

### SERIAL KASUS: RELAPS PADA PASIEN KUSTA PAUSIBASILAR

*Dwi Karmila IGAA, Rusyati LM*

*Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin  
FK Universitas Udayana/ RSUP Sanglah, Denpasar*

#### ABSTRAK

*Relaps pada kusta didefinisikan sebagai timbulnya lesi kusta baru pada pasien yang telah menyelesaikan multidrug therapy (MDT) secara adekuat. Sejak WHO merekomendasikan MDT MB selama 12 bulan dan MDT PB 6 bulan, pasien dianggap sembuh dengan menyelesaikan kemoterapi secara adekuat. Metode konvensional untuk mengonfirmasi diagnosis kusta relaps masih sangat terbatas terutama pada tipe pausibasilar (PB) karena kesulitan menunjukkan basil dan tidak adanya metode kultivasi *M. leprae* secara in vitro. Dua kasus kusta relaps pada MH tipe pausibasiler ini terjadi setelah menyelesaikan MDT secara adekuat. Pada kasus pertama, lesi kusta baru muncul di pipi setelah 5 tahun menyelesaikan MDT dan pada kasus kedua muncul lesi kusta baru setelah 20 tahun menyelesaikan MDT. Penegakkan diagnosis relaps pada kedua kasus berdasarkan kriteria klinis yaitu lesi kusta baru, indeks bakteri positif, dan tidak adanya neuritis atau reaksi selama follow up dan pada pemeriksaan histopatologis. Kedua kasus diklasifikasikan sebagai MH tipe multibasiler. Untuk penanganan kusta relaps kedua kasus mendapatkan MDT multibasiler selama 12 bulan. Pemantauan pemberian MDT perlu dilakukan untuk menilai efikasi terapi.*

**Kata kunci:** kusta, relaps, kusta pausibasiler

### CASE SERIES: RELAPSES IN PAUCIBACILLARY LEPROSY PATIENTS

#### ABSTRACT

*The definition of relapse in leprosy is the emergence of new leprosy lesions in a patient who has completed multidrug therapy (MDT) adequately. Since WHO recommends 1 year of MB-MDT for MB patients and 6 months of PB-MDT for PB patients, once a patient receives adequate chemotherapy, he is considered "cured". Conventional methods to confirm the diagnosis of relapse are very limited, especially in cases of paucibacillary (PB) type because of the difficulty in confirming the presence of bacilli and the lack of *M. leprae* in vitro cultivation methods. The following serial relapse cases in paucibacillary leprosy patients exhibited the appearance of new lesions after completing MDT for five and twenty years. The following features made the suspicion of relapse in both cases: slow-developing skin lesions, positive bacterial index, and the absence of acute neuritis and reaction during follow-up and confirmed by histopathologic examination. These patients were categorized as MB leprosy and given multibasillary MDT for twelve months. Multidrug therapy monitoring is essential for assessing treatment efficacy.*

**Keyword:** leprosy, relapse, paucibacillary leprosy

---

#### Korespondensi:

Jl. Diponegoro, Denpasar, Bali  
Telp. 0361-257517  
Email: d.karmila@yahoo.com

## PENDAHULUAN

Kusta atau *morbus Hansen (MH)* merupakan salah satu penyakit infeksi yang masih mendapatkan perhatian khusus dari *World Health Organization (WHO)*, terutama di negara-negara berkembang. Penyakit ini menimbulkan masalah kesehatan yang cukup penting dalam masyarakat karena stigma berupa kecatatan atau deformitas yang menyebabkan pasien kusta dikucilkan dan dijauhi dalam pergaulan. Selain itu kusta masih seringkali dianggap sebagai kutukan dan tidak bisa disembuhkan.

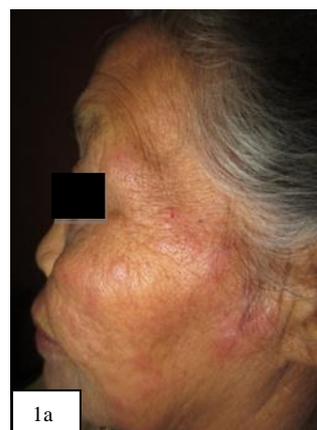
*World Health Organization* mengklasifikasikan MH untuk kepentingan pengobatan menjadi dua berdasarkan temuan basil tahan asam (BTA) pada pemeriksaan bakterioskopis, yaitu kusta tipe *pausibasilar (PB)* dengan BTA negatif dan kusta tipe *multibasilar (MB)* dengan BTA positif. Klasifikasi kusta juga dibuat untuk kepentingan pengobatan berdasarkan klinis yaitu pengobatan untuk PB dengan jumlah lesi kurang atau sama dengan 5, dan MB dengan lesi lebih dari 5 buah. Pengobatan *multidrug therapy (MDT)* untuk kusta secara resmi dimulai tahun 1981 yang selanjutnya disebut MDT-WHO. Rejimen ini terdiri atas kombinasi dapson, rifampisin dan klofazimin. Tujuan MDT adalah untuk mengatasi resistensi dapson yang semakin meningkat, mengurangi ketidaktaatan pasien dan menurunkan angka putus obat yang cukup tinggi pada monoterapi dapson.<sup>1</sup>

Kusta relaps adalah kondisi terjadinya multiplikasi atau kemunculan kembali *M. leprae* yang ditandai dengan peningkatan indeks bakteri, muncul lesi kulit di tempat yang sebelumnya tidak ada, serta neuritis pada saraf yang sebelumnya tidak terkena.<sup>2</sup> Indikator untuk menilai efektivitas terapi MDT pada pasien kusta adalah dengan melihat angka kejadian relaps. Seorang pasien MH dikatakan relaps apabila terdapat lesi baru kusta setelah lebih dari 1 tahun dinyatakan *released from treatment (RFT)*. Risiko relaps pada pasien yang mendapatkan terapi MDT 10 kali lebih rendah dibandingkan pasien yang mendapatkan monoterapi. Diperkirakan risiko relaps terjadi 0,77% pada kasus MH Tipe PB dan 1,07% pada kasus MH Tipe MB yang timbul dalam kurun waktu 9 tahun setelah pasien mendapatkan MDT.<sup>3</sup> Faktor-faktor predisposisi penting untuk relaps pada kusta adalah basil "persisten", monoterapi, terapi yang tidak adekuat/tidak teratur, lesi kulit multipel/saraf yang menebal, dan tes lepromin negatif. Parameter bakteriologis sangat berguna untuk penegakan diagnosis relaps pada kusta multibasiler (MB), sedangkan pada kusta PB, kriteria relaps terutama tergantung pada gambaran klinis.<sup>4</sup>

Banyaknya kasus relaps yang belum dilaporkan dapat menjadi permasalahan dalam manajemen penyakit kusta.<sup>1</sup> Kasus kusta relaps harus sedini mungkin didiagnosis dan segera mendapatkan MDT kembali untuk mencegah kecacatan dan penularan infeksi lebih lanjut.

## KASUS 1

Perempuan, 58 tahun suku Bali dengan bercak kemerahan di kedua pipi sejak 4 bulan. Awalnya muncul sedikit di pipi kanan, lokasi yang sama dengan yang dialami 5 tahun yang lalu. Bercak semakin bertambah banyak dan meluas ke pipi kiri sampai ke dahi. Bercak kemerahan semakin bertambah merah, tidak gatal, tidak nyeri, hanya dirasakan tebal. Tidak terdapat demam saat muncul bercak kemerahan. Selain itu pasien juga mengeluh rasa kesemutan pada ujung jari-jari tangan dan kaki. Pasien mengeluh jari kelingking tangan kanan dan kiri serta beberapa jari di kaki terasa kaku dan memendek sejak 4 bulan yang lalu. Pasien juga mengeluh kedua penglihatannya kabur sejak 1 bulan yang lalu. Tidak terdapat keluhan nyeri pada mata, atau mata merah, atau kerontokan alis mata. Riwayat mengalami kusta tipe PB pada tahun 2011 dengan bercak kemerahan di pipi kanan (lupa berapa jumlahnya) yang mati rasa dan telah menyelesaikan pengobatan MDT selama 6 bulan di Puskesmas tanpa dilakukan pemeriksaan *slit-skin smear*. Setelah menyelesaikan pengobatan, bercak kemerahan pada pipi kanan menghilang, namun pasien tidak pernah kontrol lagi. Pada pemeriksaan fisis kedua pipi dan dahi, didapatkan plak eritematosa, multipel, bentuk geografika, berukuran 2 hingga 4 cm, permukaan kering, distribusi bilateral (Gambar 1a, b). Pada pemeriksaan sensibilitas didapatkan penurunan rasa raba, suhu, dan nyeri pada lesi di kedua pipi dan dahi. Terdapat pula penurunan sensibilitas rasa raba, suhu, dan nyeri pada plantar pedis serta manus dekstra dan sinistra. Pada pemeriksaan *voluntary muscle test* terdapat kelemahan otot *abductor digiti* (derajat 4) pada digit V manus dekstra dan sinistra yang dipersarafi oleh saraf ulnaris disertai *claw hand* (Gambar 1c), tetapi tidak didapatkan penebalan saraf. *Claw toes* pada digit II-V pedis dekstra dan sinistra disertai kelemahan otot intristik kaki (Grade 4).

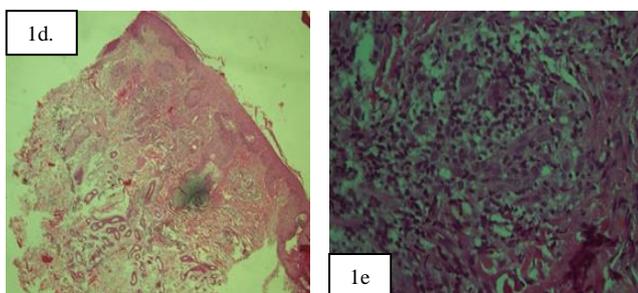


**Gambar 1a:** Pada kedua pipi kiri, plak eritematosa, multipel, bentuk geografika, ukuran bervariasi 2-4cm, permukaan kering



**Gambar 1b:** Pada digiti V manus dekstra dan sinistra tampak claw hand

Pemeriksaan *slit-skin smear* dengan pewarnaan Ziehl-Neelsen (ZN) dari spesimen yang diambil dari cuping telinga kanan, kiri, kelainan lesi kulit yang aktif, serta jari tengah ruas kedua tangan kanan tidak ditemukan kuman BTA pada 100 lapangan penglihatan (LP). Jadi IB pasien adalah 0. Hasil pemeriksaan histopatologis sediaan biopsi kulit yang diambil pada lesi aktif di pipi kanan menunjukkan epidermis yang dilapisi oleh epitel skuamosa berlapis. Dermis tampak mengandung adneksa kulit dengan sebaran sel radang limfosit, makrofag, epiteloid histiosit, dan *foam cells* yang membentuk struktur granuloma. *Grenz zone* positif. Pada pewarnaan ZN, tidak ditemukan kuman BTA. Kesimpulan histomorfologi menunjukkan lesi granulomatosa dengan komponen *foam cells* dan epiteloid histiosit dengan pewarnaan HE (Gambar 1d, e).



**Gambar 1d dan 1e:** Histomorfologi menunjukkan lesi granulomatosa dengan komponen foam cells dan epiteloid histiosit (Gb 1d. H&E, 100x, Gb 1e. H&E, 400x)

Pemberian metilprednisolon pada pasien dihentikan karena tidak menunjukkan perbaikan klinis setelah pemberian selama 3 bulan. Diagnosis kerja pasien ini adalah relaps pada kusta tipe BT setelah RFT selama 4 tahun disertai kecacatan kusta tingkat 2. Untuk tata laksana diberikan MDT MB paket ke-1, vitamin B1, B6, B12, olium olivarum dioleskan pada kulit di tangan dan kaki yang kering. Edukasi pentingnya kepatuhan pengobatan,

serta cara perawatan kecacatan kusta tingkat II pada tangan dan kaki.

## KASUS 2

Seorang perempuan asal Flores, 34 tahun, terdapat bercak kemerahan di wajah yang mati rasa sejak 1 bulan. Diawali bercak merah mati rasa di kedua pipi yang semakin bertambah merah, dan paha kiri depan dan kedua paha belakang, tidak gatal dan nyeri. Tidak ada demam saat muncul bercak kemerahan atau nyeri sendi. Rasa kesemutan pada ujung jari-jari tangan dan kaki disangkal. Kelemahan serta kekakuan pada ekstremitas disangkal. Tidak terdapat keluhan nyeri pada mata, kemerahan pada mata, dan kerontokan alis mata. Pada tahun 1997 pernah didiagnosis sebagai kusta tipe PB, dengan hasil negatif pada pemeriksaan *slit skin smear* dan sudah mendapatkan MDT selama 6 bulan di pusat rehabilitasi kusta Lembata, Nusa Tenggara Timur (NTT). Paket MDT PB 6 bulan telah diselesaikan sesuai jadwal dan setelah pengobatan bercak keputihan memudar. Riwayat penyakit sistemik dan mendapat pengobatan anti inflamasi misalnya kortikosteroid disangkal. Lingkungan rumah pasien berada di area pusat rehabilitasi kusta Lembata, NTT. Pasien mengaku, banyak saudara dan teman pasien kusta tinggal di daerah tersebut. Ayah pasien juga pernah menderita kusta pada tahun 1990 dan diobati selama 6 bulan. Ibu dan saudara kandung pasien tidak mengalami keluhan serupa. Sejak 1 tahun yang lalu, pasien pindah dari NTT ke Bali, mengikuti suami berkerja. Status dermatologis pada kedua pipi dan paha terdapat lesi berupa makula eritematosa, multipel, bentuk geografika, batas tidak tegas, berukuran 2 hingga 5 cm dengan penurunan sensibilitas rasa raba, nyeri, dan suhu pada semua lesi. Terdapat pula penurunan sensibilitas rasa raba, nyeri, dan suhu pada plantar pedis dan manus bilateral. Pada pemeriksaan *voluntary muscle test* tidak terdapat kelemahan otot dan penebalan saraf.



**Gambar 2a, 2b, 2c.** Pada kedua pipi dan paha, lesi berupa makula eritematosa, multipel, bentuk geografika, batas tidak tegas, ukuran bervariasi  $\varnothing$  2-5cm

Pemeriksaan *slit-skin smear* pada cuping telinga kanan, kiri, lesi kulit yang aktif, ditemukan kuman BTA dengan indeks bakteri +3. Diagnosis kerja pada pasien adalah relaps pada kusta tipe BB. Untuk tata laksana diberikan MDT-MB paket ke-1, vitamin B1, B6, B12, olium olivarium topikal pada kulit di tangan dan kaki yang kering.

## DISKUSI

Relaps pada kasus infeksi mengindikasikan kegagalan terapi dalam menangani infeksi tersebut. Terapi pada kusta sudah ditetapkan dosis dan lama pengobatan oleh WHO, berbeda dengan infeksi pada penyakit lainnya. WHO telah merekomendasikan pemberian MDT-MB (12 paket dalam 12 bulan atau harus habis maksimal dalam 18 bulan) dan pemberian MDT-PB (6 paket dalam 6 bulan atau harus habis maksimal dalam 9 bulan).<sup>2</sup>

Kriteria relaps pada kusta PB adalah kemunculan kembali lesi kulit yang telah hilang pada kusta sebelumnya, berupa infiltrat, eritema, luasnya bertambah, terdapat lesi satelit, dan jumlahnya bertambah. Pada saraf terdapat penebalan dan nyeri tekan, disertai penurunan sensoris dan defisit motorik.<sup>2</sup> Diagnosis relaps pada kusta dapat ditegakkan berdasarkan kriteria klinis, kriteria bakteriologi, terapi, histopatologis, dan pemeriksaan serologi. Ada empat kriteria klinis yaitu peningkatan ukuran dan perluasan lesi yang ada sebelumnya, terdapat lesi kulit baru, terdapat infiltrat dan eritema pada lesi yang telah hilang sebelumnya, dan ditemukan keterlibatan saraf (disertai penebalan dan nyeri tekan saraf).<sup>2</sup>

Pada kedua kasus ini terdapat riwayat kusta tipe PB dan telah mendapatkan pengobatan MDT lengkap dan dinyatakan *release from treatment* (RFT). Pada kedua kasus muncul kembali lesi pada lesi kulit sebelumnya disertai penambahan ukuran dan jumlah lesi. Pemeriksaan fisis mendukung kriteria relaps pada kusta, yaitu terdapat lesi baru disertai dengan penurunan fungsi sensoris berupa rasa raba, nyeri, suhu pada lesi tersebut. Penurunan fungsi sensoris juga didapatkan pada plantar pedis dan palmar manus bilateral dan sinistra.

Kriteria bakteriologis diagnosis relaps pada MH adalah ditemukan BTA pada pemeriksaan *slit-skin smear* yang sebelumnya tidak didapatkan hasil BTA atau peningkatan IB lebih dari +2.<sup>5</sup> Pemeriksaan *slit-skin smear* pada kasus 2, ditemukan kuman BTA, dengan indeks bakteri +3, sedangkan pada kasus 1 tidak ditemukan BTA.

Pada beberapa kasus relaps bisa saja terjadi kesalahan dalam mendiagnosis karena sulit dibedakan dengan reaksi reversal, sehingga diterapi sesuai dengan reaksi reversal, dan diberikan prednisolon (sekitar 1 mg/kg/hari) sebagai awal terapi. Jika merupakan reaksi reversal maka gejala dan lesi di kulit akan menghilang dalam 2 bulan. Jika gejala tidak menghilang atau hanya menghilang sedikit, kemudian bertambah kembali ukurannya walaupun telah

mendapatkan terapi kostikosteroid, maka dapat dicurigai relaps. Pada kasus 1 tidak menunjukkan respon terapi yang baik setelah pemberian metilprednisolon selama 3 bulan, dapat dipertimbangkan kemungkinan relaps. Jadi pada kasus 1 memenuhi kriteria terapi. Pada kasus 2, tidak pernah mendapat kortikosteroid.

Pemeriksaan histopatologis, sangat penting dilakukan untuk mendukung diagnosis relaps. Pada relaps didapatkan gambaran histopatologis berupa munculnya kembali granuloma disertai kelompok sel epiteloid di antara makrofag.<sup>2,6</sup> Pada kasus 1, didapatkan gambaran histopatologis sebukan sel radang limfosit, makrofag, epiteloid histiosit, dan *foam cells* yang membentuk struktur granuloma pada dermis dan adneksa. *Grenz zone* positif pada pewarnaan ZN, tidak dijumpai BTA. Hal tersebut mendukung diagnosis relaps yaitu sesuai dengan gambaran histopatologis kusta tipe BT. Kusta tipe BT menunjukkan gambaran sel epiteloid granuloma yang bercampur dengan makrofag, dan ditemukan limfosit di sekitar sel epiteloid tersebut, tetapi jumlah limfosit lebih sedikit daripada tipe TT. Sel epiteloid biasanya tidak sampai ke epidermis, tidak sampai menimbulkan destruksi pada epidermis. Pada stadium awal, granuloma biasanya bercabang dengan pemanjangan di sekitar serabut saraf, menunjukkan kecenderungan terjadi penyebaran penyakit. Granuloma juga dapat ditemukan di sekitar adneksa misalnya kelenjar keringat dan otot erektor pili, disertai sejumlah limfosit yang tersebar di antaranya. *Clear subepidermal zone* tampak pada penonjolan granuloma, dapat berbatas tegas dengan epidermis. Penebalan serabut saraf tidak terlalu tampak jelas pada tipe BT. Pewarnaan BTA tidak mendapatkan BTA atau beberapa basil terfragmentasi dengan IB +1 sampai +2.<sup>7-9</sup> Hasil pemeriksaan histopatologi pada pasien kusta tipe BT yaitu dapat tidak ditemukan *foam cells* atau yang dikenal dengan sel Virchow. Sel ini biasanya baru mulai terbentuk pada kusta tipe BL dan banyak ditemukan pada kusta tipe LL. Sel ini terjadi karena proses regresi granuloma makrofag. Sitoplasma sel tampak berbusa seperti busa sabun karena akumulasi lemak yang dihasilkan dari basil yang telah terurai.

*Foam cells* memang khas pada gambaran histopatologi kusta tipe BL atau LL dan seharusnya didukung dengan temuan BTA. Akan tetapi pada kasus 1 tidak ditemukan BTA dengan histomorfologi menunjukkan lesi granulomatosa dengan komponen epiteloid histiosit dan foamy cells jadi didiagnosis kusta tipe BT. Untuk meningkatkan sensitivitas hasil pemeriksaan histopatologi dalam menemukan BTA pada jaringan dapat digunakan pewarnaan Fite-Faraco.<sup>7</sup> Gambaran granuloma pada kusta relaps kadang sulit dibedakan dengan granuloma pada reaksi. Pada reaksi reversal terdapat gambaran infiltrasi neutrofil yang lebih dominan, disertai dilatasi pembuluh limfatik dermis bagian atas. Edema dermis pada reaksi menyebabkan granuloma tampak lebih pucat. Komponen selular granuloma dikatakan tidak teratur. Pada kasus

berat dapat disertai gambaran erosi epidermis dan terbentuk fibrinoid fokal pada dermis. Proses reaksi dapat menyebabkan pembentukan nekrosis kaseosa dan abses pada saraf. Dapat ditemukan basil yang sebagian besar sudah terfragmentasi dan berbentuk granular.<sup>7,8,10</sup> Pada kasus 1 tidak sesuai dengan gambaran histopatologis reaksi reversal, sehingga diagnosis banding reaksi reversal pada kasus 1 dapat disingkirkan. Sedangkan pada kasus 2, tidak dilakukan pemeriksaan histopatologis karena pada pemeriksaan BTA sudah ditemukan IB+3 dan menolak untuk biopsi

Kriteria terakhir untuk mendukung diagnosis relaps adalah kriteria serologi. Pemeriksaan serologi biasanya dilakukan pada kusta tipe LL dengan mengukur antibodi IgM PGL-1. Pada kusta tipe LL terdapat peningkatan antibodi IgM PGL-1 selama relaps. Pemeriksaan serologis tidak dilakukan pada kedua kasus karena bukan merupakan kusta tipe LL.<sup>2</sup>

Faktor predisposisi relaps adalah infeksi oleh organisme yang persisten, organisme ini akan dorman secara permanen atau parsial dan mampu bertahan pada pejamu walaupun telah mendapatkan terapi yang sesuai. Organisme persisten ini dapat menyebabkan relaps pada 10% kusta tipe MB dengan IB yang tinggi. Selain itu terdapat beberapa faktor predisposisi lain terjadinya relaps yaitu pemberian terapi yang tidak sesuai karena kesalahan dalam mengklasifikasikan tipe MB atau PB yang menyebabkan *undertreatment*, pasien yang tidak teratur dalam terapi MDT, pemberian monoterapi, pasien dengan IB yang tinggi, banyaknya jumlah lesi pada kulit dan saraf, tes lepromin yang negatif, mengalami infeksi HIV, dan kondisi fisiologis tertentu misalnya kehamilan.<sup>2</sup> Pada kasus 1 kemungkinan faktor predisposisi pasien adalah *undertreatment* saat pemberian MDT sebelumnya. Pasien pada tahun 2011 mengalami beberapa lesi kulit di pipi kanan (lupa berapa jumlahnya) kemudian didiagnosis sebagai kusta tipe PB, tanpa dikonfirmasi dengan pemeriksaan *slit-skin smear* untuk menemukan BTA, pasien lalu diobati selama 6 bulan.

Interval waktu untuk terjadi relaps setelah dinyatakan RFT adalah 3 tahun pada kusta tipe PB dan 9 tahun pada kusta tipe MB. Sehingga pasien kusta tipe PB harus terus di kontrol hingga 3 tahun setelah RFT dan tipe MB hingga 9 tahun setelah RFT.<sup>2</sup> Pada kasus 1 pasien mengalami relaps dengan interval 5 tahun setelah RFT. Pada kasus 2 pasien mengalami relaps dengan interval 20 tahun setelah RFT. Relaps dan reinfeksi sulit dibedakan secara klinis, yang paling memungkinkan adalah molecular genotyping *M.leprae*.<sup>2,11</sup> Angka kejadian relaps dipakai sebagai indikator terpenting dari efektivitas MDT. Reinfeksi merupakan indikator penularan aktif dan kerentanan penderita kusta. Reinfeksi adalah kondisi yang sangat sulit untuk dibuktikan terutama di daerah endemik. Pada lepromatous yang telah RFT tetap berisiko untuk terjadi reinfeksi di daerah endemis karena ketika sembuh,

mereka tetap berada dalam lingkungan sekitar sanatorium kusta atau di daerah hiperendemik, akan terpapar lagi oleh infeksi eksogen. Pada kasus reinfeksi ditemukan ada nya lesi pada kusta yang telah RFT dengan masa inkubasi yang beragam (biasanya cenderung lebih lama).<sup>2</sup> Pada kasus 2 mengalami relaps dengan interval 20 tahun setelah RFT dari kusta PB karena dengan hasil negatif pada pemeriksaan slit skin smear. Jadi pada kasus 2 telah memenuhi kriteria klinis dan kriteria bakteriologis. Menurut Pandian et al, kriteria untuk mendiagnosis relapse pada kusta PB yaitu tampak tanda-tanda aktif kembali pada lesi sebelumnya, infiltrasi, eritema, adanya lesi baru, nyeri dan nyeri tekan saraf, paralisis otot, bakteriologis positif.<sup>2</sup>

Untuk menyingkirkan diagnosis banding dengan reaksi reversal, harus dibedakan berdasarkan waktu terjadinya penyakit, tipe kusta, jenis lesi di kulit, ada tidaknya ulkus, lesi baru, keterlibatan saraf, hasil pemeriksaan *slit-skin smear*, tes lepromin, dan respons terhadap pemberian terapi steroid.<sup>2</sup> Berdasarkan perbedaan karakteristik reaksi reversal dan relaps pada kedua kasus lebih memenuhi kriteria kusta relaps dibandingkan dengan reaksi reversal.

Pada penelitian yang dilakukan di India Selatan, relaps yang terjadi pada kusta dapat menyebabkan deformitas atau kecacatan. Pada penelitian tersebut didapatkan sebanyak 11 orang atau 31% mengalami kecacatan, kecacatan tersebut baru terjadi 2 sampai 3 tahun setelah RFT, dengan 4 orang di antaranya mengalami kecacatan tingkat 2.<sup>12</sup> Kasus 1 mengalami kecacatan kusta tingkat 2 pada tangan dan kaki, karena terdapat penurunan sensibilitas rasa raba, nyeri, dan suhu pada plantar pedis dan manus bilateral disertai dengan *claw hand* pada digiti V manus bilateral dan *claw toes* pada digiti II-V pedis bilateral. Pasien mengalami kecacatan tingkat I pada mata karena pasien hanya mengalami kelainan minimal pada mata berupa mata kering dan blefaritis serta hanya mengalami sedikit penurunan visus (6/10). Diagnosis katarak senilis imatur dan pterigium pada pasien sudah ada sejak sebelum diagnosis relaps ditegakkan. Sedangkan kasus 2 mengalami kecacatan kusta tingkat I yaitu terdapat anestesi tanpa kelainan anatomis.

Pemberian terapi pada kasus relaps harus berhati-hati berdasarkan pertimbangan klinis, bakterioskopis dan histopatologis. Berdasarkan pertimbangan kriteria klinis saat ini pada kasus 1 dan kasus 2 terdapat lesi multipel (jumlah lebih dari 5), lesi tersebut terdapat bilateral pada kedua sisi wajah atau menyerang garis tengah tubuh, kondisi klinis seperti ini berdasarkan klasifikasi pengobatan WHO dapat diklasifikasikan menjadi MB dan kondisi lesi kulit yang bilateral tersebut dapat memiliki fokus infeksi yang lebih banyak. Untuk memastikan diagnosis tersebut telah dilakukan pemeriksaan *slit-skin smear* dan histopatologis. Kedua kasus ini juga telah diberikan edukasi cara perawatan kaki dan tangan serta

diajarkan latihan lingkup gerak sendi untuk mencegah terjadinya kontraktur dan telah dikonsulkan ke bagian mata.

## SIMPULAN

Penegakkan diagnosis pada kasus 1 telah memenuhi 3 kriteria yaitu kriteria klinis, kriteria terapi dan kriteria histopatologis untuk menegakkan diagnosis relaps pada MH. Pada kasus II memenuhi kriteria klinis dan kriteria bakteriologis. Kedua kasus relaps ini telah diberikan MDT-MB berdasarkan pertimbangan klinis, bakterioskopis dan histopatologis. Berdasarkan kriteria-kriteria tersebut kedua kasus dianggap sebagai relaps kusta dengan tipe kusta saat ini MB, sehingga mendapatkan MDT MB.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kaimal S, Thappa DM. Reviw Article: Relapse in leprosy. *Indian J Dermatol Venerol Leprol.* 2009;75:126-35
2. Thappa DM, Kaimal S, Gupta D. Relapse in leprosy. Dalam: Kar HK, Kumar B, penyunting. *IAL textbook of leprosy.* New Dehli: Jaypee Brothers; 2017.h.562-572
3. The Leprosy Unit, WHO. Risk of relapse in leprosy. *Indian J Lepr.* 1995;67:13-26
4. Kaimal S, Thappa DM. Relapse in leprosy. *Indian J Dermatol Venerol Leprol.* 2009;75(2):126-35
5. Kumar B, Dogra S. Case definition and clinical types. Dalam: Kar HK, Kumar B, penyunting. *IAL textbook of leprosy.* New Dehli: Jaypee Brothers; 2010. h. 152-65
6. Amirudin MD, Hakim Z, Darwis E. Diagnosis penyakit kusta. Dalam: Sjamsoe-Daili ES, Menaldi SL, Ismiarto SP, Nilasari H, penyunting. *Kusta Edisi ke- 2.* Jakarta: Balai Penerbit: FKUI; 2003.h.12-32
7. Poricha D, Natrajan M. Pathological Aspects. Dalam: Kar HK, Kumar B, penyunting. *IAL textbook of leprosy.* New Dehli: Jaypee Brothers; 2010.h.100-15
8. Singh A, Weng X, Nath I. Skin Biopsy in Leprosy. Available at: <http://www.intechopen.com>. Diakses pada Februari 2016.
9. Weedon D. *Weedon's Skin Pathology.* Edisi ke-3. Brisbane: Churcill Livingstone Elsevier;2010.h.174-5.
10. Trindande MAB, Benard G, Ura S, Ghidella CC, Avelleira JCR, Vianna FR, dkk. Granulomatous reactivation during the course of leprosy infection: Reactivation or relaps. *PLoS Negl Trop Dis.* 2010;4:1-5.
11. Stefani MMA, Avanzi C, Bu'hrer-Se'kula S, Benjak A, Loiseau C, Singh P, dkk. Whole genome sequencing distinguishes between relapse and reinfection in recurrent leprosy cases. *PLoS Negl Trop Dis.* 2017;11(6):1-13
12. Prabu R, Manickam P, Mahalingam VN, Jayasree P, Selvaraj V, Mehendale SM. Relapse and deformity among 2177 leprosy patients relased from treatment with MDT between 2005 and 2010 in South India: A restropective cohort study. *Lepr Rev.* 2015;86:345-55