



Bedah Sedot Lemak Area Wajah dan Leher

Dendy Zulfikar, Agung Triana, Ahmad Fiqri, Moerbono Mochtar

Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret/
RSUD Dr. Moewardi, Surakarta, Indonesia

ABSTRAK

Bedah sedot lemak pada area wajah metode *tumescent local anesthesia* (TLA) merupakan salah satu metode pilihan untuk menghilangkan lemak yang berlebih terutama pada area submental (*double chin*) dan lemak di daerah pipi bagian bawah atau yang menggantung di rahang. Bedah sedot lemak melalui TLA saat ini adalah metode pilihan utama karena memiliki standar keamanan tinggi, penyembuhan luka yang cepat, dan pasien tidak perlu rawat inap.

Kata kunci: Bedah sedot lemak, TLA, wajah dan leher

ABSTRACT

Liposuction surgery on the face area with the tumescent local anesthesia (TLA) method is one of the methods of choice to remove excess fat, especially in the submental area (double chin) and fat in the lower cheek area or hanging from the jaw. Liposuction surgery via TLA is currently the method of choice because it has high safety standards, fast wound healing, and does not require hospitalization. **Dendy Zulfikar, Agung Triana, Ahmad Fiqri, Moerbono Mochtar. Liposuction Surgery in Face and Neck Area.**

Keywords: Face and neck area, liposuction surgery, TLA

PENDAHULUAN

Sejarah operasi bedah sedot lemak (BSL) sudah dimulai sebelum awal abad ke-20, berawal dari prosedur bedah ekstensif dengan menghilangkan jaringan lemak menggunakan sayatan besar. Upaya pertama untuk menghilangkan lemak melalui sayatan kecil dimulai pada tahun 1929, saat itu ahli bedah Prancis Dr. Dujarrier memindahkan akumulasi lemak dari betis seorang penari menggunakan kuret, namun tragisnya mengakibatkan kerusakan pembuluh darah masif dan amputasi pada satu kaki.¹

Bedah sedot lemak atau *liposuction* modern dimulai oleh Georgio Fischer dan ayahnya Arpad Fischer pada pertengahan tahun 1970-an yang mengembangkan instrumen BSL terdiri dari kuret berongga dengan pisau yang melekat pada pompa isap. Namun, metode ini memiliki komplikasi tinggi seperti perdarahan, hematoma pasca-operasi, dan seroma.² Beberapa saat kemudian, Dr. Yves-Gerard Illouz, dokter kandungan dari Paris, membuat kemajuan besar dalam pengembangan BSL dengan memperkenalkan '*wet technique*' dan mengubahnya menjadi prosedur rutin yang

aman; caranya dengan menyuntikkan garam hipotonik dan asam hialuronat ke dalam lemak sebelum prosedur dimulai, sehingga meminimalisir risiko perdarahan. Kontribusi penting lain dari Dr. Illouz adalah pengenalan kanula tumpul sebagai metode yang aman saat pengerjaan BSL.^{3,4} Perintis lain, yaitu Dr. Pierre Fournier, yang mengenalkan teknik '*criss-cross*' dan penggunaan *syringe* dalam BSL. Fournier juga menganjurkan aspirasi lemak secara *manual* menggunakan *syringe* untuk *body-shaping* (*liposculpturing*).⁵

Bedah sedot lemak atau *liposuction* dalam bidang dermatologi pertama kali dikembangkan oleh Dr. Laurance Field, ahli kulit Amerika pada tahun 1977. Kemudian teknik BSL semakin berkembang terutama semenjak diperkenalkannya formula anastesi lokal oleh Dr. Jeffrey Klein pada tahun 1987 hingga akhirnya dikenal dengan istilah *tumescent local anesthesia* (TLA).⁶

Bedah sedot lemak melalui TLA saat ini adalah metode pilihan utama karena memiliki standar keamanan tinggi, penyembuhan luka yang cepat, dan pasien tidak perlu rawat

inap. Meskipun berisiko terjadinya berbagai komplikasi seperti pembentukan *dimpling* atau seroma, kulit longgar atau hasil asimetri, sebagian besar kondisi ini dapat dihindari dengan menggunakan teknik operasi yang tepat.

Penulisan makalah ini adalah untuk menambah pengetahuan dan pemahaman tentang teori dan teknik prosedur BSL pada area wajah dan leher, sehingga dapat digunakan dengan baik dengan risiko serta komplikasi minimal.

LATAR BELAKANG

Konsep kecantikan atau estetika wajah makin berkembang, bahkan mulai meninggalkan konsep-konsep etnik yang dahulu dianggap sebagai daya tarik utama. Dahulu pipi *chubby* di India dianggap paling menarik dan mencerminkan status sosial. Namun, penampilan wajah agar tampak lebih ramping dengan penonjolan area pipi malar yang membentuk segitiga terbalik jauh lebih menarik. Kondisi ini meningkatkan jumlah pasien yang menginginkan wajah lebih ramping atau ideal agar tampak lebih muda.⁷

Alamat Korespondensi: agungtrianate@gmail.com



Berbagai teknik dikembangkan agar wajah tampak muda atau ideal, seperti mengurangi lemak wajah dengan metode BSL, injeksi lipolisis, dan eksisi lemak bukal.⁸⁻¹⁰ Berbagai literatur menjelaskan kegunaan dan keamanan masing-masing prosedur, namun prosedur harus dipilih dengan baik agar memberikan tampilan yang sesuai dan wajah tampak lebih muda.⁷

Bedah sedot lemak pada area wajah metode TLA merupakan salah satu metode pilihan untuk menghilangkan lemak yang berlebihan terutama pada area submental (*double chin*) dan lemak di daerah pipi bagian bawah atau yang menggantung di rahang. Akumulasi lemak ini biasanya muncul akibat proses penuaan, atau pada pasien yang lebih muda akibat faktor keturunan, kondisi ini mengakibatkan pasien yang langsing tampak lebih tua dan lebih gemuk.¹¹

Proses penuaan pada area wajah terbagi menjadi tiga mekanisme utama, yaitu *photoaging*, *gravitational aging*, dan *volumetric aging*. *Photoaging* disebabkan akibat paparan sinar matahari pada kulit, *gravitational aging* berupa adanya *sagging* pada jaringan lunak termasuk pada *superficial musculoaponeurotic system* (SMAS) dan kulit, sementara *volumetric aging* akibat atrofi jaringan dalam kulit (lemak, otot, dan tulang); proses *gravitational aging* merupakan penyebab yang paling sering.¹²

Proses penuaan area leher dan rahang akibat gravitasi terjadi akibat kendurnya tepi medial otot platysma, sehingga membentuk *paramedian platysmal bands*. Lemak area rahang melorot ke bawah tulang mandibula akibat kelemahan kulit dan SMAS. Perubahan ini terlihat pada individu baik yang obesitas maupun tidak; sebagian besar pasien akan mengalami penambahan berat badan seiring penambahan usia, sehingga akan terlihat tonjolan lemak pada rahang dan submental. Pada pasien lebih muda, kondisi ini akan berdampak secara estetika. Bantalan lemak submental tampak menonjol dan/ atau dagu yang tersembunyi akan menyamarkan *cervicomental angle* (CMA). Perubahan ini terjadi akibat faktor genetik, jika tidak dikoreksi berakibat estetika leher akan makin memburuk seiring bertambahnya usia, terutama jika volume bantalan lemak submental meningkat disertai penambahan berat badan.¹²

Bedah sedot lemak pada leher juga dapat digunakan sebagai terapi pasien tua yang memiliki penyakit metabolisme lemak seperti *Cushing syndrome*. Pada pasien usia muda, prosedur ini dapat dilakukan apabila pasien memiliki wajah bulat atau *hereditary double chins* serta menginginkan terlihat berbeda agar penampilan wajah tampak lebih proposional. Prosedur ini dapat juga dilakukan pada pasien lebih tua yang menginginkan penampilan area wajah lebih muda. Namun, harus diingat bahwa dengan bertambahnya usia, pengurangan lemak subkutan merupakan kondisi yang wajar; oleh karena itu harus berhati-hati dalam menetapkan indikasi prosedur ini; pada prinsipnya harapan yang realistis merupakan hal penting.¹¹

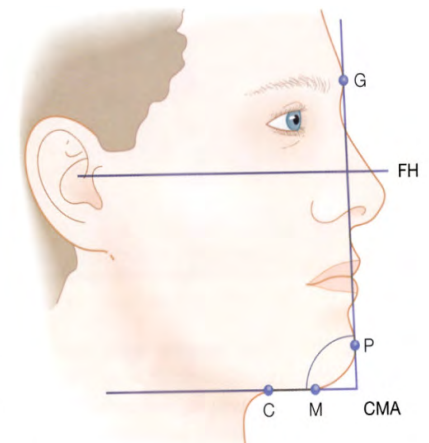
ANATOMI AREA WAJAH DAN LEHER

a. Topografi

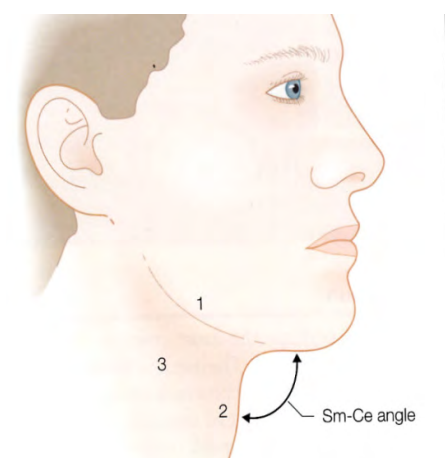
Lemak subkutan leher merupakan yang paling menonjol pada area submental (bagian bawah dagu). Penilaian profil wajah dan leher paling baik dilihat dari tampilan lateralnya, pada posisi ini pasien dianalisis menggunakan parameter *frankfort horizontal plane* (FH), terletak pada bidang horizontal kanali auditori eksternal superior dan sejajar dengan bagian paling bawah dari *infraorbitalis inferior*. Parameter penting untuk menggambarkan topografi leher ideal, yaitu berdasarkan sudut servikomental atau *cervicomental angle* (CMA). Sudut ini ditentukan oleh *vertical anterior facial plane* (VAFP) dan bidang submental. Pasien dengan proporsi leher ideal memiliki sudut *cervicomental* antara 90° dan 120°. Kriteria estetika lain untuk penilaian leher ideal yaitu batas bawah mandibula yang terdefinisi dengan baik, tonjolan yang terlihat tersebut dihasilkan oleh tampilan tulang kartilago tiroid, batas anterior otot sternokleidomastoid dan *submental-cervical angle* yang terlihat tegas atau sudut antara bidang submental dan batas anterior leher (**Gambar 1 dan 2**).^{12,13}

Penambahan usia, gravitasi, dan peningkatan jumlah jaringan lemak berkontribusi meningkatkan CMA dan menghilangkan bentuk leher ideal. Akumulasi lemak dan mengendornya SMAS dan kulit di daerah submental juga mengakibatkan turunnya titik servikal (antara submental wajah dan leher). Pasien usia lanjut, resesi dagu menghasilkan rotasi posterior VAFP yang berperan meningkatkan CMA. Pada akhirnya semua faktor ini akan makin mengaburkan

gambaran leher ideal. Bedah sedot lemak (BSL) atau *liposuction* pada leher merupakan metode intervensi bedah paling efektif untuk mempertegas CMA, terutama pada pasien dengan lemak submental menonjol. Prosedur ini menurunkan volume lemak dan berperan membentuk kontraksi kulit yang baik, sehingga mempertegas sudut titik servikal.¹²



Gambar 1. Parameter ideal cephalometric wajah dan leher. Posisi kepala berada sesuai *frankfort horizontal plane* (FH), yaitu posisi kanali auditori eksternal superior berada pada bidang horizontal yang sama dengan batas bawah *infraorbitalis inferior*. Glabella (G) merupakan titik paling anterior dari dahi bagian bawah, sedangkan *pogonion* (P) adalah titik paling anterior dagu. Garis yang ditarik melalui G dan P merupakan *vertical anterior facial plane* (VAFP). Menton (M) adalah titik terendah pada kontur dagu, sedangkan titik *cervical* (C) merupakan persimpangan antara area submental wajah dan leher. Garis yang ditarik melalui M-C dan memotong VAFP merupakan sudut *cervicomental* (CMA).¹²



Gambar 2. Kriteria tambahan untuk leher ideal meliputi: a. batas bawah mandibula harus tampak jelas, b. tonjolan leher tampak dengan jelas, c. batas anterior (medial) dari otot sternokleidomastoid dan sudut *submental-cervical angle* (Sm-Ce), yaitu sudut antara bidang submental dan batas anterior leher.¹²

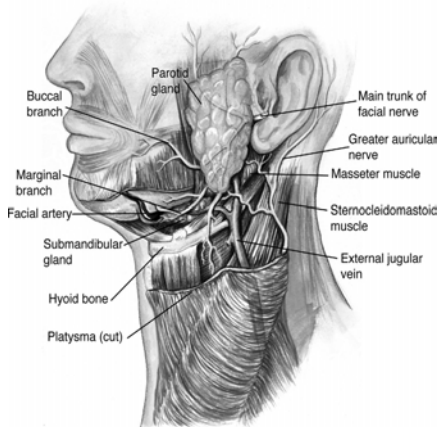


b. Anatomi

Untuk mengoptimalkan keamanan dan efektivitas BSL pada wajah dan leher, pemahaman anatomi area tersebut menjadi sangat penting. *Liposuction* area leher bertujuan untuk menghilangkan jaringan adipose preplatisma yang terletak dangkal pada otot platisma. Platisma muncul dari bagian bawah *fascia cervicopectoral*, bagian atasnya melekat pada *depressor anguli oris*, risorius, dan otot mentalis serta berjalan sejajar dengan mandibula. Otot ini menerima persarafan dari cabang servikal saraf wajah dan bertanggung jawab terhadap gerakan bibir bagian bawah.¹⁴

Otot platisma merupakan representasi SMAS yang terletak di leher. Otot ini datar dan tipis yang berasal dari tulang klavikula, melintasi leher bagian anterior menuju ke rahang atas dan pipi, kemudian berlanjut membentuk SMAS pada pipi lateral. Platisma merupakan struktur pembatas yang penting. Pada permukaan superfisial otot ini terletak lemak subkutan leher dan pipi bagian bawah, termasuk bantalan lemak submental dan rahang. Platisma juga menutupi dan melindungi saraf mandibula marjinal.

Saraf motorik ini adalah cabang saraf wajah dan berjalan di sepanjang rahang bawah sejajar dengan batas bawah mandibula, terletak superfisial dan berbatasan dengan

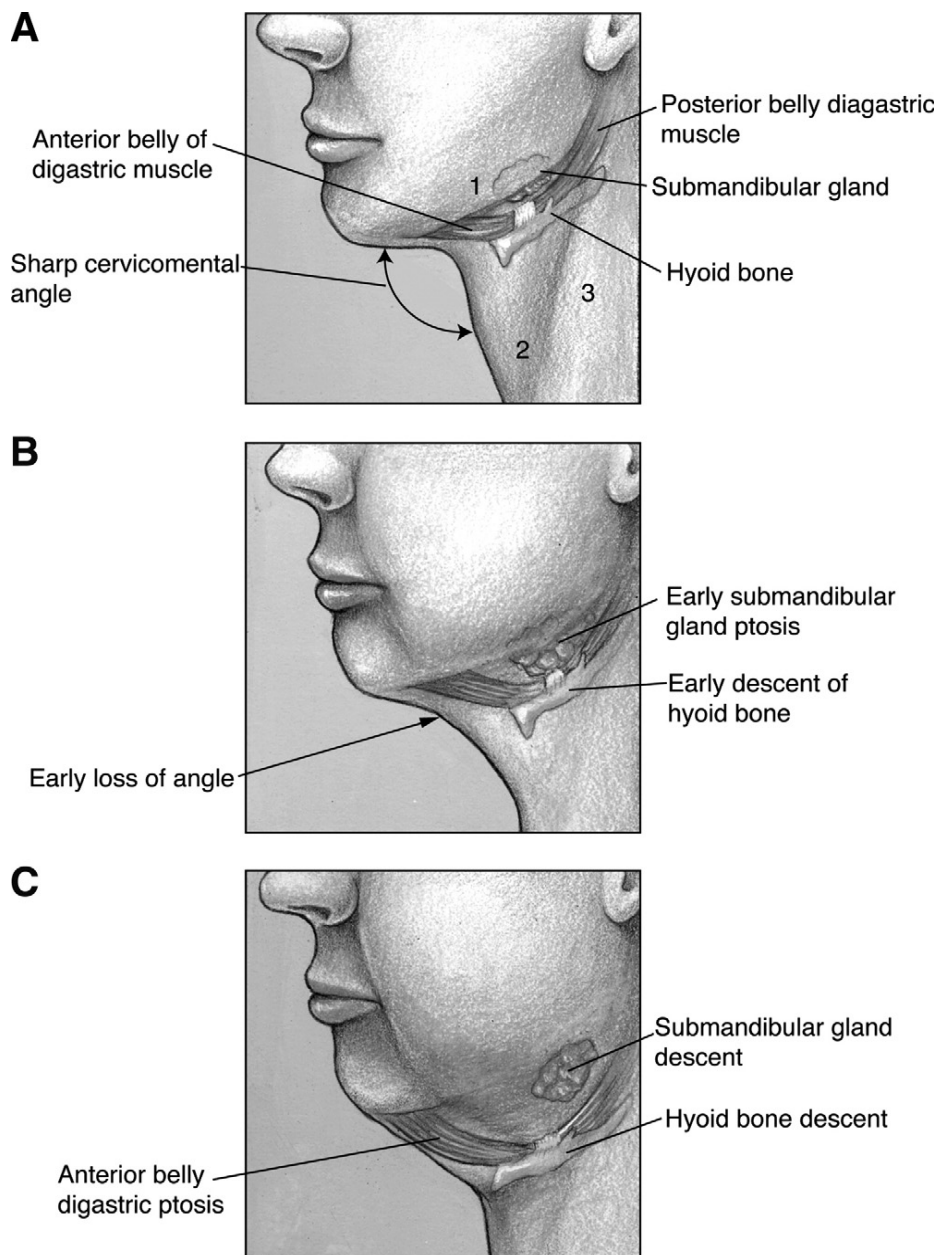


Gambar 3. Anatomi dan persarafan wajah (pipi). Saraf mandibular marginal muncul dari bawah kelenjar paratiroid dan berjalan sejajar di tepi bawah mandibula. Saraf berjalan ke dalam platisma dan paling rentan terhadap cedera terutama yang terletak di anterior otot masseter. Arteri wajah dapat teraba ketika menyilangi area mandibula. Vena jugularis eksternal terletak superfisial berjalan menyilangi otot *sternocleidomastoideus*.¹²

otot masseter, berdekatan dengan mandibula di mana arteri wajah dapat diraba (Gambar 3). Saraf ini merupakan struktur yang paling rentan cedera saat BSL leher dan rahang. Biasanya akibat platisma tertembus kanula *liposuction*, terutama *microcannula*.¹² Belum terdapat laporan transeksi atau kelumpuhan permanen saraf mandibula marjinal terkait *liposuction* menggunakan anestesi *tumescent* dan kanula tumpul.¹⁵ Namun, kondisi neuropraksia, gangguan sementara konduksi impuls saraf dan fungsi motorik dapat terjadi pada sekitar 5% kasus dan diduga akibat trauma tumpul ke serabut saraf. Neuropraksia saraf mandibula

marginal berlangsung rata-rata 4-6 minggu, meskipun ada laporan menyebutkan berkisar dari 1 sampai 12 minggu.^{15,16}

Selain platisma, terdapat beberapa bagian anatomi yang menentukan struktur leher secara keseluruhan, seperti tulang *hyoid* yang berfungsi sebagai titik jangkar untuk otot-otot leher anterior yang terlibat dalam mekanisme menelan. Selain itu, terdapat juga kartilago tiroid, ini merupakan komponen laring dan menonjol sebagai jakun atau *Adam's apple*, terutama pada laki-laki yang memiliki sedikit lemak subkutan di atasnya, terletak



Gambar 4. Perubahan sudut serviks pada proses penuaan. (A) Pasien muda dengan sudut serviks yang tegas. (B) Tahap awal proses penuaan. (C) Tahap akhir proses penuaan.¹³



beberapa sentimeter dari kelenjar tiroid. Pada bagian bawah platisma terdapat juga lemak subplatisma yang terletak tepat di bawah platisma proksimal berjalan ke kaudal hingga lipatan submental. Menghilangkan atau mengangkat lemak ini juga dapat mengurangi bentuk leher menjadi lebih mengecil.¹²

Pada area pipi, selain lemak subkutaneus juga terdapat lemak bukal yang terletak di bawah SMAS dan otot masseter. Bagian lemak bukal yang berbentuk seperti sayap dan berdekatan dengan SMAS disebut ekstensi bukal. Pada beberapa pasien lemak bukal berkontribusi terbentuknya permukaan pipi yang menonjol terutama area pipi bagian bawah. Kondisi ini dapat dikurangi dengan eksisi langsung intraoral atau melalui *rhytidectomy*. Lemak ini tidak bisa dikurangi dengan teknik BSL.¹²

SELEKSI PASIEN

Pemilihan pasien sangat penting guna memperoleh hasil operasi yang baik. Pemilihan ini didasarkan pada tampilan profil wajah dan leher pasien. Dengan menggunakan parameter FH, klinisi dapat menentukan sudut *cervicomental* yang merupakan parameter *cephalometric* paling penting untuk menentukan tampilan leher ideal. Kriteria lain yang termasuk kriteria leher ideal yaitu tampilan batas bawah mandibula yang terlihat jelas, tonjolan kartilago tiroid, batas anterior otot sternokleidomastoid, dan sudut *submental-cervical* yang tajam (Gambar 4A).¹³

Peningkatan usia, perubahan gravitasi, dan peningkatan jumlah lemak dapat mengurangi terbentuknya CMA, sehingga dapat memberikan kesan tampilan leher yang tidak ideal (Gambar 4B). Mengendurnya kulit di regio submental dan SMAS serta penambahan jaringan lemak mengakibatkan dagu tersembunyi sehingga tampak lebih tua (Gambar 4C).¹³

Dua penanda penting lain untuk evaluasi adalah lokasi kelenjar submandibular dan tulang *hyoid*. Posisi ideal tulang *hyoid* berada sejajar servikal C3-C4 yang posisinya sejajar atau lebih tinggi dari menton. Pasien dengan posisi tulang *hyoid* rendah sulit membentuk sudut CMA karena lokasinya berjauhan dari otot *anterior belly digastricus*. Selain itu, penting juga untuk menentukan apakah

rahang pasien berperan dalam membentuk deposisi jaringan adiposa atau posisi kelenjar submandibular ptotik. Jika penyebabnya lokasi kelenjar submandibular, sulit untuk dapat mencapai sudut CMA yang tegas kecuali dengan mereposisi kelenjar tersebut.¹³

PERSIAPAN PRE-OPERATIF

Sebelum operasi dimulai, penting untuk mengetahui riwayat medis secara menyeluruh, termasuk riwayat penggunaan obat-obatan, riwayat alergi dan prosedur bedah sebelumnya. Riwayat konsumsi suplemen herbal atau vitamin sangat penting (seperti ginkgo, ginseng, dan vitamin E) karena dapat meningkatkan risiko komplikasi pasca-prosedural.¹⁴ Fotografi juga penting dilakukan sebelum prosedur BSL dimulai, pasien dihadapkan ke kamera dalam posisi

kepala dan leher berada dalam bidang FH. Hal ini untuk menilai posisi CMA, lemak submandibular, dan beberapa anatomi leher yang relevan sebelum dan sesudah prosedur.¹⁵

PROSEDUR DAN TEKNIK

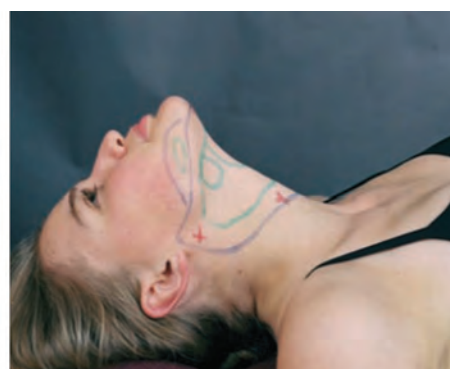
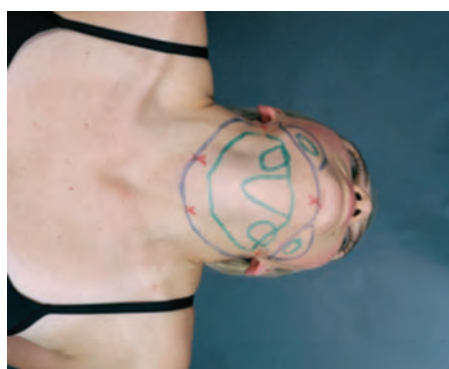
a. Marking

Area yang akan diambil lemaknya harus ditandai terlebih dahulu, area yang paling sering pada prosedur sedot lemak yaitu area di atas laring, daerah submental, dan sepertiga belakang pipi (Gambar 5). Proses penandaan area operasi dapat pada posisi duduk atau berdiri tegak lurus menghadap ke depan. Teknik 'pinching' atau mencubit kulit dapat dilakukan untuk meraba ketebalan lemak saat *marking*.¹¹

b. Pemilihan Kanula



Gambar 5. Area operasi harus ditandai, yaitu area pipi, leher, dagu.¹²



Gambar 6. Pasien direbahkan pada meja operasi dalam posisi kepala hiperekstensi agar area operasi terlihat dengan jelas.¹²

Tabel 1. Komposisi cairan anestesi *tumescent* untuk prosedur bedah sedot lemak (BSL) area wajah dan leher.¹²

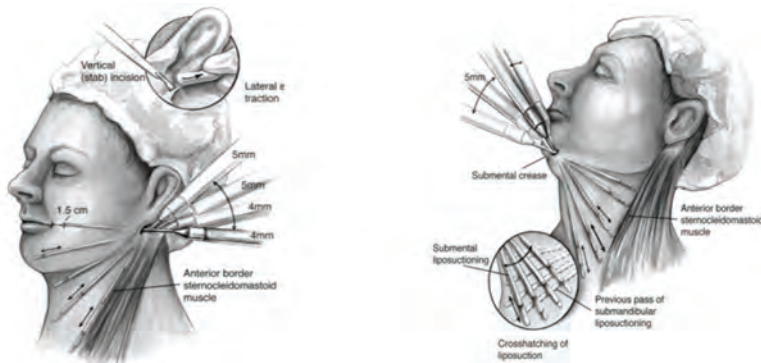
Bahan	Konsentrasi	Volume	Jumlah
Sodium chloride (normal saline)	0,9%	500 mL	
Lidocaine (lignocaine) HCL	2%	50 mL	1000 mg
Epinephrine (adrenaline)	1 mg/mL (1:1000)	2 mL	2 mg
Sodium bicarbonate	8,4% (1 meq/mL)	5 mL	5 meq



Kanula terdiri dari kanula atau jarum untuk memasukkan cairan TLA dan kanula untuk aspirasi lemak. Untuk infiltrasi TLA bisa

menggunakan kanula atau jarum ukuran 20 G dengan panjang 7,6 cm. Sedangkan aspirasi jaringan lemak dapat menggunakan

kanula berdiameter 1,5 hingga 2 mm apabila menggunakan teknik manual, dan kanula berdiameter 3 mm apabila menggunakan mesin khusus (*vibration lipolisis*).^{11,12}



Gambar 7. A. Teknik BSL untuk area pipi dan leher melalui insisi pada area *sub auricularis*, B. teknik BSL pada leher melalui insisi pada submental¹¹



Gambar 8. Aspirasi lemak pada area pipi¹²



Gambar 9. Aspirasi lemak melalui sayatan submental dan sub auricular, arah kanul bergerak seperti arah gerakan kipas (*fan-shaped*).¹²

c. Posisi

Posisi pasien harus memungkinkan akses optimal pada area operasi. Posisi ideal yaitu dengan bagian atas tubuh sedikit terangkat dan kepala hiperekstensi atau *'kissing the blarney stone'*. Pada posisi ini tulang kartilago tiroid dapat diraba dengan jelas (Gambar 6). Untuk area belakang leher, pasien diposisikan menghadap ke bawah dengan kepala sedikit miring ke depan.¹¹

d. Anestesi

Setelah pasien ditempatkan pada meja operasi dengan posisi telentang, insisi dilakukan untuk membuka bagian kulit hingga subkutis sebagai jalur untuk memasukkan cairan anestesi *tumescent* dan melakukan aspirasi lemak. Untuk area leher dan dagu dibuat lima titik insisi, yaitu area mental, subaurikular pada kedua sisi (dengan cara menarik daun telinga ke lateral), dan paramedial pada kedua sisi di atas otot sternokleidomastoideus. Di area pipi dibuat tiga insisi, yaitu pada sisi submandibular lateral, medial submandibular, dan medial temporal (di atas tulang pipi). Sedangkan untuk bagian belakang leher, insisi dibuat di atas vertebra torakalis kedua atau ketiga, dan di kedua sisi pada tepi bawah otot trapezius.¹¹

Anestesi *tumescent* dapat menggunakan kanula kecil ukuran diameter 2 mm yang terhubung dengan *syringe* 20 mL. Sejumlah cairan anestesi disuntikkan di setiap titik insisi sebelum membuat insisi kecil menggunakan *blade* nomor 11. Melalui insisi subaurikular, cairan anestesi dimasukkan langsung tegak lurus menuju oral commisura dan berhenti pada jarak 1,5 cm dari tepi bibir. Kemudian cairan dimasukkan perlahan hingga menuju batas anterior otot sternokleidomastoideus. Jumlah total cairan pada area wajah dan leher antara 250 hingga 1000 mL atau tergantung luas area. Setelah cairan dipastikan masuk, tunggu hingga 10 sampai 15 menit hingga cairan menyebar di dalam lemak subkutan.^{11,13}

e. Prosedur Tindakan

Prosedur BSL pada area leher dapat dimulai dengan mengaspirasi lemak melalui lubang insisi submental bagian tengah dan kemudian dilanjutkan aspirasi lemak melalui insisi area



lain. Prosedur aspirasi jaringan lemak dapat dengan kanula dengan posisi *port* menghadap ke bawah. Untuk area leher, aspirasi kanula berada sejajar atau tegak lurus dengan jarak 2 cm di samping otot sternokleidomastoid. Hal ini untuk mencegah perbedaan mencolok antara area yang di BSL dan yang tidak, terutama pada pasien dengan leher yang memiliki lemak berlebih.¹²

Penggunaan tiga lubang insisi mempermudah pengambilan lemak dengan teknik 'cris-cross' terutama di daerah leher bagian anterior, teknik ini menjamin pengambilan lemak dengan maksimal. Tumpukan lemak yang berada sejajar dengan otot sternokleidomastoideus paling mudah dengan aspirasi jaringan lemak melalui lubang insisi di submandibula. Pada saat aspirasi pastikan ujung kanula tetap tampak dangkal agar tidak menembus platisma agar dapat menghindari cedera

nervus mandibularis marjinal. Aspirasi jaringan lemak paling banyak terutama yang berada di daerah submental, yaitu antara lipatan submental dan tepi atas kartilago tiroid. Lemak area ini diambil hingga 8-9 cm ke arah kaudal ke lipatan submental. Namun, perlu diperhatikan bahwa aspirasi jaringan lemak pada area transisi di leher (batas belakang antara leher dan submental) dilakukan secara minimal untuk menghindari efek yang tidak rata.¹²

Untuk prosedur BSL area wajah, pasien diminta memposisikan kepalanya dengan memutar ke salah satu arah; diperlukan kanula ukuran 14 G panjang 10 cm yang dimasukkan lewat sayatan di bawah telinga untuk mengambil lemak area ini. Saat aspirasi jaringan lemak, pastikan ujung kanula teraba oleh salah satu jari tangan operator agar dapat memastikan kedalaman dan batas jaringan lemak yang

diambil. Lemak yang sudah diambil diletakkan pada rak tabung dan dibiarkan 1 hingga 2 menit sampai lemak terpisah dari cairan infranatan. Prosedur ini dilakukan sama untuk area wajah lainnya, dan pastikan jumlah lemak yang terambil dalam jumlah yang sama agar hasil yang didapat simetris. Penggunaan kanula pada prosedur BSL area wajah dan leher dilakukan dengan cara menggerakkan kanula dengan teknik 'back and forth' untuk dapat mengangkat sisa-sisa lemak superfisial. Kanula tidak boleh digerakkan seperti 'wiper' yang bergerak ke kiri-kanan. Untuk memudahkan memandu penggunaan kanula, operator dapat menstabilkan dan mencubit kulit di atas jaringan lemak menggunakan tangan yang bebas, sementara tangan lainnya memegangnya di kanula (Gambar 7-10).^{11,12}

Beberapa pertimbangan khusus BSL area wajah dan leher:¹¹

1. Bedah sedot lemak (BSL) pada area leher dilakukan hanya untuk mengangkat lemak subkutan di atas platisma, jika terlalu dalam dapat merusak saraf atau pembuluh darah.
2. Untuk mencegah kerusakan tiroid, aspirasi lemak tidak boleh dilakukan terlalu dalam.
3. Kerusakan percabangan nervus trigeminal (n. mentalis) yang berada di dagu, dan percabangan nervus fasialis yang melintasi rahang bawah dan otot masseter dapat dicegah dengan mengangkat jaringan adiposa secara hati-hati. Penggunaan larutan anestesi *tumesence* makin mengurangi risiko kerusakan.
4. Pengambilan lemak area nasolabial tidak perlu terlalu banyak untuk menghindari cekungan.
5. Laring dapat dilindungi dari penetrasi cairan *tumescent* melalui fascia dan ligamen di sekitarnya; namun, pemberian anestesi berlebihan harus dihindari di area ini untuk menghindari edema laring atau kelumpuhan saraf laring.
6. Untuk mengurangi risiko perdarahan, pastikan pasien tidak mengonsumsi obat pengencer darah, seperti aspirin, atau obat anti-inflamasi non-steroid.



Gambar 10. Teknik pengambilan lemak pada melalui sayatan di paramedian *cervical* kanan dan kiri, arah gerakan seperti arah gerakan kipas (*fan-shaped*).¹²

DRESSING DAN PERAWATAN PASCA-OPERASI

Insisi submental dan infralobular dapat ditutup dengan jahitan sederhana menggunakan benang 5.0 *non-absorbable*. Benang jahitan dapat diangkat pada hari



ke-3. Luka ditutup dengan dengan kasa steril untuk menyerap sisa cairan anastesi, gunakan kompresi 'garment' wajah dan leher untuk menutup area operasi.¹² Kompresi berfungsi untuk memperbaiki kontur kulit, meminimalkan risiko kerutan atau lipatan, mencegah pembentukan hematoma/seroma, dan memperlancar penyerapan dan drainase cairan *tumescent* yang tersisa. Kompresi digunakan selama 24 jam/ hari selama 1-2 hari pertama, setelah itu selama sekitar 2-4 jam/ hari selama 1-2 minggu (**Gambar 11**).¹⁷

Berikut beberapa instruksi dan edukasi yang harus diperhatikan setelah operasi:¹⁴

1. *Follow up* dilakukan hingga 1 minggu setelah operasi.
2. Drainase setelah operasi akan terjadi selama 18 jam pertama.
3. Bahan kompresi harus digunakan 24 jam/ hari selama 2 hari pertama setelah operasi, dilanjutkan 2-4 jam/hari untuk 1 minggu berikutnya.
4. Tidak berolahraga berat selama 7 hari setelah prosedur.
5. Jangan berendam air hangat, karena berisiko infeksi.
6. Jangan mandi air hangat/panas atau mandi selama 2 minggu setelah operasi, untuk meminimalkan pembengkakan.
7. Jangan menempelkan es ke area operasi karena dapat merusak kulit dan jaringan subkutan.
8. Jangan berbaring atau tidur setelah operasi. Beristirahat dalam posisi tegak dan berjalan agar drainase lancar.
9. Gejala pusing dapat terjadi selama minggu pertama setelah operasi, terutama jika tiba-tiba bergerak dari posisi berbaring atau duduk.
10. Hindari mengemudi jika masih terdapat

keluhan pusing

11. Jika mengalami gejala selain di atas, segera konsultasi ke dokter yang melakukan operasi.



Gambar 11. Perawatan post bedah sedot lemak (BSL) leher dan wajah. Area operasi dikompresi dengan bahan elastis agar kontur kulit membaik dan mencegah hematoma atau seroma dengan menempatkan kasa kering sebelum dibalut.¹⁷

EFEK SAMPING DAN KOMPLIKASI

Tindakan BSL area wajah dan leher yang dikerjakan dengan baik dan pemilihan pasien yang tepat akan menghasilkan perbaikan pasca-operasi yang baik ditandai dengan perbaikan cepat kontur leher. Efek samping biasanya memar dan pembengkakan akibat akumulasi cairan *tumescent*, biasanya pada hari pertama pasca-operasi. Edema kulit leher akibat trauma *liposuction* dapat bertahan selama beberapa minggu. Rahang biasanya membaik lebih lambat dan akan terlihat bengkak pada 1 minggu pasca-operasi.^{12,18,19} Risiko perdarahan pasca- operasi dengan TLA sangat rendah. Namun, risiko hematoma secara signifikan lebih besar jika dilakukan prosedur *platysmaplasty*. Jika terjadi hematoma luas, dapat memerlukan eksplorasi ulang untuk identifikasi dan kontrol perdarahan.¹²

Komplikasi paresis parsial dari saraf mandibular marginal dapat terjadi setelah prosedur sedot lemak di area rahang. Gejalanya berupa kelemahan ipsilateral otot depressor bibir. Pasien harus diberitahu bahwa kondisi akan sembuh spontan, biasanya dalam 2-4 minggu. Penggunaan garment kompresi pasca-bedah dapat mempercepat perbaikan dan menurunkan risiko akumulasi cairan dan pembentukan seroma. Garmen kompresi harus dipakai setidaknya 23 jam per hari selama 3 hari pertama.¹²

Penggunaan TLA untuk BSL dapat menghilangkan lemak dengan aman, meminimalkan kehilangan risiko perdarahan darah dan rasa sakit pasca-operasi. Hingga saat ini tidak ada laporan mortalitas atau bahkan morbiditas signifikan.²⁰ Hanke, dkk. melaporkan pada 15.336 pasien (44.014 area tubuh) yang menjalani BSL menggunakan TLA, tidak didapatkan kematian atau komplikasi serius yang membutuhkan perawatan di rumah sakit.²¹

SIMPULAN

Konsep kecantikan atau estetika wajah makin berkembang setiap waktu. Kondisi ini meningkatkan jumlah pasien yang menginginkan wajah lebih ramping atau ideal. Berbagai teknik dikembangkan; bedah sedot lemak area wajah menggunakan TLA merupakan salah satu metode pilihan untuk menghilangkan lemak wajah dan leher. Namun, penetapan indikasi prosedur ini harus berhati-hati; pada prinsipnya harapan realistis dan pemilihan pasien merupakan hal penting agar memperoleh hasil operasi yang memuaskan

DAFTAR PUSTAKA

1. Asken S. Liposuction surgery and autologous fat transplantation. In East Norwalk: Appleton and Lange; 1988. p. 166.
2. Fischer A FG. Revised technique for cellulitis fat reduction in riding breeches deformity. Bull Int Acad Cosmet Surg. 1977;2:40-1.
3. Coleman WI. The history of liposuction. Dermatol Clin. 1990;8:381-3.
4. Illouz Y. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. Plast Reconstr Surg. 1983;72:511-24.
5. Fournier P. Body sculpturing through syringe liposuction and autologous fat re-injection. Corona Dee Mar, CA Samuel Rolf Int. 1987.
6. Hanke CW, Sattler G. History of liposuction. Liposuction: Procedures in cosmetic dermatology. Elsevier Saunders; 2005. p. 1-2.
7. Thomas M, DaSilva J, Borole A. Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face. Indian J Plast Surg. 2012;45(1):122-7.
8. WA G. Superficial liposculpture of the face and neck. Plast Reconstr Surg. 1996;98(6): 988-96.
9. Duncan D, Rubin JP, Golitz L, Badylak S, Kesel L, Freund J, Duncan D. Refinement of technique in injection lipolysis based on scientific studies and clinical evaluation. Clin Plastic Surg. 2009;36(2):195-209.
10. Jackson IT. Buccal fat pad removal. Aesthetic Surg J. 2003;23(6):484-5
11. G Sattler, B Sommer, CW Hanke, G Blugerman AL. Operating technique. In: Hanke CW, Sattler G, Sommer B, editors. Textbook of liposuction. SERIES IN. Informa healthcare; 2007. p. 83-139.



12. Langdon RC. Liposuction of the neck and jowls. In: Hanke CW, Sattler G, editors. Liposuction: Procedures in cosmetic dermatology. Philadelphia, USA: Elsevier Saunders; 2005. p. 63–77.
13. DeFatta R, Ducic Y. Liposuction of the face and neck. Oper Tech Otolaryngol - Head Neck Surg. 2007;18(3):261–6.
14. Stebbins WG, Hanke CW. Rejuvenation of the neck with liposuction and ancillary techniques. Dermatol Ther. 2011;24(1):28–40.
15. Butterwick K. Liposuction of the neck. Cosmetic dermatology: products and procedures. Hoboken: NK: Blackwell Publ; 2010. p. 463–71.
16. Morrison W, Salisbury M, Beckham P, Schaeferle M, Mladick R, Ersek RA. The minimal facelift: Liposuction of the neck and jowls. Aesthetic Plast Surg. 2001;25(2):94–9.
17. Noodleman FR, Harris DR. The laser-assisted neck lift: Modifications in technique and postoperative care to improve results. Dermatologic Surg. 2002;28(6):453–8.
18. Coleman WP, Hanke CW, Lillis P, Bernstein G, Narins R. Does the location of the surgery or the specialty of the physician affect malpractice claims in liposuction? Dermatologic Surg. 1999;25(5):343–7.
19. William Hanke C, Coleman WP. Morbidity and mortality related to liposuction: Questions and answers. Dermatol Clin. 1999;17(4):899–902.
20. Coleman WP, Glogau RG, Klein JA, Moy RL, Narins RS, Chuang TY, et al. Guidelines of care for liposuction. J Am Acad Dermatol. 2001;45(3):438–47.
21. Hanke CW, Bernstein G, Bullock S. Safety of tumescent liposuction in 15,336 patients: National survey results. Dermatologic Surg. 1995;21(5):459–62.

