

BEDAH MINOR SEBACEOUS CYSTS

I Gusti Ayu Agung Laksemi' Sri Maliawan' Ketut Siki Kawiyaana

*Bagian/ SMF Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum
Pusat Sanglah Denpasar*

ABSTRAK

Bedah minor adalah pembedahan kecil atau terlokalisir contohnya memotong borok dan bisul, eksisi kista, dan menjahit luka. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam bedah minor adalah dari persiapan alat-alat, ruang operasi dan meja operasi, pencahayaan, perawatan alat-alat dan perlengkapan, sterilisasi dan desinfeksi alat-alat, persiapan dari pasien, serta anastesi. Secara umum kista adalah ruangan berdinding dan berisi cairan, sel, maupun sisa sel. Kista terbentuk bukan akibat peradangan, walaupun kemudian dapat meradang. Dinding kista merupakan selaput yang terdiri atas jaringan ikat dan biasanya dilapisi sel epitel atau endotel. Kista terbentuk dari kelenjar yang melebar dan tertutup, saluran kelenjar, pembuluh darah, saluran getah bening atau lapisan epidermis. Isi kista terdiri atas hasil dindingnya, yaitu serum, getah bening, keringat, sebum, sel-sel epitel, lapisan tanduk, dan rambut.

Kata kunci: Bedah Minor Kista

SEBACEOUS CYSTS MINOR SURGERY

ABSTRACT

Minor surgery is small surgery or localized example cut ulcers and boils, cyst excision, and suturing. Somethings that need to be considered in the preparation of the surgery is minor tools, operating rooms and operating tables, lighting, maintenance of tools and equipment, sterilization and disinfection equipment, preparation of patients and anesthesia. In general cysts is walled chamber that consist of fluid, cells and the remaining cells. Cysts are formed not due to inflammation although then be inflamed. Lining of the cysts wall is composed of fibrous tissue and usually coated epithelial cells or endothelial. Cysts formed by dilated glands and closed channels, glands, blood vessels, lymph channels or layers of the epidermis. Contents of the cysts wall consists of the results is serum, lymph, sweat sebum, epithelial cells, the stratum corneum, and hair.

Keywords : Cysts Minor Surgery

PENDAHULUAN

Bedah minor adalah pembedahan kecil atau terlokalisir contohnya memotong borok dan bisul, eksisi kista, dan menjahit luka. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam bedah minor adalah dari persiapan alat-alat, ruang operasi dan meja operasi, pencahayaan, perawatan alat-alat dan perlengkapan, sterilisasi dan desinfeksi alat-alat, persiapan dari pasien, serta anastesi.^{1,8}

Banyak keuntungan yang didapat jika melakukan bedah minor. Pertama, dokter dan pasien sudah saling kenal satu sama lainnya, ini menghilangkan kecemasan, terutama pada pasien yang sangat muda. Kedua, dapat menghemat waktu baik pasien maupun rumah sakit, pasien dapat memilih waktu yang tepat dan rumah sakit dapat memberikan waktu tersebut kepada pasien lain. Ketiga, dapat menghemat biaya, terutama anggaran rumah sakit. Keempat, adanya kelanjutan perawatan, dokter yang melakukan operasi adalah dokter yang sama dengan yang akan mengunjungi pasien selanjutnya.^{1,8}

Berlawanan dengan banyak keuntungan ini, terdapat beberapa kerugian. Satu dari yang paling banyak dikhawatirkan adalah kurangnya pelatihan yang cukup, kurangnya tempat praktek dan perlengkapan yang cukup, risiko hilangnya kelainan patologis yang serius, biaya, memerlukan waktu yang cukup, kekhawatiran terjadinya komplikasi, dan di Inggris, kurangnya pemasukan keuangan bagi dokter yang melakukan bedah minor di dalam Pelayanan Kesehatan Nasional.^{1,8}

Dalam studi literatur ini akan diuraikan tentang definisi kista sebacea, patofisiologi kista sebacea, penatalaksanaan operasi kista sebacea, kontraindikasi dan perawatan luka.

DEFINISI KISTA SEBASEA

Secara umum kista adalah ruangan ber dinding dan berisi cairan, sel, maupun sisa sel. Kista terbentuk bukan akibat peradangan, walaupun kemudian dapat meradang. Dinding kista merupakan selaput yang terdiri atas jaringan ikat dan biasanya dilapisi sel epitel atau endotel. Kista terbentuk dari kelenjar yang melebar dan tertutup, saluran kelenjar, pembuluh darah, saluran getah bening atau lapisan epidermis. Isi kista terdiri atas hasil dindingnya, yaitu serum, getah bening, keringat, sebum, sel-sel epitel, lapisan tanduk, dan rambut.³

Kista sebacea murni jarang ditemukan, yang lazim adalah kista epidermal dan trikolema dan biasanya dianggap sebagai kista sebacea. Kista epidermal timbul setelah implantasi epidermis atau dari 2 lapisan epidermis folikel polisebacea yang mengalami maserasi. Kista dapat tumbuh dimana saja di tubuh, biasanya pada jari tangan dan kaki, kemungkinan merupakan bentukan dari inklusi. Sedangkan kista yang sering terlihat pada kulit kepala adalah kista trikolema atau pilosa (pilar) yang berasal dari folikel rambut. Terlihat tanda keratinisasi trikolema. Gambaran ini berbeda dari bentuk lamela karena tidak ada lapisan granular yang masih utuh. Kista ini muncul dalam keluarga, diturunkan sebagai gen autosom dominan, dan sering multipel.^{2,4}

PATOFISIOLOGI KISTA SEBASEA

Sebacea diproduksi dari kelenjar sebacea yang pada umumnya berhubungan dengan folikel rambut walaupun ada beberapa pengecualian. Umumnya beberapa kelenjar bermuara ke dalam sebuah folikel rambut. Untuk yang tidak berhubungan dengan folikel rambut saluran keluarannya bermuara langsung ke permukaan kulit seperti yang terdapat pada glans penis, labium minus, dan kelenjar tarsalis Meibom yang terdapat pada kelopak mata. Kelenjar ini tidak terdapat pada kulit telapak kaki dan tangan. Kelenjar sebacea terletak di dalam dermis. Setiap kelenjarnya dibungkus kapsul dari jaringan ikat tipis. Mereka berupa kelenjar alveolar atau sakular yang membuat lipid. Pada kebanyakan kelenjar, beberapa alveolus bermuara ke dalam sebuah saluran keluar pendek lebar yang selanjutnya menuju ke dalam leher folikel rambut. Setiap alveolus terisi penuh dengan epitel berlapis. Epitel bagian sekresi kelenjar ini terletak di atas membran basal tipis yang pada permukaan dalamnya ditempati sederetan sel kubis

kecil yang bersambung dengan sel-sel basal epidermis pada folikel rambut. Sel-sel ini meningkatkan jumlah retikulum endoplasma agranularnya sebelum mereka aktif dalam lipogenesis. Mengarah ke tengah kelenjar sel-selnya membesar pesat dan sitoplasnya dipenuhi bintik lemak. Bintik tersebut mengandung kolesterol, fosfolipid dan trigliserida. Intinya berangsur mengkerut dan kemudian hilang dan selnya sendiri pecah menjadi massa berlemak dan serpihan sel. Inilah yang merupakan getah berminyak (sebum) kelenjar ini yang berwujud kelenjar holokrin sebab getahnya berasal dari hancuran total sel epitel.⁵

Sel-sel yang hilang dikarenakan oleh adanya proliferasi sel basal dan sel yang berdekatan dengan dinding saluran keluarnya. Saluran keluarnya yang pendek dan lebar dilapisi oleh epitel berlapis gepeng yang berkelanjutan dengan sarung akar rambut luar dan stratum malpigi epidermis. Mengarah ke alveolus, lapisannya segera menipis sampai akhirnya menyatu dengan deretan sel basal rendah alveolus. Pengeluaran getahnya dibantu oleh kontraksi otot penegak rambut dan tekanan menyeluruh akibat pembesaran sel-sel di tengah alveolus.⁵

Perkembangan dan pertumbuhan kelenjar sebacea, terjadi terutama selama pubertas, dibawah kontrol hormon. Sekresi sebum terjadi terus-menerus. Manfaat sekresinya, selain untuk pemeliharaan kesehatan kulit, masih belum jelas dan diduga sebum bekerja sebagai suatu feromon. Sedangkan kista sebacea terbentuk dari kelenjar yang melebar dan tertutup dan terbentuk dari saluran kelenjar. Isi kista sebacea pun terdiri atas hasil dindingnya, yaitu keringat, sebum, sel-sel epitel, lapisan tanduk, dan rambut.^{3,5}

PENATALAKSANAAN OPERASI KISTA SEBASEA

a. Adapun alat-alat yang diperlukan dalam operasi kista sebacea

Adalah 1 tangkai skalpel ukuran 3, 1 mata skalpel ukuran 15, 1 buah gunting jahit 5” (12,7 cm), 1 buah gunting McIndoe ujung lengkung (17,8 cm), 1 buah forsep mosquito Halstead 5” (12,7 cm) ujung bengkok, 1 pemegang jarum Kilner 5 1/4” (13,3 cm), Benang jahit, benang sutra, ukuran 2 (3/0) pada jarum kulit lengkung (dianjurkan ethicon W 533), Lignokain 1% dengan adrenalin 1:200.000, Jarum dan spuit, Povidon-iodin dalam spritus (larutan betadine alcohol).²

b. Persiapan Penderita

Biasanya tindakan bedah minor tidak terlalu rumit sehingga persiapan penderita dapat sederhana saja. Walaupun demikian, persiapan penderita dengan kelainan penyakit kronis, kardiovaskuler, sistem imunitas, dan kelainan hematologik harus diperhatikan. Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan harus dilaksanakan bila ada indikasi misalnya pasien mempunyai riwayat penyakit terdahulu seperti hemofilia, thalasemia, hipertensi kronis, liver. Pertimbangan lain dalam persiapan penderita adalah penilaian keadaan psikologis. Dimana sebagai dokter sebaiknya menjelaskan sebelumnya kepada pasien tentang garis besar operasi dan tujuan operasi. Contohnya penderita dengan tumor ganas kulit hendaknya dimotivasi untuk pengobatan segera, dan yang dengan keluhan kosmetis harus diteliti lebih jauh alasan-alasannya. Pendekatan yang baik, jujur, dan terus terang sangat penting dalam hubungan penderita dan dokter.⁶

Pencukuran rambut biasanya dilakukan 1 jam sampai 6 jam sebelum operasi. Ini bertujuan agar jaringan tidak terlalu lama terkontaminasi udara luar yang bisa menambah sebab inflamasi. Dan pencukuran sekarang jarang diperlukan. Mayoritas prosedur bedah minor dapat dilakukan dengan mudah tanpa pencukuran rambut atau bulu. Jika kista sebaseus terletak di kepala dan banyak rambut, yang diperlukan hanya memotong rambut tersebut seminimum mungkin dengan menggunakan gunting benang atau gunting iris.⁷

Meskipun pada prakteknya biasanya hanya digunakan antiseptik sekali sebelum pembedahan dilakukan, kadang-kadang sangat membantu apabila diberikan antiseptik kedua setelah kulit dijahit, sebelum pembalut steril terakhir dipasang, untuk mengurangi beberapa koloni bakteri yang tersembunyi pada pori-pori kulit atau bakteri yang telah mengkontaminasi kulit, baik melalui udara atau dari operator atau asisten selama operasi.⁷

Gawat darurat dalam bedah minor juga harus dipahami. Ketersediaan alat-alat gawat darurat dan latihan pertolongan gawat darurat perlu dilaksanakan. Misalnya, alat penunjang pertolongan pertama gawat darurat, contohnya alat resusitasi kardiovaskuler, oksigen, dan obat-obatan.⁶

c. Teknik pengangkatan kista

Setiap rambut diatas kista dipotong dengan gunting (tidak perlu mencukur daerah yang luas pada kulit kepala) dan kulit diatasnya dioles povidon-iodin dalam spritus (larutan betadine alkohol). Dengan ibu jari tangan kiri memfiksasi kista, anastesi lokal diinjeksikan melalui kulit memakai jarum ukuran 25 SWG x 5/8" (0,5 mm x 16 mm), dengan ujung serong terhadap kulit. Dengan tetap menekan alat penyedot spuit, jarum perlahan-lahan dimajukan, sampai jarum mencapai jaringan batas antara kulit dan kista. Pada tahap ini, resistensi pada alat penyedot spuit menjadi hilang, dan distensi kista dapat dirasakan dengan palpasi jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri. Tekanan selanjutnya pada alat penyedot spuit akan mengeluarkan lignokain dan adrenalin di sekeliling kista, menyebabkan kulit diatasnya menjadi pucat disebut juga dengan infiltrasi anastesia intradermal.^{2,9}

Sebaiknya dilakukan dengan hati-hati, teknik ini memisahkan batas jaringan dan membuat insisi menjadi lebih mudah. Satu injeksi anestetik lokal tambahan dilakukan di bawah kista sebelum akhirnya jarum diangkat. Kadang-kadang tekanan infiltrasi anestetik lokal menyebabkan kista mengeluarkan isinya melalui puntum yang tertutup. Hal ini harus dihindari karena bisa menyebabkan kista pecah dan isinya menyebar yang akan menyebabkan inflamasi menjadi luas.^{2,9}

Kista yang sangat kecil dapat diangkat hanya dengan sekali insisi tekanan jari, kista akan melompat keluar. Yang diperlukan adalah penutupan dengan satu jahitan. Kista yang lebih besar memerlukan diseksi, dan eksisi berbentuk ellips dari kulit yang berlebihan. Bentuk kulit yang ellips perlu dipilih untuk mencakup pusat puntum dan dieksisi untuk memperlihatkan kista dibawahnya. Dengan menggunakan bagian tajam gunting McIndoe yang melengkung, kista dikeluarkan dengan secara hati-hati menginsersikan bagian tajam secara tertutup dan membukanya. Setiap perlekatan dapat dipisahkan dengan baik menggunakan metode ini, atau dipotong menggunakan gunting yang sama. Pada tahap ini kista dapat dipegang dengan forsep diseksi bergigi, dipasang traksi, dan perlekatan yang tersisa dipisahkan. Tidak masalah apabila terjadi perdarahan, kecuali mungkin pada kista di belakang leher. Normalnya perdarahan dapat dikontrol dengan tekanan kuat dan biasanya berhenti setelah ujung luka dijahit. Tujuannya adalah untuk mengangkat kista dengan sempurna walaupun ini tidak selalu mungkin, terutama kista dengan dinding tipis di mana pusatnya telah terinfeksi. Meskipun ada infeksi, kista harus tetap diangkat, tetapi sebelum ditutup, sejumlah kecil gel asam fusidat (Fucidin

Caviject) harus ditanamkan ke dalam kavum dan kulit kemudian dijahit dengan cara yang biasa dilakukan.^{2,9}

KONTRAINDIKASI DAN PERAWATAN LUKA

Cara yang sering dilakukan adalah biseksi kista yaitu menyapu bersih isinya dengan kassa swab dan kemudian menarik keluar kantung kista dengan forsep arteri. Cara ini lebih cepat dari diseksi, tetapi mempunyai kerugian menjadi berantakan, infeksi lebih tinggi, dan isi kista sebacea dapat menyebabkan bau yang tidak sedap yang persisten. Meskipun demikian metode pengangkatan ini bisa diterima.²

Seperti semua spesimen eksisi, kista sebacea yang sederhana pun harus dikirim untuk pemeriksaan histologi jika memungkinkan, karena kadang-kadang merupakan tumor sel skuamosa yang tidak diduga, silindroma atau keadaan lain yang jarang dapat ditemukan.²

Perawatan luka pascaoperasi dilakukan dengan hemostasis topikal, misalnya: subsulfat ferat (cairan Monsel), aluminium klorida, dan perak nitrat, menghambat penyembuhan luka. Yang aman adalah hemostasis dengan trombin, dan yang paling aman adalah tekanan sementara sampai hemostasis terjadi alami. Berbagai bahan antiseptik juga dapat mengganggu jaringan luka, antibiotik profilaksis secara oral lebih dianjurkan. Penutupan luka yang baik harus mempercepat penyembuhan, mengurangi nyeri, menyerap cairan, dan mudah ditukar-tukar.⁶

Tutup luka oklusif dan semioklusif memberi lingkungan lembab pada luka, mencegah luka terbuka, meningkatkan epitalisasi, dan sintesis kolagen. Beberapa tipe penutup oklusif ini antara lain: lapis plastik berlubang (*band aid*), *vigilon (hydroge)*, duodenum (*hydrokoloid*), dan *op-site, tegaderm (polyurethan)*. Tujuan lain perawatan luka adalah mengurangi kolonisasi bakteri. Penderita dapat menggunakan antiseptik yang tidak iritasi atau sensitisasi. Bila perlu, air bersih dapat membersihkan luka, dan setelah itu diberikan salep antibiotik lalu ditutup secara oklusif.⁶

RINGKASAN

Kista sebacea murni jarang ditemukan, yang lazim adalah kista epidermal dan trikolema dan biasanya dianggap sebagai kista sebacea. Cara pengangkatannya adalah dengan cara eksisi, diantaranya termasuk persiapan sterilisasi, *draping*, anestesi lokal, eksisi dengan kombinasi dari *sharp* dan *blunt* diseksi, dan menutup luka. Termasuk disini juga kita mempersiapkan kulit dari pasien dan perlunya *me-manage* serta memberikan terapi pasien pada hasil pasca operasi.

Bedah minor adalah pembedahan kecil atau terlokalisir contohnya memotong borok dan bisul, eksisi kista, dan menjahit luka. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam bedah minor adalah dari persiapan alat-alat, ruang operasi dan meja operasi, pencahayaan, perawatan alat-alat dan perlengkapan, sterilisasi dan desinfeksi alat-alat, persiapan dari pasien, serta anestesi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Brown, John Stuart. Buku Ajar dan Atlas Bedah Minor. Bab. 1. Pendahuluan, pp. 1-7, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
2. Brown, John Stuart. Buku Ajar dan Atlas Bedah Minor. Bab. 21. Kista Sebacea , pp. 128-132, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
3. Budimulja, Unandar. Editor : Djuanda, Adhi. (2007), Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, Morfologi dan Cara Membuat Diagnosis. 5th ed. pp. 34-42. Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
4. Henry, Ginard I. (Updated: May 19, 2009), Skin, Benign Skin Lesions. Available from: <http://www.e-medicine.org/> (Accessed : Januari 15, 2011).
5. Leeson, T., Leeson, C.R., Paparo, A.A. (1996), Buku Ajar Histologi, Kulit dan Turunannya (Integumen). 5th ed. Bab.10, pp. 306-326, Penerbit buku Kedokteran EGC, Jakarta.
6. Cipto, H., Wasitaatmadja, S. M. Editor : Djuanda, Adhi. (2007), Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, Bedah Kulit. 5th ed. pp. 353-356. Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
7. Brown, John Stuart. Buku Ajar dan Atlas Bedah Minor. Bab. 6. Persiapan Kulit, pp. 37, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
8. Serra, Marta. (2010). Minor Surgey Activity in Primary Care. Available from: <http://www.highwire.org/> (Accessed : Januari 18, 2011).
9. Sempowski, I.P. (2006). Practice Tips Sebaceous Cysts. Available from: <http://www.highwire.org/> (Accessed: Januari 18, 2011).
10. Cherpelis, Basil S. Updated: May 19, 2009), Scalp Reconstruction. Available from: <http://www.e-medicine.org/> (Accessed : Januari 15, 2011).