

## 1. TUJUAN

### 1.1. Tujuan pembelajaran umum

Setelah mengikuti sesi ini peserta didik memahami dan mengerti tentang anatomi, histologi, dari kulit kepala leher, menegakkan diagnosis dan pengelolaan tumor ganas kulit, melakukan *work-up* penderita tumor ganas kulit dan menentukan tindakan operatif yang sesuai beserta dengan perawatan pasca operasinya

### 1.2. Tujuan pembelajaran khusus

Setelah mengikuti sesi ini peserta didik akan memiliki kemampuan untuk:

1. Menjelaskan anatomi, histologi, kulit kepala leher
2. Menjelaskan etiologi dan macam tumor ganas kulit
3. Menjelaskan, gambaran klinis, terapi tumor ganas kulit
4. Menjelaskan pemeriksaan penunjang diagnosis seperti FNAB, biopsi terbuka.
5. Menjelaskan tehnik operasi tumor ganas kulit dan penanganan komplikasinya
6. Menjelaskan terapi adjuvan (kemoterapi, radiasi) tumor ganas kulit
7. Menjelaskan penanganan komplikasi operasi
8. Melakukan *work-up* penderita tumor ganas kulit yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.
9. Menentukan stadium, operabilitas, prognostik dan pilihan terapi tumor ganas kulit.
10. Melakukan tindakan pembedahan pada tumor ganas kulit.
11. Merawat penderita tumor ganas kulit pra operatif (memberi penjelasan kepada penderita dan keluarga, *informed consent*) dan pasca operasi serta mampu mengatasi komplikasi yang terjadi.

## 2. POKOK BAHASAN / SUB POKOK BAHASAN

1. Anatomi, histologi, dari tumor ganas kulit
2. Etiologi, macam, diagnosis dan rencana pengelolaan tumor ganas kulit
3. Tehnik operasi tumor ganas kulit dan komplikasinya
4. *Work-up* penderita tumor ganas kulit
5. Perawatan penderita tumor ganas kulit pra operatif dan pasca operasi

## 3. WAKTU

### METODE

- A. Proses pembelajaran dilaksanakan melalui metode:
  - 1) *small group discussion*
  - 2) *peer assisted learning (PAL)*
  - 3) *bedside teaching*
  - 4) *task-based medical education*
- B. Peserta didik paling tidak sudah harus mempelajari:
  - 1) bahan acuan (*references*)
  - 2) ilmu dasar yang berkaitan dengan topik pembelajaran
  - 3) ilmu klinis dasar
- C. Penuntun belajar (*learning guide*) terlampir
- D. Tempat belajar (*training setting*): bangsal bedah, kamar operasi, bangsal perawatan pasca operasi.

## 4. MEDIA

1. *Workshop* / Pelatihan
2. Belajar mandiri
3. Kuliah

4. Group diskusi
5. Visite, *bed site teaching*
6. Bimbingan Operasi dan asistensi
7. Kasus morbiditas dan mortalitas
8. *Continuing Profesional Development* (P2B2)

## 5. ALAT BANTU PEMBELAJARAN

*Internet, telekonferens, dll.*

## 6. EVALUASI

1. Pada awal pertemuan dilaksanakan *pre-test* dalam bentuk *MCQ*, *essay* dan *oral* sesuai dengan tingkat masa pendidikan, yang bertujuan untuk menilai kinerja awal yang dimiliki peserta didik dan untuk mengidentifikasi kekurangan yang ada. Materi *pre-test* terdiri atas:
  - Anatomi dan patologi tumor ganas kulit
  - Penegakan diagnosis tumor ganas kulit
  - Terapi ( tehnik operasi ) tumor ganas kulit
  - Komplikasi operasi tumor ganas kulit dan penanganannya
  - *Follow up*
2. Selanjutnya dilakukan "*small group discussion*" bersama dengan fasilitator untuk membahas kekurangan yang teridentifikasi, membahas isi dan hal-hal yang berkenaan dengan penuntun belajar, kesempatan yang akan diperoleh pada saat *bedside teaching* dan proses penilaian.
3. Setelah mempelajari penuntun belajar ini, peserta didik diwajibkan untuk mengaplikasikan langkah-langkah yang tertera dalam penuntun belajar dalam bentuk *role-play* dengan teman-temannya (*peer assisted learning*) atau kepada SP (*standardized patient*). Pada saat tersebut, yang bersangkutan tidak diperkenankan membawa penuntun belajar, penuntun belajar dipegang oleh teman-temannya untuk melakukan evaluasi (*peer assisted evaluation*). Setelah dianggap memadai, melalui metoda *bedside teaching* di bawah pengawasan fasilitator, peserta didik mengaplikasikan penuntun belajar kepada nodel anatomik dan setelah kompetensi tercapai peserta didik akan diberikan kesempatan untuk melakukannya pada pasien sesungguhnya. Pada saat pelaksanaan, evaluator melakukan pengawasan langsung (*direct observation*), dan mengisi formulir penilaian sebagai berikut:
  - **Perlu perbaikan:** pelaksanaan belum benar atau sebagian langkah tidak dilaksanakan
  - **Cukup:** pelaksanaan sudah benar tetapi tidak efisien, misal pemeriksaan terlalu lama atau kurang memberi kenyamanan kepada pasien
  - **Baik:** pelaksanaan benar dan baik (efisien)
4. Setelah selesai *bedside teaching*, dilakukan kembali diskusi untuk mendapatkan penjelasan dari berbagai hal yang tidak memungkinkan dibicarakan di depan pasien, dan memberi masukan untuk memperbaiki kekurangan yang ditemukan.
5. *Self assessment* dan *Peer Assisted Evaluation* dengan mempergunakan penuntun belajar
6. Pendidik/fasilitas:
  - Pengamatan langsung dengan memakai *evaluation checklist form* / daftar tilik (terlampir)
  - Penjelasan lisan dari peserta didik/ diskusi
  - Kriteria penilaian keseluruhan: cakap/ tidak cakap/ lalai.
7. Di akhir penilaian peserta didik diberi masukan dan bila diperlukan diberi tugas yang dapat memperbaiki kinerja (*task-based medical education*)
8. Pencapaian pembelajaran:
  - Pre test*
  - Isi pre test*
  - Anatomi dan patologi tumor ganas kulit

Penegakan diagnosis tumor ganas kulit  
Terapi ( tehnik operasi ) tumor ganas kulit  
Komplikasi operasi tumor ganas kulit dan penanganannya  
*Follow up*

Bentuk *pre test*

*MCQ, Essay* dan *oral* sesuai dengan tingkat masa pendidikan

Buku acuan untuk *pre test*

1. Buku teks Ilmu Bedah (diagnosis)Hamilton Bailey
2. Buku teks Ilmu Bedah Schwartz
3. Buku Teks Ilmu Bedah Norton
4. Atlas Tehnik operasi Hugh Dudley
5. Buku ajar Ilmu Bedah Indonesia
6. Head and Neck Anatomy : McMinn

Bentuk Ujian / test latihan

- Ujian OSCA (K, P, A), dilakukan pada tahapan bedah dasar oleh Kolegium I. Bedah.
- Ujian akhir stase, setiap divisi/ unit kerja oleh masing-masing senter pendidikan.
- Ujian akhir kognitif nasional, dilakukan pada akhir tahapan bedah lanjut (jaga II) oleh Kolegium I. Bedah.
- Ujian akhir profesi nasional (kasus bedah), dilakukan pada akhir pendidikan oleh Kolegium I. Bedah

## **7. REFERENSI**

1. American Joint Committee on Cancer, Manual for Staging for Cancer, 3rd ed.Philadelphia, PA : J.B. Lippincott Co ; 1988.
2. UICC International Union Against Cancer: Illustrated to the TNM/pTNM Classification of Malignan Tumors , eth.ed, 2nd revision , Springer-Verlag , 1992.
3. Rubin , P:Clinical Oncology, A Multi discipliary Approach for Physicians and Students, 7th. Ed., WB. Saunders Company ; 1993.177-186.
4. Lore,Jr. J.M. : An Atlas of Head and Neck Surgery, 2nd ed. Vol. II, WB. Saunders Company, Philadelphia , 1973 , 237-293.
5. Mc.Gregor Ian, Mc.Gregor Frances M.: Cancer of the Face and Mouth-Pathology and Management for Surgeons, 1st ed. Churchill Livingstone, 1986. 55-271.
6. Shah Jatin P.:Color Atlas of Operative Techniques in Head and Neck Surgery, 1 st ed., Wolfe Medical Publications Ltd., New York,1994.
7. Seun, James Y, Cancer of Head and Neck, Nurshing Care, 3 rd ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia , 1996 , 818-838 .
8. Pedoman Penggunaan Antibiotika , RSUD Dr. Soetomo , ed. II , 1992 . Surabaya

## **8. URAIAN: EKSISI LUAS KANKER KULIT KEPALA LEHER**

### **8.1. Introduksi**

a. Definisi

Tindakan pengangkatan tumor ganas kulit, sehingga tepi-tepi sayatan bebas tumor dan secara utuh(*enbloc*).

b. Ruang lingkup

Tumor ganas kulit yang masih memungkinkan untuk dieksisi secara radikal.

c. Indikasi operasi

- Tumor ganas kulit
- d. Kontra indikasi Operasi
  - Ko-morbiditas berat
- e. Diagnosis Banding
  1. Basalioma / *Basal Cell Carcinoma (BCC)*
  2. Epidermoid Ca / *Squamous Cell Carcinoma (SCC)*
  3. Melanoma maligna
- f. Pemeriksaan Penunjang

FNAB, biopsi terbuka, foto polos kepala, *CT Scan* kepala, *frozen section*

Setelah memahami, menguasai dan mengerjakan modul ini maka diharapkan seorang dokter ahli bedah mempunyai kompetensi operasi **eksisi luas kulit ( wajah )** serta penerapannya dapat dikerjakan di RS Pendidikan dan RS jaringan pendidikan.

## **8.2. Kompetensi terkait dengan modul/ list of skill**

Tahapan Bedah Dasar ( semester I – III )

- Persiapan pra operasi :
  - o Anamnesis
  - o Pemeriksaan Fisik
  - o Pemeriksaan penunjang
  - o *Informed consent*
- Assisten 2, asisten 1 pada saat operasi
- *Follow up* dan rehabilitasi

Tahapan bedah lanjut (Smstr. IV-VII) dan *Chief residen* (Smstr VIII-IX )

- Persiapan pra operasi :
  - o Anamnesis
  - o Pemeriksaan Fisik
  - o Pemeriksaan penunjang
  - o *Informed consent*
- Melakukan Operasi ( Bimbingan, Mandiri )
  - o Penanganan komplikasi
- *Follow up* dan rehabilitasi

## **8.3. Algoritma dan Prosedur**

**Algoritma** (tidak ada)

## **8.4. Tehnik Operasi**

Tahapan operasi:

Pada waktu induksi berikan antibiotika profilaksis, anestesi umum intubasi nasotrakheal dengan fiksasi ke frontal.

Posisi penderita telentang, kepala ekstensi dengan meletakkan bantal di bawah pundak penderita, dan meja sedikit head up 20-25 derajat .

Pasang tampon steril di orofaring, lakukan desinfeksi rongga mulut dengan menggunakan lar. hibicet 1:30 sambil mengevaluasi kondisi intra oral (apabila lapangan operasi melibatkan oral).

Desinfeksi lapangan operasi luar dengan menggunakan larutan Hibitane-alkohol 70% 1 : 1000.

Lapangan operasi dipersempit dengan kain steril.

Perhatikan batas lesi pada kulit beri tanda dengan menggunakan metilin blue kemudian ambil jarak 1 sampai 2cm dari tanda tadi sebagai tepi sayatan, sayatan kita bentuk poligonal dan usahakan betul-betul adekuat sehingga bisa diberi tanda sudut sayatan dan bisa dievaluasi radikalitas operasi dari tepi dan dasar dari sayatannya. Ulkus ditutup (diisolasi dengan kassa steril yang dijahitkan pada kulit disekitar ulkus menggunakan benang sutera 02. Eksisi harus adekuat, insisi kulit diperdalam sampai kedalaman yang bebas > 1 cm dari dasar tumor, baru kemudian menyusuri dasar eksisi ke arah tengah.

Apabila ternyata tumor mengenai tulang maka harus dilakukan osteotomi sehingga radikalitas bisa tercapai (evaluasi foto polos / *CT Scan* sebelum operasi apabila tumornya lekat dengan tulang).

Kontrol perdarahan yang cermat selama melakukan deseksi.

Beri tanda pada sudut poligonal spesimen yang ada dengan menggunakan benang sutera 03 dengan berbagai ukuran (misalnya panjang-pendek untuk sudut kranial; panjang-panjang untuk sudut lateral dsb.) sehingga dokter spesialis patologi bisa mendiskripsikan sisi mana yang sayatannya kurang radikal (bila ada).

Buatkan pengantar PA dengan skema serta tanda pada poligonal sayatan tadi, serta keterangan klinis dari penyakitnya. Pada pemeriksaan *frozen section* mintakan evaluasi radikalitas sayatan.

Apabila sayatan sudah radikal, maka lakukan penutupan luka.

Bila defek tidak terlalu besar, lakukan *undermining* pada kulit sekitar defek sehingga memungkinkan untuk dilakukan penutupan secara primer.

Perhatikan jangan sampai terjadi tarikan yang akan menimbulkan gangguan fungsi (bibir; palpebra dsb.) seandainya ada maka lebih baik lakukan lokal flap (*rotation flap*).

Bila tidak yakin bahwa eksisi cukup radikal maka bisa juga (lebih aman) penutupannya dengan *skin graft*.

Apabila flap cukup luas maka perlu dipasang redon drain no. 10.

Evaluasi ulang perdarahan yang terjadi.

Jaringan subkutan dijahit menggunakan benang vicryl 03, kulit dijahit dengan benang dermalon 05 atau sejenis.

Luka operasi ditutup dengan kassa steril dan dihipafix sedemikian rupa sehingga pergerakan bibir, mata dan leher tetap bebas.

Apabila melakukan skin graft, maka instrumen yang dipergunakan untuk mengambil donor harus alat baru sehingga tidak terkontaminasi, demikian juga lakukan perawatan pada tempat donor terlebih dahulu

### **8.5. Komplikasi operasi**

#### **Perdarahan.**

Bila produksi drain > 100 cc dalam 1jam pertama, sementara itu luka operasi tampak tegang akibat hematoma maka pikirkan untuk eksplorasi dan menghentikan perdarahan.

#### **Dehisensi.**

Terjadi akibat infeksi, gisi pasien kurang , atau terdorong oleh ujung drain Redon . Segera lakukan koreksi secara pembedahan dengan jahitan situasi pada dehisensi luka operasi kulit, dan kedap air untuk dehisensi luka operasi mukosa.

#### **Infeksi luka operasi,**

Tampak tanda radang, pus dan luka operasi terbuka. Kompres dengan larutan garam fisiologis, lakukan kultur dan test sensitivitas pus. Antibiotika sesuai pola kuman atau sesuai hasil kultur.

**Sukar makan yang berkepanjangan,** bila sukar makannya terlalu berat dan mengancam kemerosotan keadaan status gisi maka dianjurkan gastrostomi atau pemasangan pipa nasogatrik.

### **8.6. Mortalitas**

Stadium dini – mortalitas rendah

Stadium lanjut – mortalitas tinggi

### **8.7. Perawatan Pasca Bedah**

Infus lar.RL dan Dextrose 5% dengan perbandingan 1 : 4, diberikan sesuai kebutuhan atau sebanyak 50 ml/kgBB/24 jam pada hari pertama.

Perhatikan jalan nafas jangan sampai aspirasi, periodik dilakukan penghisapan lendir/liur,

menggunakan alat penghisap. Bila muntah miringkan kepala dan hisap dengan alat penghisap.

Pemberian antibiotika profilaksis dilanjutkan selama 1 hari dengan interval 8 jam.

Pada saat penderita sadar baik maka bisa dicoba minum sedikit demi sedikit dan bila setelah 2 jam tidak apa-apa maka bisa dicoba makan/minum bebas.

Bila pemberian makanan sudah bisa terpenuhi lewat oral serta obat injeksi sudah selesai maka infus bisa dilepas. Penderita latihan mobilisasi mulai dari duduk - berdiri - jalan.

Pada yang menggunakan drain Redon, maka drain divakum ulang setiap hari dan produksi drain dicatat kualitas serta jumlahnya. Drain dilepas jika jumlah cairan < dari 10 ml/24 jam.

Luka operasi dirawat pada hari ke-3, ganti verban, untuk penderita yang dilakukan *skin graft*, pada waktu rawat luka pada graft hanya diganti kasa yang luarnya saja sedang kasa yang menempel pada graft dibuka pada hari ke-5 dengan evaluasi *take atau* tidak dan selanjutnya bila luka sudah kering/menutup maka bisa dilakukan rawat luka terbuka.

Angkat jahitan dilakukan hari ke-7 post opt operasi

Penderita dipulangkan setelah stabil dan sehari setelah angkat drain.

Membawa hasil pemeriksaan PA dan resume penderita selama opname dari ruangan.

#### **8.8. Follow-Up**

Klinis : - evaluasi keadaan umum, lokal, regional.

Tergantung hasil PA, derajat keganasan serta radikalitas operasi.

Radioterapi pasca bedah lokoregional, dilakukan bila penyembuhan luka operasi sudah cukup

baik (kurang lebih 6 minggu setelah operasi).

Dosis 6000 rad , diberikan bila :

- Lokal : - pada T3 atau T4, atau setiap T dengan grade III - IV
  - Bila tepi eksisi tidak radikal.
- Regional (Leher): - Pembesaran kelenjar getah bening leher yang masif
  - Metastase pada lebih dari satu kelenjar getah bening
  - Pada hasil PA dinyatakan adanya infiltrasi ekstranodal
  - Hanya dilakukan Modifikasi RND .

Jadwal *follow-up* :

**Tahun ke 1** : setiap 1 bulan sekali

**Tahun ke 2** : setiap 2 bulan sekali

**Tahun ke 3-4** : setiap 3 - 4 bulan sekali

**Tahun ke 5** : setiap 6 bulan sekali

X-foto thoraks dikerjakan setiap tahun sekali, pemeriksaan penunjang lainnya sesuai indikasi.

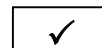
Dilakukan FNAB, apabila dicurigai rekurensi lokal atau regional.

#### **8.9. Kata Kunci: Karsinoma kulit, radikalitas**

## 9. DAFTAR CEK PENUNTUN BELAJAR PROSEDUR OPERASI

No	Daftar cek penuntun belajar prosedur operasi	Sudah dikerjakan	Belum dikerjakan
	<b>PERSIAPAN PRE OPERASI</b>		
1	<i>Informed consent</i>		
2	Laboratorium		
3	Pemeriksaan tambahan		
4	Antibiotik profilaksis		
5	Cairan dan Darah		
6	Peralatan dan instrumen operasi khusus		
	<b>ANASTESI</b>		
1	Narcose dengan general anesthesia, regional, lokal		
	<b>PERSIAPAN LOKAL DAERAH OPERASI</b>		
1	Penderita diatur dalam posisi terlentang ,pundak diganjal dengan bantal sesuai dengan letak		
2	Lakukan desinfeksi dan tindakan aseptis / antiseptis pada daerah operasi.		
3	Lapangan pembedahan dipersempit dengan linen steril.		
	<b>TINDAKAN OPERASI</b>		
1	Insisi sesuai dengan indikasi operasi lobektomi total/subtotal		
2	Selanjutnya irisan diperdalam menurut jenis operasi tersebut diatas		
3	Prosedur operasi sesuai kaidah bedah orthopaedi		
	<b>PERAWATAN PASCA BEDAH</b>		
1	Komplikasi dan penanganannya		
2	Pengawasan terhadap ABC		
3	Perawatan luka operasi		

Catatan: Sudah / Belum dikerjakan beri tanda



## 10. DAFTAR TILIK

Berikan tanda ✓ dalam kotak yang tersedia bila keterampilan/tugas telah dikerjakan dengan memuaskan (1); tidak memuaskan (2) dan tidak diamati (3)

1. **Memuaskan** Langkah/ tugas dikerjakan sesuai dengan prosedur standar atau penuntun
2. **Tidak memuaskan** Tidak mampu untuk mengerjakan langkah/ tugas sesuai dengan prosedur standar atau penuntun
3. **Tidak diamati** Langkah, tugas atau ketrampilan tidak dilakukan oleh peserta latih selama penilaian oleh pelatih

Nama peserta didik	Tanggal
Nama pasien	No Rekam Medis

DAFTAR TILIK				
No	Kegiatan / langkah klinik	Penilaian		
		1	2	3
1	Persiapan Pre-Operasi			
2	Anestesi			
3	Tindakan Medik/ Operasi			
4	Perawatan Pasca Operasi & <i>Follow-up</i>			

Peserta dinyatakan : <input type="checkbox"/> Layak <input type="checkbox"/> Tidak layak melakukan prosedur	Tanda tangan pelatih
--	----------------------

Tanda tangan dan nama terang