



**PROFIL PASIEN KERATOSIS SEBOROIK DI POLIKLINIK KULIT DAN
KELAMIN RSUP DR. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2016-2019**

*Profile of Seborrheic Keratosis Patients at the Skin Clinic and Gender RSUP
Dr. M. Djamil Padang 2016-2019*

**Tripuspita PAF¹, Anandia Putriyuni², Jenny Tri Yuspita Sari³, Jon Hadi⁴,
Anggun Rihani⁵**

^{1,2,3,4,5}Universitas Baiturrahmah

Email: anggurnr354@gmail.com

Abstract

Seborrheic keratosis is a benign skin tumor that originates from the proliferation of the epidermis and the buildup of keratin on the surface of the skin. Factors that cause include age, sun exposure, and infection. Various indications for removal of the lesion include signs of malignancy, irritation with inflammation and especially for cosmetic purposes in patients with multiple lesions. KS cases are increasing overseas and quite high reported in several hospitals in Indonesia. This research to know and identify the profile of seboroik keratosis patients at Dr.M. Djamil Padang Hospital in 2016-2019. This type of research is descriptive. With cross-sectional study design. The affordable population in this study was patients diagnosed with seboroik keratosis who were treated at Dr.M. Djamil Padang Hospital in 2016-2019 with 80 samples in total sampling. Research variables consist of age, gender, main complaint, location of lesions. The most research found were ages 41-65 years, namely 37 people (46.3%), female sex of 54 people (67.5%), the main complaint of lesions increased by 22 people (38.8), 2 or more locations lesions were 33 people (41.2%) and surgical therapy of 43 people (53.7%). Seboroik keratosis patients at Dr.M. Djamil Padang Hospital in 2016-2019 most age 41-65 years, female sex, main complaints of increased lesions, 2 or more locations lesions and surgical therapy.

Keywords: age, gender, main complaints, location of lesions, therapy, seboroik keratosis

Abstrak

Keratosis seboroik merupakan tumor jinak kulit yang berasal dari proliferasi epidermis dan penumpukan keratin di atas permukaan kulit. Faktor yang mungkin menjadi penyebab antara lain adalah usia, genetik, paparan sinar matahari, dan infeksi. Berbagai indikasi untuk menghilangkan lesi yaitu bila terdapat tanda keganasan, iritasi disertai inflamasi dan terutama untuk kepentingan kosmetik pada pasien dengan lesi multipel. Kasus KS semakin meningkat di luar negeri dan cukup tinggi dilaporkan pada beberapa RS di Indonesia. Penelitian bertujuan untuk mengetahui dan mengidentifikasi profil pasien keratosis seboroik di RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2016-2019. Jenis penelitian ini adalah deskriptif Dengan desain crosssectional study. Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah pasien yang didiagnosa menderita keratosis seboroik yang berobat di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019 dengan 80 sampel secara total sampling. Variabel penelitian terdiri dari usia, jenis kelamin, keluhan utama, lokasi lesi. Hasil penelitian terbanyak ditemukan adalah usia 41-65 tahun yaitu 37 orang (46,3%), jenis kelamin perempuan yaitu 54 orang (67,5%), keluhan utama lesi bertambah banyak yaitu 22 orang (38,8), 2 atau lebih lokasi lesi yaitu 33 orang (41,2%) dan terapi bedah yaitu 43 orang (53,7%). Pasien keratosis seboroik di RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2016-2019 terbanyak usia 41-65 tahun, jenis kelamin perempuan, keluhan utama lesi bertambah, 2 atau lebih lokasi lesi dan terapi bedah.

Kata Kunci: usia, jenis kelamin, keluhan utama, lokasi lesi, terapi, keratosis seboroik

PENDAHULUAN

Keratosis seboroik (KS) disebut juga *seborrheic wart*, *senile wart*, *verruca seborrhoeica*, atau *basal cell papilloma*,¹ merupakan tumor jinak kulit yang berasal dari proliferasi epidermis dan penumpukan keratin di atas permukaan kulit.² Tumor ini jauh lebih sering terjadi pada usia lanjut, meskipun pada sebagian keluarga, predisposisi genetik dapat menyebabkan lesi muncul pada usia lebih muda.³

Sebuah penelitian yang dilakukan di wilayah Eropa yaitu Belanda mendapatkan korelasi positif antara prevalensi dengan usia. Prevalensi pada kelompok usia 24-29 tahun sebesar 38%, 50-59 tahun sebesar 69%, 60-69 tahun sebesar 86%, dan 70-79 tahun sebesar 90%.⁴ Penelitian di negara Asia Timur yaitu Korea melaporkan prevalensi KS sebesar 88%, dimana terjadi peningkatan prevalensi dari 79% pada usia 40 tahun menjadi 99% pada usia lebih dari 60 tahun.⁵ Penelitian yang dilakukan di Indonesia pada RSUP Prof. Dr. R. D. Kondou Manado menunjukkan KS sebagai tumor jinak kulit terbanyak kedua yang ditemukan di Poliklinik Kulit dan Kelamin dengan prevalensi sebesar 24,69%. Sebagian besar pasien dilaporkan berusia 45-64 tahun dengan proporsi sebesar 49,15%.⁶

Penelitian di Inggris menemukan sebanyak 8,3% pria dan 16,7% wanita usia kurang dari 40 tahun memiliki sedikitnya satu lesi KS,⁷ sedangkan di Indonesia yaitu RSUP Sanglah Denpasar pada tahun 2016 terdapat 18 kasus KS sebanyak 7 (38,8%) orang laki-laki dan 11 (61,1%) orang perempuan pada usia besar 50 tahun yang berkunjung ke Poliklinik Kulit dan Kelamin.⁸

Penyebab pasti KS belum jelas, beberapa faktor yang mungkin menjadi penyebab antara lain adalah genetik, paparan sinar matahari, dan infeksi. Keratosis seboroik menunjukkan adanya iregularitas gen apoptosis p53 dan Bcl-2. Pembentukan KS juga di hubungkan dengan *epidermal growth factor* (EGF) dan *melanocyte-derived growth factor* (MGF) di sirkulasi akibat peningkatan tumor *necrosis factor-α* (TNF-α) sehingga terbentuk lesi papula hiperpigmentasi.⁹

Penelitian terbaru melaporkan bahwa mutasi somatik *fibroblast growth factorreceptor 3* (FGFR3) ditemukan pada pasien dengan KS dengan lesi datar dan adenoid. Peningkatan usia tampaknya menjadi faktor risiko mutasi ini. Lebih lanjut, peranan mutasi tersebut pada KS di regio kepala dan leher menunjukkan penyebab untuk paparan sinar ultraviolet seumur hidup yang bersifat kumulatif. Mutasi somatik di *phosphatidylinositol-4,5-bifosfat 3-kinase* (PIK3CA) juga telah dilaporkan pada KS. *Human papillomavirus* (HPV) telah terdeteksi pada sejumlah kecil kasus, terutama dari daerah genital. Virus tersebut juga ditemukan pada kasus KS yang memiliki *epidermodysplasia verruciformis*. *Deoxyribo Nucleic Acid* (DNA) dari *Human papillomavirus* (HPV) terkait *epidermodysplasia verruciformis* telah terdeteksi pada KS non-genital. Beberapa kasus infeksi virus herpes nekrotikan yang mempersulit KS telah dilaporkan. *Endothelin-1*, sitokin yang diturunkan dari keratinosit dengan efek stimulasi pada melanosit, diduga terlibat dalam melanisasi KS.^{1,9}

Tingginya prevalensi KS pada kulit yang sering terpapar sinar matahari merupakan implikasi faktor sinar matahari sebagai etiologi. Hal ini masih kontroversi mengingat lesi KS dapat terjadi hamper pada semua permukaan tubuh termasuk area yang kurang atau tidak terpapar sinar matahari. Penelitian di Australia yang melihat distribusi 3.067 lesi KS pada 100 orang pasien, menemukan

distribusi lesi paling tinggi pada batang tubuh yaitu 54,7%, tangan 15,2%, wajah dan leher sebanyak 11,4%.¹⁰

Lesi KS mungkin tunggal, tetapi bisa juga multipel dan bertambah jumlahnya seiring usia, bisa mencapai ratusan. Lesi dapat terbentuk dimana saja tetapi lebih umum di kepala, leher, dan badan. Lesi lebih kecil dan kurang berpigmen ditungkai, sering tampak pucat, tetapi menjadi lebih gelap seiring dengan waktu dan mungkin sangat berpigmen dan tampak seperti menempel. Permukaan agak kasar dan verukosa serta ditandai oleh lubang-lubang folikular yang tersumbat.³

Sebagian kecil pasien dapat mengeluhkan gatal pada lesi. Sering kali pasien datang ke dokter terkait keluhan kosmetik dan kekhawatiran akan kemungkinan keganasan kulit. Penegakan diagnosis dilakukan berdasarkan temuan klinis dan pemeriksaan dermoskopi, sedangkan pemeriksaan histopatologi menjadi *gold standart* untuk membedakan lesi jinak atau ganas pada kulit. Secara histopatologi KS merupakan lesi jinak yang tidak memiliki potensi menjadi keganasan. KS juga merupakan tumor berupa lesi endofitik atau eksofitik. Terdiri dari sel basaloid dengan campuran sel skuamoid yang bervariasi. Invaginasi berisi keratin dan kista kecil (kista tanduk) adalah ciri khasnya. Sarang sel skuamosa (pusaran skuamosa) mungkin ada, terutama pada tipe yang teriritasi. Pusaran skuamosa dari KS yang teriritasi secara anatomis berhubungan dengan akrotrikia. Sekitar sepertiga dari kasus KS tampak hiperpigmentasi dengan pewarnaan hematoksilin dan eosin. Gambaran histopatologi digunakan sebagai dasar pembagian varian dari lesi yang terdiri dari gambaran akantotik, hiperkeratotik, adenoid, *irritated*, klonal, dan melanoakantoma.^{1,11,12}

Keratosis seboroik merupakan tumor jinak, tetapi terdapat berbagai indikasi untuk menghilangkan lesi yaitu bila terdapat tanda keganasan (apabila secara klinis meragukan), iritasi disertai inflamasi dan terutama untuk kepentingan kosmetik pada pasien dengan lesi multipel.¹³ Berbagai modalitas terapi untuk keratosis seboroik diantaranya adalah kuretase, eksisi *shave*, elektrodessikasi dengan *electrosurgery*, bedah beku dan laser ablatif (contoh: laser ablasi CO₂).¹² Eksisi terkadang digunakan di Australia, tetapi tidak ada penggantian asuransi kesehatan untuk eksisi tersebut. Pemberian krim tazaroten 0,1% dapat diterima secara kosmetik dalam percobaan yang membandingkan *cryosurgery*, tazarotene, imiquimodtopikal, dan kalsipotrien topikal.^{1,12}

Kasus KS semakin meningkat di luar negeri dan cukup tinggi dilaporkan pada beberapa RS di Indonesia. Salah satu penelitian tentang KS di Sumatra Selatan oleh Devi Kartikasari melaporkan Frekuensi pasien KS di Poliklinik Dermatologi dan Venereologi Divisi Tumor dan Bedah Kulit RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang tahun 2014-2016 adalah 17,79%, KS lebih banyak ditemukan pada wanita (68,42%) dibanding laki-laki (31,58%). Di Sumatera Barat melaporkan gambaran faktor risiko KS di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019.

Hasil penelitian mendapatkan faktor risiko terbanyak usia 51-65 tahun sebanyak 39%, riwayat keluarga memiliki lesi yang sama dengan pasien 56,1%, paparan sinar matahari >6 jam sebesar 41,5%, dan pekerjaan yang dilakukan di luar ruangan sebesar 56,1%. Saat ini belum tersedia data penelitian karakteristik KS yang meliputi usia, jenis kelamin, keluhan utama, lokasi lesi, terapi di RSUP Dr.M.Djamil Padang. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti lebih jauh lagi tentang profil pasien KS di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. M. Djamil Padang.

METODE

Ruang lingkup penelitian ini adalah ruang lingkup pada bidang ilmu penyakit Kulit dan Kelamin. Penelitian ini dilakukan di Bagian Rekam Medik RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penelitian dilakukan dari bulan September 2020 – Januari 2021. Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Desain penelitian adalah *cross-sectional study* menggunakan data rekam medis pasien KS di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019. Data dianalisa secara univariat berdasarkan usia, jenis kelamin, keluhan utama, lokasi lesi, dan terapi dengan program SPSS. Hasil penelitian ditampilkan dalam bentuk diagram dan narasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Distribusi Frekuensi Usia Pasien Keratosis Seboroik di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil dari 80 pasien keratosis seboroik, usia terbanyak adalah 41-65 tahun yaitu 37 orang (46,3%) di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Arrahman (2020) tentang gambaran faktor risiko pasien keratosis seboroik di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada periode Desember 2016-November 2019 diperoleh usia pasien terbanyak adalah 51-65 tahun yaitu (39,02%).²⁹ Penelitian yang dilakukan oleh Rajesh *et al.* di India dengan beberapa kelompok usia menemukan kelompok usia terbanyak dengan penderita keratosis seboroik yaitu usia >60 tahun sebanyak 100 orang (40%).¹³

Usia menjadi salah satu faktor risiko yang meningkatkan risiko keratosis seboroik. Insiden keratosis seboroik meningkat seiring bertambahnya usia dengan kejadian puncak diatas usia 50 tahun, walaupun juga dapat dijumpai pada yang berusia muda.⁹ Ada beberapa pendapat yang mengatakan bahwa peningkatan usia berhubungan dengan peningkatan endothelin-1. Sehingga, dengan adanya peningkatan ekspresi melanogen keratinosit endothelin-1, akan menghasilkan hiperpigmentasi pada lesi.¹⁴

Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Pasien Keratosis Seboroik di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil dari 80 pasien keratosis seboroik, jenis kelamin terbanyak adalah perempuan yaitu 54 orang (67,5%) di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kartikasari (2018) tentang frekuensi keratosis seboroik di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang tahun 2014-2016 diperoleh pasien terbanyak adalah perempuan yaitu (68,42%).³²

Penelitian di RSUP Sanglah Denpasar pada tahun 2016 terdapat 18 kasus KS sebanyak 7 (38,8%) orang laki-laki dan 11 (61,1%) orang perempuan yang berkunjung ke Poliklinik Kulit dan Kelamin.⁸

Prevalensi keratosis seboroik berdasarkan jenis kelamin hampir sama antara laki-laki dan perempuan, akan tetapi perempuan banyak teridentifikasi karena perempuan lebih sering berkunjung untuk melakukan pengobatan dibandingkan dengan laki-laki.¹⁰ Etiologi KS masih belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan adanya faktor risiko seperti genetik, pajanan sinar matahari (SM), infeksi human papillomavirus (HPV) dan hiperplasia melanosit, dan tak satupun

dari faktor-faktor tersebut dianggap sebagai penyebab tunggal KS. Beberapa studi epidemiologi mengindikasikan kemungkinan penyebab kausal SM ultraviolet A (UVA) dalam perkembangan KS. Sebuah studi di Korea Selatan membuktikan pasien KS yang mendapat pajanan SM kumulatif lebih dari 6 jam per hari secara signifikan 2,8 kali mempunyai risiko KS lebih besar dibandingkan dengan pajanan SM kurang dari 3 jam per hari.⁹

Distribusi Frekuensi Keluhan Utama Pasien Keratosis Seboroik di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil dari 80 pasien keratosis seboroik, keluhan utama terbanyak adalah lesi bertambah banyak yaitu 22 orang (38,8%) di RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2016-2019. Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Nadjar (2015) tentang hubungan keratosis seboroik dengan penyakit kulit lain dimana diperoleh hasil keluhan utama pasien KS adalah perubahan ukuran dan bertambah banyak yaitu (34,8%).¹⁵

Gejala klinis awalnya KS dimulai dengan lesi datar, berwarna coklat muda, berbatas tegas, dengan permukaan seperti beludru sampai verukosa halus, diameter lesi bervariasi antara beberapa mm sampai 3 cm. Seiring berjalannya waktu, lesi akan bertambah besar dan tebal hingga beberapa sentimeter. Memberi gambaran yang khas yaitu menempel (*stuck on*) pada permukaan kulit. Lesi yang telah berkembang penuh sering tampak mengalami pigmentasi yang gelap dan tertutup oleh skuama berminyak.¹⁶ Hal ini sesuai dengan teori bahwa seiring perkembangannya, lesi berkembang bertambah banyak dan menjadi papula dengan permukaan mirip veruka dan tampak seperti menempel pada kulit (*stuck on*).¹⁴

Distribusi Frekuensi Lokasi Lesi Pasien Keratosis Seboroik di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil dari 80 pasien keratosis seboroik, lokasi lesi terbanyak adalah 2 atau lebih lokasi banyak yaitu 33 orang (41,2%) di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kartikasari (2018) tentang frekuensi keratosis seboroik di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang tahun 2014-2016 diperoleh lokasi lesi terbanyak adalah pada daerah yang terpajan sinar matahari (80,8%) yang terdiri dari wajah (56%), leher (23,2%), *v-neck area* (0,8%) dan punggung tangan (0,8%).¹⁷

Penelitian yang dilakukan di *Seoul National University College of Medicine* pada 303 sampel didapatkan distribusi lesi keratosis seboroik pada area yang terpapar sinar matahari sebesar 64,2 % dan area yang sebagian terpapar sinar matahari sebesar 35,8%, dimana lokasi lesi terbanyak ditemukan di wajah (32,8%), badan (31,8%), dan leher (4,1%).¹⁵

Keratosis seboroik dapat terjadi pada semua permukaan kulit dengan predileksi paling sering di wajah, leher, punggung, dan lengan. Lesi sering timbul pada area tidak berambut, biasanya dimulai dengan lesi datar, berwarna coklat muda sampai tua, berbatas tegas dengan permukaan licin seperti lilin atau hiperkeratotik. Diameter lesi bervariasi biasanya antara beberapa milimeter sampai 3 cm. Lama kelamaan lesi akan menebal, dan memberi gambaran yang khas yaitu verukosa dan menempel (*stuck on*) pada permukaan kulit. Lesi yang telah berkembang penuh tampak mengalami pigmentasi yang gelap dan tertutup oleh skuama berminyak.^{5,18}

Tingginya prevalensi KS pada kulit yang sering terpapar sinar matahari merupakan implikasi faktor sinar matahari sebagai etiologi. Hal ini masih

kontroversi mengingat lesi KS dapat terjadi pada hampir semua permukaan tubuh termasuk area yang kurang atau tidak terpapar sinar matahari. Studi di Australia yang melihat distribusi 3.067 lesi KS pada 100 pasien, menemukan distribusi lesi paling tinggi pada batang tubuh yaitu 54,7%, tangan 15,2%, wajah dan leher sebanyak 11,4%.¹⁸

Distribusi Frekuensi Terapi Pasien Keratosis Seboroik di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil dari 80 pasien keratosis seboroik, terapi terbanyak adalah bedah yaitu 43 orang (53,7%) di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2016-2019. Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kartikasari (2018) diperoleh jenis terapi paling banyak dipilih pada penanganan keratosis seboroik yaitu bedah (63,1%).¹⁷

Penanganan tumor jinak kulit pada umumnya adalah dengan tindakan pembedahan. Tindakan pembedahan yang dapat dilakukan mencakup eksisi, insisi, kuretase, bedah listrik, bedah beku dan bedah laser. Semua tindakan ini akan memberikan hasil yang optimal bila dilakukan oleh dokter ahli atau dokter yang terlatih dengan menguasai pengetahuan tentang tumor jinak.¹⁹

Umumnya pasien KS tidak memerlukan terapi spesifik. Masalah klinis penyakit ini bersifat kosmetik yang mengganggu penampilan. Letaknya yang superfisial, sehingga KS mudah dihilangkan dengan kuretase, *shaving*, elektrosikasi, eksisi, dermabrasi, bedah beku dengan nitrogen, dan laser. Eksisi lesi merupakan modalitas terapi yang sering menjadi pilihan. Sebaiknya selalu memastikan metode *removal* yang dipakai akan meminimalisasi risiko skar.⁹

Prognosis umumnya baik, jarang lesi KS berubah menjadi ganas. Nevus displasia atau melanoma maligna kadang ditemukan pada individu dengan sejumlah besar lesi KS di batang tubuh. Pada keadaan dimana terdapat kecurigaan keganasan, biopsi eksisi merupakan tindakan yang tepat selain observasi dan evaluasi pasien secara teratur.²⁰

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk membandingkan hasil insisi yang dilakukan dengan menggunakan pisau bedah dan peralatan elektrokauter serta menilai hasil dari penyembuhan luka, keefektifan, kurangnya perdarahan yang dihasilkan, dan kepuasan pasien pasca operasi. Laporan berbagai hasil penelitian tersebut memperlihatkan penggunaan peralatan elektrokauter sama amannya dengan pisau bedah dalam hal penyembuhan luka insisi dengan beberapa keuntungan tambahan antara lain berkurangnya kehilangan darah dan nyeri pasca operasi.²¹

KESIMPULAN

Usia terbanyak adalah 41-65 tahun. Jenis kelamin terbanyak adalah perempuan. Keluhan utama terbanyak adalah lesi bertambah banyak. Lokasi lesi terbanyak adalah 2 atau lebih lokasi banyak. Terapi terbanyak adalah tindakan bedah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Weedon D. 2010. *Tumor of the epidermis. In: Weedon's skin pathology. 3rd ed.* Elsevier.

2. Quinn AG, Perkins W. 2010. *Non-melanoma skin cancer and other epidermal skin tumours*. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, eds. *Rook's textbook of dermatology*. 8th ed. Oxford: Blackwell Publishing.
3. Robn GB, Brahm U. 2010. *Pendit dermatologi dasar untuk praktek klinik. Tumor kulit*. Jakarta: EGC.
4. Kennedy C, Bajdik CD, Willemze R. 2012. The influence of painful sunburns and lifetime sun exposure on the risk of actinic keratoses, seborrheic warts, melanocytic nevi, atypical nevi and skin cancer. *J Invest Dermatol.*, 120: 1087-1093.
5. Kwon OS, Hwang EJ, Bae JH. 2019. Seborrheic keratosis in the Korean males: causative role of sunlight. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.*, 19: 73-80.
6. Gefilem G, Suling P, Kapantouw M. 2013. Profil tumor jinak kulit di poliklinik kulit dan kelamin RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado periode 2009- 2011. *Jurnal E-Clinic*, 1 (1): 1-10.
7. Memon AA, Tomenson JA, Bothwell J, Friedmann PS. Prevalence of solar damage and actinic keratosis in a Merseyside population. *Br J Dermatol.*, 142 (6): 1154 -1159.
8. Anonim. 2016. *Buku Register Kunjungan Poliklinik Kulit dan Kelamin Wing Amerta Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah*. Denpasar.
9. Thomas VD, Snaveley NR, Lee KK, Swason. 2012. *Benign epithelial tumors, hamartomas, and hyperplasias*. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, eds. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 8th ed. New York: McGraw-Hill.
10. Yeatman JM, Kilkenny M, Marks R. 2015. The prevalence of seborrheic keratoses in an Australian population: Does exposure to sunlight play a part in their frequency. *Br J Dermatol.*, 137: 411.
11. Kolansky G, Tignanelli C, Ieshin B, Whitaker DC. 2016. *Epidermal tumors*. In: Roenigk RK, Ratz JL, Roenigk HH, eds. *Roenigk's dermatologic surgery current techniques in procedural dermatology*. 3rd ed. New York: Informa Healthcare USA Inc.
12. Balin A. 2018. Seborrheic keratosis: background, pathophysiology, etiology. *Emedicine*. Medscape.com.
13. Rajesh G, Thappa DM, Jaisankar TJ, Chandrashekar L. 2011. Spectrum of seborrheic keratoses in south Indians: A clinical and dermoscopic study. *Indian J Dermatol.*, 77 (4): 483-488.
14. Rosso J Q. 2017. Closer Look at Seborrheic Keratoses. *J Clin aesthetic dermatology March.*, 10 (3):16-25.
15. Nadjar M, Anwar AI, Wahab S. 2015. Hubungan Keratosis Seboroik dengan Penyakit Kulit Lain. 28 (2): 38-42.
16. Harahap M, Rahmah L, Cahanar P. 2015. *Tumor Jinak. Dalam: Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta: Hipocrates.
17. Kartikasari D. 2018. Frekuensi Keratosis Seboroik Di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2014-2016. Universitas Sriwijaya.
18. Mawu FO. 2016. Tumor Jinak Kulit pada Wajah. *e-Clinic*, 4 (1): 641-644.
19. Lamb S. 2017. The management of benign skin lesions. *NZFP*, 33 (5): 328-331.



20. Barnhill RL, Rabinovitz H. 2010. *Benign melanocytic neoplasms. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, eds. Dermatology. 3rd ed. Spain: Mosby Elsevier.*
21. Shamim M. 2009. Diathermy vs. scalpel skin incisions in general surgery: doubleblind, randomized, clinical trial. *World J Surg.*, 33 (8):1594-1599.

