjahitan antara lain evaluasi menyeluruh setiap kasus laserasi aurikula mulai dari karakteristik luka hingga instrumen yang tersedia. Jika memutuskan tidak menjahit tulang rawan, pastikan bentuk aurikula tetap terjaga, dan jika memutuskan untuk menjahit tulang rawan pastikan memiliki instrumen yang tepat; benang *absorbable* 5-0 adalah yang direkomendasikan untuk mencegah robekan tulang rawan dan mampu mencegah atau mengatasi infeksi yang mungkin terjadi.^{1,5} Pada kasus ini, karena tidak tersedianya benang 5-0 *absorbable* dan melihat bahwa bentuk tetap bisa terjaga tanpa harus menjahit tulang rawan, diputuskan tidak dilakukan penjahitan tulang rawan.¹⁻³

Pada prinsipnya tulang rawan adalah suatu struktur avaskular, sehingga membutuhkan kulit yang menutupinya untuk mendapatkan aliran darah.¹

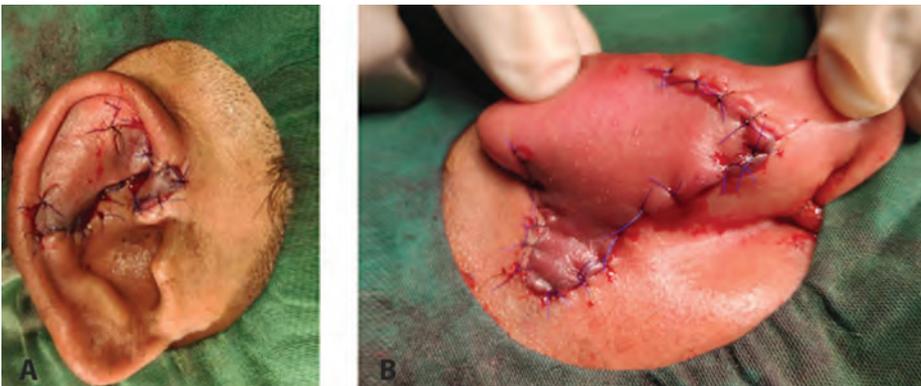
Pada kasus ini setelah evaluasi dan diputuskan untuk menutup luka, dilanjutkan dengan identifikasi tulang rawan pada aurikula, bila didapatkan tulang rawan yang tidak tertutup kulit, akan dipotong. Luka pada kasus ini termasuk luka dengan tepi rata sehingga hampir semua bagian tulang rawan masih tertutup kulit.



Gambar 1. Kondisi aurikula saat di IGD



Gambar 2. Aurikula saat sebelum penjahitan



Gambar 3. Kondisi pasca-penjahitan dengan teknik *interrupted suture* (A: tampak anterior; B: tampak posterior)



Gambar 4. Menekan bagian posterior aurikula untuk memperluas area *concha cymba*

Penggunaan anestesi umum pada kasus ini karena pasien memiliki ambang nyeri rendah, dan diperlukan eksplorasi luka karena adanya perdarahan aktif. Meskipun demikian menjahit



TEKNIK



dengan bius lokal tetap bisa dilakukan; bagian tersulit saat menjahit pada kasus ini adalah pada bagian *concha cymba* karena area sangat sempit, sehingga bagian posterior aurikula ditutup terlebih dahulu, ditekan dengan pinset/jari tangan asisten operator agar area *concha cymba* lebih luas.

Penutupan luka dengan metode *pressure bandage* sangat perlu untuk mencegah komplikasi seperti kondritis, hematoma, atau *wound dehiscence* karena infeksi.⁴ Beberapa komplikasi pasca-penutupan luka laserasi

aurikula antara lain kondritis dan hematoma. Hematoma di antara kulit dan tulang rawan adalah komplikasi yang paling sering terjadi, hal ini bisa dicegah dengan *pressure bandage* pasca-tindakan. Jika perdarahan tidak dikontrol atau tidak dicegah, dapat berkembang menjadi radang tulang rawan (kondritis) dengan penyebab paling sering *Pseudomonas aeruginosa*. Kondritis dapat menyebabkan nekrosis struktur aurikula, menjadi kondisi *cauliflower ear* yang tidak baik secara estetika, oleh karena itu evaluasi perlu dilakukan selama 24-48 jam pasca tindakan.^{1,5}

SIMPULAN

Tenaga kesehatan wajib mengetahui prinsip dan teknik penanganan laserasi aurikula; selain penutupan luka, harus diutamakan menjaga bentuk aurikula. Modalitas dan instrumen yang tersedia juga penting untuk menentukan jenis tindakan. Kemampuan kontrol komplikasi pasca-tindakan pun wajib dievaluasi agar bisa mendapatkan *outcome* yang optimal sesuai modalitas serta instrumen yang tersedia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Williams CH, Sternard BT. Complex ear lacerations. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2021.
2. Weerda H. Surgery of the auricle: Tumors, trauma, defects, abnormalities. Thieme; 2007.
3. Curtis K, Ramsden C. Emergency and trauma care for nurses and paramedics. Elsevier Health Sciences; 2015.
4. Yuen SM, Jennings N. To stitch or not to stitch: A case review: Auricular lacerations involving cartilage management in the emergency department. *Australas Emergency Care* 2018;21(2):75-9.
5. Sharma R, Sharma P, Sindhi M. Resuturing of avulsed pinna: A case report. *Int J Dent Med Res*. 2014;1(3):63