

CASE REPORT : ESKAR DAN KONTRAKTUR

Ryan Muhammad¹, M. Sabir^{2,3}

¹Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University– Palu, INDONESIA, 94118

²Department of Basic Medicine and Biomedical Sciences, Microbiology, Faculty of Medicine, Tadulako University– Palu, INDONESIA, 94118

³Departement of Tropical Diserses and Traumatology, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

ABSTRACT

Introduction: Eschar is a false skin tissue that covers the wound, resulting from previous combutio. Contractures are a complication of combutio that occur due to lack of mobility from the injured organ and bad wound care. **Case:** The 34-year-old woman was hospitalized with complaints of pain in both wrists, as well as the stiff left hand little finger. In the physical examination, there was an eschar wound on both wrists and a two-degree contracture wound on the right hand little finger. **Conclusion:** Eschar and contractures occur preceded by previous combutio, which occur due to the treatment of bad wounds.

Keywords: Eschar, Contracture, Combutio.

ABSTRAK

Pendahuluan: Eskar adalah jaringan kulit palsu yang menutupi luka, terjadi akibat adanya luka bakar sebelumnya. Kontraktur merupakan komplikasi dari luka bakar yang terjadi akibat kurangnya mobilitas organ yang mengalami luka serta perawatan luka yang tidak baik. **Kasus:** Wanita 34 tahun masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri pada kedua pergelangan tangan, serta jari kelingking tangan kiri yang kaku tidak dapat digerakkan, pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya luka eskar pada kedua pergelangan tangan dan luka kontraktur derajat dua pada jari kelingking tangan kanan. **Kesimpulan:** Eskar dan kontraktur terjadi didahului adanya luka bakar sebelumnya, terjadi akibat perawatan luka yang tidak baik.

Kata Kunci: Eskar, Kontraktur, luka bakar

PENDAHULUAN

Eschar ialah jaringan parut palsu. Eskar bukan kulit sejati, tetapi menutupi luka bagaikan lapisan kulit (Paddock et al., 2016). Eskar terjadi pada luka bakar derajat 3 akibat adanya koagulasi protein pada lapisan dermis dan epidermis kulit sehingga menimbulkan tampakan jaringan kulit yang kering dan *non-vascularized* (Sephel et al., 2011).

Derajat luka eskar tidak dapat dijelaskan sebagai luka yang biasa, luka dengan eschar sering menandakan luka yang lebih parah, biasanya pada luka stadium III dan stadium IV (William et al., 2015) Diagnosis dan penanganan sedini mungkin sangat penting untuk menjaga fungsi dari organ yang mengalami luka (Arturson., 2013)

Kontraktur adalah kontraksi yang menetap dari kulit dan atau jaringan dibawahnya yang menyebabkan deformitas dan keterbatasan gerak (Solomon et al., 2013)

LAPORAN KASUS

Pasien perempuan usia 34 tahun masuk rumah sakit dengan keluhan nyeri pada bekas luka bakar. Pasien mengaku disiram bensin dan dibakar dengan korek api ± 3 bulan lalu. Setelah itu pasien masuk rumah sakit dan dilakukan perawatan dengan operasi debridement pada 24 September 2018. Sekarang pasien masuk kembali dengan keluhan nyeri pada pergelangan tangan kanan dan kiri. Pasien juga mengeluh tidak bisa menggerakkan jari kelingking tangan kanan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pasien sakit sedang dengan kesadaran komposmentis,

tanda-tanda vital tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu axilla 36,7°C. Pemeriksaan thoraks dan abdomen dalam batas normal serta tidak ada kelainan pada organ tubuh lainnya. Status lokalis didapatkan eskar pada pergelangan tangan kanan dan pergelangan tangan kiri dengan kemerahan dan nyeri tekan, dan terdapat luka kontraktur pada jari kelingking tangan kanan dan tidak nyeri tekan. Pasien dirawat inap dan direncanakan untuk eksisi eskar dan pembebasan kontraktur.



Gambar 1. Kondisi fisik pasien saat datang



Gambar 2. Eksisi skar



Gambar 3. Pembebasan kontraktur pada jari kelingking tangan kanan



Gambar 4. Post eksisi skar



Gambar 5. Post contracture release

DISKUSI

Pada pasien ini, penegakan diagnosis dilakukan setelah proses anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pada anamnesis didapatkan informasi bahwa pasien mengeluhkan nyeri pada luka bakar di pergelangan tangan. Nyeri yang dirasakan pasien dapat disebabkan akibat adanya jeratan yang diakibatkan oleh eskar yang berbentuk melingkar di pergelangan tangan pasien (Moenadjat., 2009). Pasien juga mengeluhkan kesulitan menggerakkan jari kelingking tangan kanan beberapa hari setelah mengalami luka bakar. Hal ini terjadi akibat adanya kontraktur yang mengganggu mobilitas dari jari kelingking tangan kanan pasien (Ogawa et al., 2013).

Pada pemeriksaan fisik regio jari kelingking tangan kanan didapatkan gambaran bekas luka bakar dengan adanya penurunan fungsi pergerakan dan terdapat kelainan dari bentuk normal kelingking, hal

ini sesuai dengan gambaran kontraktur derajat tiga. Mekanisme dasar pembentukan kontraktur didapat dari berbagai macam etiologi yaitu kongenital, didapat, atau idiopatik. Proses ini disebabkan oleh aktifnya miofibroblas yang merupakan sel mesenkim dengan fungsi dan karakteristik struktur seperti fibroblast dan sel-sel otot polos. Sel tersebut merupakan komponen seluler jaringan granulasi atau jaringan parut yang membangkitkan tenaga kontraktile melibatkan aktivitas kontraksi muskuler aktinmiosin sitoplasma (Wolf et al., 2010; Schwarz., 2015; Procter., 2012).

Miofibroblast terdapat pada seluruh tubuh dan terpusat pada tepian luka, miofibroblast bekerja mengecilkan ukuran luka sebagai bagian dari mekanisme kontraksi fisiologis dari proses penyembuhan luka dengan cara bekerja dibalik tepi luka dan mendorong tepi luka kearah bagian tengah dari luka. (Etheridge et al., 2010)

Pada pasien luka bakar, kontraktur dapat terjadi sebagai hasil akhir dari kontraksi luka. Hal ini dapat terjadi pada pasien yang tidak mendapatkan perawatan luka pasca trauma luka bakar yang baik, proses penyusutan tepi luka pada proses kontraksi dapat mengakibatkan terjadinya kontraktur apabila dua bagian tepi luka dari dua daerah tubuh yang berbeda (biasanya pada daerah persendian) bertemu dan akhirnya proses penyembuhanluka justru menyambungkan dua bagian tepi luka dari

dua bagian tubuh yang berbeda sehingga menyebabkan adanya gangguan gerak dan perubahan bentuk normal dari bentuk normal organ tubuh seperti yang terjadi pada jari kelingking tangan kanan pasien (Sephel et al., 2011; Moenadjat., 2009)

Penatalaksanaan segera yang diberikan pada pasien adalah pemberian anti nyeri dan antibiotik. Terapi analgesik bertujuan untuk mengontrol atau menghilangkan rasa nyeri pada pasien luka bakar. Luka bakar yang memerlukan terapi analgesik adalah luka bakar derajat II dan luka bakar derajat III yang mengenai seluruh lapisan epidermis dan dermis yang dapat menimbulkan rasa nyeri pada pasien. Pada pasien luka bakar, kerusakan barrier kulit berkontribusi besar dalam menyebabkan infeksi, pemberian antibiotik pada pasien luka bakar merupakan kebutuhan untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dari bakteri bakteri yang normalnya berada di kulit (Moenadjat., 2009; Church et al., 2006).

Tatalaksana definitif yang dapat dilakukan pada pasien ini adalah eksisi debridement jaringan yang telah mati untuk menghilangkan kemungkinan terjadinya perluasan area nekrotik (Solomon et al., 2013) dan pada jari kelingking tangankanan dilakukan operasi pembebasan kontraktur untuk mengembalikan fungsi dari organ yang terganggu (Adu., 2011).

KESIMPULAN

Luka bakar derajat III dapat menyebabkan terjadinya eskar dan kontraktur, eskar terjadi akibat koagulasi protein di dermis dan dapat menyebabkan rasa nyeri akibat jeratan yang melingkar pada pergelangan tangan.

Kontraktur pada luka bakar terjadi akibat perawatan luka yang tidak baik, dapat dilakukan operasi pembebasan kontraktur untuk mengembalikan fungsi dan anatomi tubuh yang mengalami kontraktur.

REFERENSI

- Adu, E., J., K. (2011). Management of contractures: a five-year experience at komfo anokye teaching hospital in kumasi. *Ghana Medical Journal* 45(2):66-72.
- Arturson, G. (2013). Cross reference from 'Local effects: Principles and Practice of burn management. 1st ed. Setle JAD, editor. New York: Churchill Livingstone.
- Church, D., Elsaved, S., Reid, O., Winston, B., Linsay, R. (2006). Burn Wound Infection. *Clinical Microbial Reviews*, 19(2): 403.
- Ethridge, R., T., Leong, M., Phillips, L. (2010). Wound healing. In: Touensend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, editors. *Sabiston Textbook of surgery*. 18th ed. Philadelphia: Saunders; pp. 191–216.
- Moenadjat, Y. (2009). *Luka Bakar Masalah dan Tatalaksana*. 4th Ed. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Ogawa, R., Pribaz, J., J. (2013). *Diagnosis, assessment, and classification of scar contractures. Color Atlas of Burn Reconstructive Surgery*. Springer Heidelberg Dordrecht London. NewYork.
- Paddock, C. D.; Finley, R. W.; Wright, C. S.; Robinson, H. N.; Schrodt, B. J.; Lane, C. C.; Ekenna, O.; Blass, M. A.; Tamminga, C. L.; Ohl, C. A.; McLellan, S. L. F.; Goddard, J.; Holman, R. C.; Openshaw, J. J.; Sumner, J. W.; Zaki, S. R.; Eremeeva, M. E. (2016). "Rickettsia parkeri Rickettsiosis and Its Clinical Distinction from Rocky Mountain Spotted Fever". *Clinical Infectious Diseases*. **47** (9): 1188–1196
- Procter, F. (2012). Rehabilitation of the burn patient. *Indian Journal of Plastic Surgery* 43(Suppl):S101-S113.
- Schwarz, R., J. (2015). Management of postburn contractures of the upper extremity. *Journal of Burn Care Research* 28:212-219.

Sephel, G., C., Woodward, S., C. Repair, regeneration and fibrosis. In: Rubin E, Gorstein F, Rubin R, Schwarting R, Strayer D. (2011). Rubin's pathology. Clinicopathologic foundations of medicine. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; pp. 85–116.

Solomon, L., Warwick, D., Nagayam. S. (2013). Apley's System of

Orthopedic and Fractures 9th Ed. Hodder Arnold. London.

Williams, W., G., Phillips L. (2015). Pathophysiology of burn wound. In: Herndon DN, editor. Total burn care. WB Saunders Co Ltd; p. 64.

Wolf, S., E., Jeschke, M., G., Kamolz, L., P., Sjoberg, F. 2012. Handbook of burns :

Acute Burn Care. Volume 1. Germany : SpringerWienNewYork

