

1. TUJUAN :

1.1. Tujuan pembelajaran umum

Setelah mengikuti sesi ini peserta didik memahami dan mengerti tentang anatomi, embriologi, topografi, rongga mulut dan bibir, menegakkan diagnosis dan pengelolaan labioskisis, *work-up* penderita labioplasti, 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. Mampu menjelaskan anatomi, embriologi, topografi, rongga mulut dan bibir (tingkat kompetensi K3,A3 / ak.2,3,6,7)
2. Mampu menjelaskan etiologi dan patofisiologi labioskisis (tingkat kompetensi K3,A3 / ak.2,3,6,7)
3. Mampu menjelaskan gambaran klinis dan terapi labioskisis (tingkat kompetensi K3,A3 / ak2,3,6,7)
4. Mampu menjelaskan pemeriksaan penunjang diagnosis seperti darah lengkap, tes faal ginjal, hepar, foto polos toraks, (tingkat kompetensi K3,A3 / ak 2,3,6,7)
5. Mampu menjelaskan tehnik operasi labioplasti dan komplikasinya (tingkat kompetensi K3,A3) / ak 2,3,4,5,6,7)
6. Mampu melakukan *work-up* penderita labioskisis yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (tingkat kompetensi K3,P5,A3 / ak 1-10)
7. Mampu melakukan tindakan pembedahan labioplasti (tingkat kompetensi K3,P5,A3 / ak 1-12)
8. Mampu merawat penderita labioskisis pra operatif (memberi penjelasan kepada penderita dan keluarga, informed consent), dan pasca operasi serta mampu mengatasi komplikasi yang terjadi (tingkat kompetensi K3,P5,A3 / ak 1-12)

2. POKOK BAHASAN / SUB POKOK BAHASAN

1. Anatomi, embriologi, topografi, rongga mulut dan bibir
2. Etiologi, macam, diagnosis dan rencana pengelolaan labioskisis
3. Tehnik operasi labioplasti dan komplikasinya
4. *Work-up* penderita labioskisis
5. Perawatan penderita labioskisis 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 topografi rongga mulut dan bibir
 - Mekanisme Defekasi
 - Penegakan Diagnosis
 - Terapi (tehnik operasi)
 - Komplikasi 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:
 - Anatomi topografi rongga mulut dan bibir
 - Mekanisme Defekasi
 - Penegakan Diagnosis
 - Terapi (tehnik operasi)
 - Komplikasi dan penanganannya
 - Follow up

Bentuk *pre test*

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

Buku acuan untuk *pre test*

1. Criswell KK, Cohen M. Craniofacial, Unilateral Cleft Lip Repair. Available at : <http://www.emedicine.com/plastic/topic170.htm> Last updated June 16, 2006.
2. Biso. Operasi Sumbing Petunjuk Praktis. Jakarta, EGC, 2002, 4-29.
Afifi GY, Hardesty RA. Bilateral Cleft Lip. In Plastic Surgery, Indications, Operations, and Outcomes. Kolk CAV, editor. St Louis, Mosby, 2000, 769-97. Bentuk Ujian / test latihan

Ujian Operasi pada pasien

- OSCA (K.P.A)
- Ujian Operasi pada pasien

7. REFERENSI

1. Criswell KK, Cohen M. Craniofacial, Unilateral Cleft Lip Repair. Available at : <http://www.emedicine.com/plastic/topic170.htm> Last updated June 16, 2006.
2. Biso. Operasi Sumbing Petunjuk Praktis. Jakarta, EGC, 2002, 4-29.
3. Afifi GY, Hardesty RA. Bilateral Cleft Lip. In Plastic Surgery, Indications, Operations, and Outcomes. Kolk CAV, editor. St Louis, Mosby, 2000, 769-97.

8. URAIAN : LABIOPLASTI (KEILOPLASTI)

8.1. INTRODUKSI

a. Definisi

Suatu tindakan pembedahan dari labium atau bibir untuk memperbaiki bentuk dan fungsi.

b. Ruang Lingkup

Sumbing bibir unilateral

c. Indikasi Operasi

Untuk memperoleh bentuk wajah secara morfologi yang normal dan fungsi yang optimal untuk perkembangan pertumbuhan gigi geligi, mastikasi, pendengaran, pernapasan serta status psikososial.¹

d. Kontra Indikasi Operasi

Malnutrisi, anemia, dan kondisi pediatri lainnya yang dapat mengakibatkan pasien tidak mampu mentoleransi anastesia umum. Kelainan jantung yang menyertai harus dinilai terlebih dahulu sebelum dilakukan labioplasti.¹

e. Diagnosis banding (tidak ada)

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah perifer lengkap¹

Setelah memahami, menguasai dan mengerjakan modul ini maka diharapkan seorang dokter ahli bedah mempunyai kompetensi serta penerapannya dapat dikerjakan di RS Pendidikan dan RS jaringan pendidikan.

8. 2. Kompetensi terkait dengan modul / *list of skill*

- Persiapan Pra Operasi:
 - Anamnesis
 - Pemeriksaan fisik
 - Pemeriksaan penunjang
 - *Informed consent*
 - Pengelolaan luka bakar secara paripurna
- Assisten 2, asisten 1 pada saat operasi
- *Follow up* dan rehabilitasi

Tahapan Bedah Lanjut (Semester IV-VII) dan Chief Redsiden (Semester VIII-IX)

- Persiapan Pra Operasi:
 - Anamnesis
 - Pemeriksaan fisik
 - Pemeriksaan penunjang
 - *Informed consent*
- Melakukan Operasi (Bimbingan, mandiri) dan perawatannya

- Penanganan komplikasi
- *Follow up* dan rehabilitasi

8.3. Algoritma Dan Prosedur

Algoritma (tidak ada)

8.4. Teknik Operasi

Pasien anak-anak perlu pembiusan umum dengan bantuan pipa endotrakeal. Pada pasien dewasa yang cukup kooperatif dapat dilakukan bius setempat.

Untuk meminimalisasi risiko anesthesia, waktu operasi yang optimal adalah setelah bayi berumur 3 bulan dengan berat badan minimal 5 kg.

Posisi pasien sedikit mendongak sehingga dataran yang akan dioperasi tegak lurus dengan garis pandangan mata operator.²

Terdapat beberapa metode labioplasti diantaranya : teknik Rose-Thompson, teknik flap quadrangularis, teknik flap triangularis, teknik Millard dan takenik modifikasi Mohler. Namun yang paling umum digunakan adalah teknik Millard yang caranya didasari oleh gerakan memutar dan memajukan (*rotation and advancement*).²

Teknik operasinya yaitu pertama dari sisi lateral, mukosa dikupas dari otot orbikularis oris. Kemudian otot orbikularis oris bagian merah bibir dipisahkan dari sisanya. Kulit dan subkutis dibebaskan dari otot orbikularis oris secara tajam, sampai kira-kira sulkus nasoabialis. Lepaskan mukosa bibir dari rahang pada lekuk pertemuannya, secukupnya. Kemudian otot dibebaskan dari mukosa hingga terbentuk 3 lapis flap : mukosa, otot dan kulit. Lalu pada sisi medial, mukosa dilepaskan dari otot. Dibuat flap C. Kemudian dibuat insisi 2 mm dari pinggir atap lubang hidung, bebaskan kulit dari mukosa dan tulang rawan alae, menggunakan gunting halus melengkung. Letak tulang rawan alae diperbaiki dengan tarikan jahitan yang dipasang ke kulit. Setelah jahitan terpasang, lekuk atap dan lengkung atas atap lubang hidung lebih simetris. Kolumela dengan rangka tulang rawan dan vomer yang miring dari depan ke belakang sulit diperbaiki, sehingga masih miring. Luka di pinggir dalam atap nares dijahit. Kemudian mukosa oral mulai dari kranial, menghubungkan sulkus ginggivo labialis. Jahitan diteruskan ke kaudal sampai ke dekat merah bibir. Setelah itu otot dijahit lapis demi lapis. Jahitan kulit dimulai dari titik yang perlu ditemukan yaitu ujung busur Cupido. Diteruskan ke atas dan ke mukosa bibir. Jaringan kulit atau mukosa yang berlebihan dapat dibuang. Sebaiknya luka operasi ditutup dengan tule yang mengandung bahan pencegah perleknketan dan kasa lembab selama 1 hari, untuk menyerap rembesan darah/serum yang masih akan keluar. 1 hari sesudahnya baru luka dirawat terbuka dengan pemberian salep antibiotik.²

8.5. Komplikasi Operasi

- Wound dehiscence paling sering terjadi akibat ketegangan yang berlebih dari tempat operasi
- Wound expansion juga merupakan akibat dari ketegangan yang berlebih. Bila hal ini terjadi, anak dibiarkan berkembang hingga tahap akhir dari rekonstruksi langit, dimana pada saat tersebut perbaikan jaringan parut dapat dilakukan tanpa membutuhkan anestesi yang terpisah.
- Wound infection merupakan komplikasi yang cukup jarang terjadi karena wajah memiliki pasokan darah yang cukup besar. Hal ini dapat terjadi akibat kontaminasi pascaoperasi, trauma yang tak disengaja dari anak yang aktif dimana sensasi pada bibirnya dapat berkurang pascaoperasi, dan inflamasi lokal yang dapat terjadi akibat simpul yang terbenam.
- Malposisi Premaksilar seperti kemiringan atau retrusion, yang dapat terjadi setelah operasi.
- Whistle deformity merupakan defisiensi vermilion dan mungkin berhubungan dengan retraksi sepanjang garis koreksi bibir. Hal ini dapat dihindari dengan penggunaan total dari segmen lateral otot orbikularis.
- Abnormalitas atau asimetri tebal bibir Hal ini dapat dihindari dengan pengukuran intraoperatif yang tepat dari jarak anatomis yang penting lengkung³

8.6. Mortalitas (tidak ada)

8.7. Perawatan Pasca bedah

- **Pemberian makanan per-oral** : Untuk anak-anak yang mengkonsumsi ASI, dapat terus disusui setelah operasi. Bagi anak-anak yang menggunakan botol, disarankan untuk menggunakan ujung kateter yang lunak selama 10 hari, baru dilanjutkan dengan penggunaan ujung dot yang biasa.
- **Aktivitas** : Tidak ada batasan aktivitas tertentu yang perlu dilakukan, namun hendaknya aktivitas perlu diperhatikan untuk meminimalisasi risiko trauma pada luka operasi.

- **Perawatan bibir** : Garis jahitan yang terpapar pada dasar hidung dan bibir dapat dibersihkan dengan kapas yang diberi larutan hidrogen peroksida dan salep antibiotika yang diberikan beberapa kali perhari. Jahitan dapat diangkat pada hari ke 5 -7. ¹

8.8. Follow - up

Setelah operasi labioplasti, pasien harus dievaluasi secara periodik terutama status kebersihan mulut dan gigi, pendengaran dan kemampuan berbicara, dan juga keadaan psikososial.¹

8.9. Kata kunci : Sumbing bibir, labioplasti

9. DAFTAR CEK PENUNTUN BELAJAR PROSEDUR OPERASI

No	Kegiatan / langkah klinik	Sudah dikerjakan	Belum dikerjakan
	PERSIAPAN PRE OPERASI		
	<i>Informed Consent</i>		
	Laboratorium		
	Pemeriksaan Tambahan		
	Antibiotik Profilaksi		
	Cairan dan darah		
	ANESTESI		
	Umum dengan endotracheal		
	PERSIAPAN LOKAL DAERAH OPERASI		
	Penderita diatur dalam posisi pasien sedikit mendongak sehingga dataran yang akan dioperasi tegak lurus dengan garis pandangan mata operator. ²		
	Lakukan desinfeksi dan asepti.		
	TINDAKAN OPERASI		
	<i>Pasien anak-anak perlu pembiusan umum dengan bantuan pipa endotrakeal. Pada pasien dewasa yang cukup kooperatif dapat dilakukan bius setempat.</i> <i>Untuk meminimalisasi risiko anesthesia, waktu operasi yang optimal adalah setelah bayi berumur 3 bulan dengan berat badan minimal 5 kg.</i>		
	Terdapat beberapa metode labioplasti diantaranya : teknik Rose-Thompson, teknik flap quadrangularis, teknik flap triangularis, teknik Millard dan takenik modifikasi Mohler. Namun yang paling umum digunakan adalah teknik Millard yang caranya didasari oleh gerakan memutar dan memajukan (<i>rotation and advancement</i>). ²		
	Dari sisi lateral, mukosa dikupas dari otot orbikularis oris.		
	Kemudian otot orbikularis oris bagian merah bibir dipisahkan dari sisanya.		
	Kulit dan subkutis dibebaskan dari otot orbikularis oris secara tajam, sampai kira-kira sulkus nasoabialis.		
	Lepaskan mukosa bibir dari rahang pada lekuk pertemuannya, secukupnya.		

No	Kegiatan / langkah klinik	Sudah dikerjakan	Belum dikerjakan
	Kemudian otot dibebaskan dari mukosa hingga terbentuk 3 lapis flap : mukosa, otot dan kulit.		
	Lalu pada sisi medial, mukosa dilepaskan dari otot.		
	Dibuat flap C.		
	Kemudian dibuat insisi 2 mm dari pinggir atap lubang hidung, bebaskan kulit dari mukosa dan tulang rawan alae, menggunakan gunting halus melengkung.		
	Letak tulang rawan alae diperbaiki dengan tarikan jahitan yang dipasang ke kulit.		
	Setelah jahitan terpasang, lekuk atap dan lengkung atas atap lubang hidung lebih simetris.		
	Kolumela dengan rangka tulang rawan dan vomer yang miring dari depan ke belakang sulit diperbaiki, sehingga masih miring.		
	Luka di pinggir dalam atap nares dijahit.		
	Kemudian mukosa oral mulai dari kranial, menghubungkan sulkus ginggivo labialis.		
	Jahitan diteruskan ke kaudal sampai ke dekat merah bibir.		
	Setelah itu otot dijahit lapis demi lapis.		
	Jahitan kulit dimulai dari titik yang perlu ditemukan yaitu ujung busur Cupido.		
	Diteruskan ke atas dan ke mukosa bibir. <i>Jaringan kulit atau mukosa yang berlebihan dapat dibuang.</i>		
	Sebaiknya luka operasi ditutup dengan tule yang mengandung bahan pencegah perlenngketan dan kasa lembab selama 1 hari, untuk menyerap rembesan darah/serum yang masih akan keluar.		
	Satu hari sesudahnya baru luka dirawat terbuka dengan pemberian salep antibiotik. ²		

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 & Follow-up			

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

Tanda tangan dan nama terang