



memiliki masa inkubasi 2–5 tahun bahkan lebih. Insiden kusta di dunia pada tahun 2016 berdasarkan data WHO mengalami peningkatan, yakni dari 211.973 pada tahun 2015 menjadi 214.783 di tahun 2016. Sebesar 94% dari insiden kusta ini dilaporkan oleh 14 negara dengan >1000 kasus baru tiap tahunnya. Hal ini menunjukkan masih banyak wilayah yang menjadi kantong endemisitas tinggi kusta di dunia. Asia Tenggara merupakan regional dengan insiden kusta tertinggi yakni 161.263 kasus tahun 2016. Indonesia merupakan negara dengan penyumbang insiden kusta ke-3 tertinggi di dunia, yakni sebanyak 16.286 kasus, setelah Brazil (25.218 kasus) & India (145.485 kasus). Jawa Timur menjadi provinsi dengan insiden kusta tertinggi di pulau jawa yakni sebanyak 3.373 kasus dan kasus cacat kusta tingkat 2 nya nomor 2 tertinggi, sebanyak 293 kasus pada tahun lalu 2017 (Kemenkes RI, 2018). Jawa Timur pernah menjadi provinsi di bagian barat Indonesia dengan kategori *high burden* yakni NCDR >10/100.000 penduduk dan atau insiden >1000 kasus tahun 2016. Ada dua sistem yang digunakan untuk mengklasifikasikan penderita Morbus Hansen, yaitu klasifikasi Ridley Jopling dan WHO. Sistem klasifikasi Ridley Jopling paling komprehensif dan akurat. Klasifikasi ini menggunakan tanda klinis, histopatologi, dan indeks bakteriologis (BI) untuk mengidentifikasi sesuai kategorinya. Klasifikasi Ridley- Jopling terdiri dari tuberculoid leprosy (TL), borderline tuberculoid (BT), borderline (BB), borderline lepromatous (BL) dan lepromatous leprosy (LL). Klasifikasi ini relatif kompleks, karena itu jarang digunakan di lapangan terutama pada daerah endemic dengan sumber daya yang rendah. Sistem kedua yaitu klasifikasi WHO, berdasarkan pada jumlah lesi kulit dan mengidentifikasi dua bentuk, PB dan MB. Hal ini digunakan sebagai dasar penggunaan MDT dan

terutama dikembangkan pada daerah yang tidak memungkinkan dilakukan hapusan sedian BTA.

### **Laporan Kasus**

Seorang laki-laki berusia 75 tahun datang ke poli kulit dan kelamin RSUD Dr. Hardjono S. Ponorogo pada tanggal 29 November 2019 dengan keluhan muncul bercak merah di seluruh badan. Awalnya bercak muncul di badan lalu menyebar ke bagian tubuh lain hingga ke seluruh tubuh pasien. Pasien mengaku merasakan nyeri dan panas seperti terbakar di daerah benjolan. Pasien merasakan keluhan ini selama kurang lebih 6 bulan. Keluhan disertai demam dan badan terasa lemas. Pasien tidak merasakan baal maupun kesemutan pada kaki dan tangan. Tidak ada gangguan pada penglihatan. Anggota keluarga pasien tidak mengeluhkan hal serupa. Sebelumnya pasien mendapatkan pengobatan selama 6 bulan di puskesmas. Pada pemeriksaan keadaan umum pasien tampak lemah, vital sign dalam batas normal, dan status generalis pasien semua

dalam batas normal. Pada status dermatologis didapatkan UKK nodul eritematous ukuran numular, berbatas jelas, permukaan halus mengkilat. Pada pemeriksaan terdapat pembesaran saraf tepi pada N. Radialis. Pasien ini tidak didapatkan gangguan fungsi saraf.

Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan pada pasien ini. Planning diagnosis yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan bakterioskopik (kerokan jaringan kulit) dengan pewarnaan BTA yaitu Ziehl Nelsen. 0 bila tidak ada BTA dalam 100 lapang pandang (LP), 1+ bila 1-10 BTA dalam 100 LP, 2+ bila 1-10 BTA dalam 10 LP, 3+ bila 1-10 BTA rata-rata dalam 1 LP, 4+ bila 11-100 BTA rata-rata dalam 1 LP, 5+ bila 101-1000 BTA rata-rata dalam 1 LP, 6+ bila >1000 BTA rata-rata dalam 1 LP. Pemeriksaan histopatologik untuk membantu menegakkan diagnosis. Adanya massa epiteloid yang berlebihan dikelilingi oleh limfosit yang disebut tuberkel akan menjadi penyebab utama kerusakan jaringan dan cacat. Pada penderita dengan

sistem imunitas selular rendah atau lumpuh, histiosit tidak dapat menghancurkan *M. leprae* yang sudah ada di dalamnya, bahkan dijadikan tempat berkembang biak dan disebut sel Virchow atau sel lepra atau sel busa. Pemeriksaan serologik untuk menegakkan diagnosis jika tanda klinis dan bakterilogik tidak jelas serta membantu menentukan kusta subklinis karena tidak didapatkan lesi kulit. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik pada pasien ini diagnosis kerjanya adalah Morbus hansen multi basiler dengan reaksi hipersensitifitas tipe II. Diagnosis banding pada pasien ini adalah eritema nodosum dan sarkoidosis. Pengobatan yang diberikan berupa Prednison 30-80 mg/hari dan diturunkan 5-10 mg/2 minggu. Aspirin 600-1200 mg diberikan tiap 4 jam, 4-6 kali sehari.



## Pembahasan

Pada kasus ini pasien mengalami Morbus hansen multi basiler reaksi tipe 2. MH atau lebih dikenal dengan kusta merupakan penyakit kulit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Leprae*. Kusta dikenal dengan “*The Great Imitator Disease*” karena penyakit ini seringkali tidak disadari karena memiliki gejala yang hampir mirip dengan penyakit kulit lainnya. Hal ini juga disebabkan oleh bakteri kusta sendiri mengalami proses pembelahan yang cukup lama yaitu 2–3 minggu dan memiliki masa inkubasi 2–5 tahun bahkan lebih.

*M. leprae* merupakan parasit obligat intraseluler yang terdapat pada sel makrofag di pembuluh darah superfisial pada dermis atau sel schwann di jaringan saraf. Bila *M. Leprae* masuk ke tubuh, maka tubuh bereaksi mengeluarkan makrofag untuk memfagosit.

Pada kusta tipe LL terjadi kelumpuhan sistem imunitas selular dimana makrofag tidak mampu menghancurkan kuman sehingga kuman bermultiplikasi dengan bebas kemudian merusak jaringan. Sedangkan kusta tipe TT kemampuan fungsi imunitas selular tinggi, sehingga makrofag mampu menghancurkan kuman. Setelah kuman difagositosis makrofag berubah menjadi sel epiteloid yang tidak bergerak aktif dan membentuk sel datnya langhans. Jika infeksi tidak diatasi akan terjadi reaksi berlebihan dan masa epiteloid akan menimbulkan kerusakan saraf dan jaringan sekitar. Sel Schwann merupakan sel target untuk pertumbuhan *M. Leprae*, serta berfungsi sebagai demielinisasi. Jika terjadi gangguan imunitas tubuh dalam sel schwann, kuman bermigrasi dan beraktivasi. Akibatnya aktivitas regenerasi saraf berkurang dan terjadi kerusakan saraf progresif.

Penyakit kusta disebut juga dengan *the greatest immitator* karena memberikan gejala yang hampir mirip dengan penyakit lainnya. Diagnosis penyakit kusta didasarkan pada penemuan tanda kardinal (*cardinal sign*), yaitu:

1. Bercak kulit mati rasa, bercak hipopigmentasi atau eritematus, mendatar (makula) atau meninggi (plak). Mati rasa pada bercak bersifat total atau sebagian saja terhadap rasa raba, rasa suhu, dan rasa nyeri. 2. Penebalan saraf tepi, dapat disertai rasa nyeri dan disertai atau tanpa gangguan fungsi saraf yang terkena. 3. Ditemukan kuman tahan asam dari hapusan kulit, cuping telinga, dan lesi kulit pada bagian yang aktif.

Morbus-Hansen Pausibasilar dan Multibasilar menurut WHO:

	PB (Pausibasilar)	MB (Multibasilar)
Lesi kulit (macula yang datar, papul yang meninggi, infiltrate, plak eritem, nocus)	1-5 lesi Hipopigmentasi/eritema Distribusi tidak simetris	>5 lesi Distribusi lebih simetris
Kerusakan saraf (menyebabkan hilangnya sensasi/kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang terkena)	Hilangnya sensasi yang jelas Hanya satu cabang saraf	Hilangnya sensasi kurang jelas Banyak cabang saraf
BTA	Negatif	Positif
Tipe	Indeterminate (I), Tuberkuloid (T), Borderline tuberkuloid (BT)	Lepromatosa (LL), Borderline lepromatous (BL), Mid borderline (BB)

Gejala klinik Morbus-Hansen Pausibasilar<sup>1</sup>:

Karakteristik	Tuberkuloid	Borderline Tuberkuloid	Indeterminate
<b>Lesi</b>			
Tipe	Macula atau macula dibatasi infiltrate	Macula dibatasi infiltrat	Macula
Jumlah	Satu atau beberapa	Satu dengan lesi satelit	Satu atau beberapa
Distribusi	Terlokasi dan asimetris	asimetris	Bervariasi
Permukaan	Kering, skuama	Kering, skuama	Dapat halus agak berkilat
Sensibilitas	hilang	hilang	Agak terganggu
<b>BTA</b>			
Pada lesi kulit	negatif	Negatif, atau 1+	Biasanya negatif
Tes Lepromin*	Positif kuat (3+)	Positif (2+)	Meragukan

Gejala klinik Morbus-Hansen Multibasilar<sup>1</sup>:

Karakteristik	Lepromatosa	Borderline Lepromatosa	Mid-borderline
<b>Lesi</b>			
Tipe	Macula, infiltrate difus, papul, nodus	Macula, plak, papul	Plak, lesi bentuk kubah, lesi punched out
Jumlah	Banyak distribusi luas, praktis tidak ada kulit sehat	Banyak tapi kulit sehat masih ada	Beberapa, kulit sehat (+)
Distribusi	Simetris	Cenderung simetris	Asimetris
Permukaan	Halus dan berkilap	Halus dan berkilap	Sedikit berkilap, beberapa lesi kering
Sensibilitas	Tidak terganggu	Sedikit berkurang	Berkurang
<b>BTA</b>			
Pada lesi kulit	Banyak	Banyak	Agak banyak
Pada hembusan hidung	Banyak	Biasanya tidak ada	Tidak ada
Tes Lepromin*	Negatif	Negatif	Biasanya negatif

kusta, paling sedikit harus ditemukan satu tanda kardinal. Bila tidak atau belum dapat ditemukan, maka kita hanya dapat mengatakan tersangka kusta dan pasien perlu diamati dan diperiksa ulang setelah 3-6 bulan sampai diagnosis kusta dapat ditegakkan atau disingkirkan.

Gejala ENL bisa dilihat pada perubahan lesi kulit berupa nodul kemerahan yang multiple, mengkilap, tampak berupa nodul atau plak, ukurannya pada umumnya kecil, terdistribusi bilateral dan simetris, terutama di daerah tungkai bawah, wajah, lengan dan paha, serta dapat pula muncul di hampir seluruh bagian tubuh kecuali daerah kepala yang berambut, aksila, lipatan paha dan daerah perineum. Selain

itu didapatkan nyeri, pustulasi dan ulserasi juga disertai gejala sistematik seperti demam, malaise, nyeri sendi, nyeri otot dan mata, neuritis, gangguan fungsi saraf, gangguan konstitusi dan komplikasi pada organ tubuh lainnya.

Berdasarkan klinis pasien pada kasus ini diagnosis banding berupa eritema nodosum dan sarkoidosis.

Gejala	Reaksi Ringan	Reaksi Berat
Lesi kulit	Nodul nyeri tekan, jumlah sedikit, hilang sendiri 2 - 3 hari	Nodul nyeri tekan, pecah, jumlah banyak, berlangsung lama
Keadaan umum	Tidak demam atau demam ringan	Demam ringan sampai berat
Saraf tepi	Tidak ada nyeri saraf dan gangguan fungsi	Ada nyeri saraf dan gangguan fungsi
Organ tubuh	Tidak ada gangguan	Peradangan pada mata, testis, limpha, gangguan pada tulang hidung dan tenggorok

Sumber : Dep.Kes RI (2006)

Prinsip dalam penatalaksanaan reaksi kusta adalah mengontrol neuritis akut dalam rangka pencegahan anastesi, paralisis dan kontraktur, serta menghentikan kerusakan pada mata dan mencegah kebutaan.<sup>9</sup> Prinsip pengobatan reaksi kusta : 1). Istirahat / imobilisasi 2). Pemberian analgesik / sedatif 3). Pemberian obat anti reaksi pada reaksi berat 4). MDT diteruskan dengan dosis tidak berubah.

Pada reaksi ENL ringan dapat diberikan analgesik / antipiretik seperti Aspirin atau Asetaminofen, berobat jalan dan istirahat di rumah, reaksi kusta ringan yang tidak membaik setelah pengobatan 6 minggu harus diobati sebagai reaksi kusta berat.

Pengelolaan reaksi eritema nodosum leprosum (ENL) berat. Prinsip umum:

- 1) Reaksi ENL berat sering berulang dan kronis serta dapat bervariasi dalam manifestasinya.
- 2) Manajemen ENL berat yang terbaik dilakukan oleh dokter di pusat rujukan.
- 3) Dosis dan durasi obat anti reaksi yang digunakan dapat disesuaikan oleh dokter sesuai dengan kebutuhan pasien individu.
- 4) Pemberian prednisone dengan cara bertahap atau *"tapering off"* selama 12 minggu. Setiap 2 minggu pemberian prednisone harus dilakukan pemeriksaan untuk pencegahan cacat.
- 5) Pemberian analgetik, bila perlu sedative.
- 6) Reaksi tipe II berulang diberikan prednisone dan clofazimin.
- 7) Imobilisasi lokal dan

bila perlu penderita dirawat di rumah sakit.

### **Kesimpulan**

Seorang laki-laki berusia 75 tahun dengan keluhan muncul bercak merah di seluruh badan. Pasien mengaku merasakan nyeri dan panas seperti terbakar di daerah benjolan. Keluhan dirasakan selama kurang lebih 6 bulan, disertai demam dan badan terasa lemas. UKK pada pasien ini berupa nodul eritematous ukuran numular dan dibeberapa tempat berukuran lentikular, berbatas jelas, permukaan halus mengkilat. Pengobatan yang diberikan berupa Prednison 30-80 mg/hari dan diturunkan 5-10 mg/2 minggu. Aspirin 600-1200 mg diberikan tiap 4 jam, 4-6 kali sehari. Komunikasi informasi dan edukasi sebagai upaya penanggulangan kusta perlu dijelaskan kepada pasien.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Afifah, N. (2014). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian drop out pengobatan penderita kusta tipe MB. *Unnes Journal of Public Health*, 3(2), 1–11.
- Amirudin MD. Eritema Nodosum Leprosum. Ilmu Penyakit Kusta. 2003. Makassar : Hassanudin University Press. Hlm. 83-99.
- Aisyah, I., & Agusni, I. (2018). Penelitian retrospektif : gambaran pasien baru kusta. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin*, 30(1), 40–47.
- Depkes RI. 2005. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta Cetakan XVII*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Departemen Kesehatan RI, 2012. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta Cetakan XVIII*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Dinkesprov Jawa Timur. (2017). *Profil kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2016*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Surabaya.
- Dinkesprov Jawa Timur. (2018). *Profil kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2017*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Surabaya.
- Donadeu, M., Lightowers, M. W., Fahrion, A. S., Kessels, J., & Abela-Ridder, B. (2017). Global leprosy update, 2016:



accelerating reduction of  
disease burden. *Weekly  
Epidemiological Record*, 92(35),  
501–520

Kosasih, A, Wisnu,M, Sjamsoe,E, dkk.  
Kusta. Buku Ilmu Penyakit Kulit  
dan Kelamin FKUI, edisi kelima.  
2007. Jakarta: Fakultas  
Kedokteran Universitas  
Indonesia. Hlm.73-88.