

Studi Retrospektif: Reaksi Kusta Tipe 1

(Retrospective Study: Type 1 Leprosy Reaction)

Meita Ardini Pratamasari, M. Yulianto Listiawan

Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya

ABSTRAK

Latar belakang: Reaksi kustatipe 1 terjadi akibat perubahan keseimbangan antara *cell mediated immunity* (CMI) dan basil *M. leprae* di saraf dan kulit pasien kusta, dengan hasil akhir dapat berupa *upgrading/reversal* ataupun *downgrading*. Pasien kusta tipe subpolar memiliki imunitas yang tidak stabil sehingga sering mengalami reaksi tipe 1 yang berulang terutama tipe BB. Gejala klinis reaksi tipe 1 berupa peradangan kulit maupun saraf, dan dapat menimbulkan kecacatan bila tidak ditangani secara tepat. **Tujuan:** Mengevaluasi gambaran umum, diagnosis, pencetus dan terapi reaksi kusta tipe 1. **Metode:** Studi retrospektif terhadap rekam medis kunjungan baru pasien kusta selama 4 tahun (2010-2013) di Divisi Kusta Unit Rawat Jalan RSUD Dr Soetomo Surabaya. Dilakukan pencatatan data dasar, anamnesis, pemeriksaan, serta terapi reaksi tipe 1. **Hasil:** Seratus tujuh belas pasien baru kusta dengan reaksi tipe 1 (19,7% seluruh pasien baru Divisi Kusta), 70,1% berjenis kelamin laki-laki, dan 42,8% berusia antara 15–34 tahun, tipe kusta terbanyak adalah tipe BB (70,9%). Gejala reaksi pada kulit berupa keluhan penebalan bercak lama (52,1%), yang terutama terjadi saat masih dalam pemberian MDT (71,8%). Terapi terbanyak yang diberikan adalah NSAID (37,6%) dan kortikosteroid (38,5%). **Simpulan:** Diagnosis reaksi tipe 1 perlu ditegakkan dengan benar melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik guna menentukan penatalaksanaan yang tepat. Penggalan riwayat tentang faktor pemicu sangat penting untuk mencegah reaksi tipe 1 berulang atau berkepanjangan.

Kata kunci: reaksi tipe 1, CMI, reversal, downgrading.

ABSTRACT

Background: Type 1 reaction (T1R) of leprosy occurs due to altered balance between cell mediated immunity and *M. leprae* bacilli in the skin and nerves, with upgrading/reversal or downgrading as final result. Leprosy subpolar types have unstable immunity, this cause them often experience recurrence T1R, especially BB type. Clinical findings of T1R are inflammation in the skin or nerves, and can lead to disability if not treated properly. **Aim:** To evaluate the distribution, diagnosis, trigger factors, and therapy of T1R. **Methods:** Retrospective study using medical record of leprosy new patients in Dermatology and Venereology Outpatient Clinic, Dr Soetomo General Hospital, Surabaya, during 2010 – 2013. Database, anamnesis, examination, and T1R therapy were recorded. **Results:** The total of new leprosy patients with T1R within 2010-2013 were 117 patients (19,7% of all new leprosy patients). Most of them were men (70,1%), aged between 15–34 years (42,8%), with BB as the most frequent type (70,9%). Skin symptom of T1R could be thickening of old lesion (52,1%). T1R most occurred when patients still consume MDT (71,8%). NSAID (37,6%) and corticosteroid (38,5%) were prescribed as T1R therapy. **Conclusions:** T1R diagnosis should be established accurately by history taking and physical examination. For recurrent T1R, trigger factors should be considered.

Key words: type 1 reaction, CMI, reversal, downgrading.

Alamat korespondensi: Meita Ardini Pratamasari, Departemen/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo, Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo No 6-8 Surabaya 60131, Indonesia. Telepon: +62315501609, e-mail: meita.ardini@gmail.com

PENDAHULUAN

Pasien kusta dapat mengalami suatu episode inflamasi yang disebut reaksi kusta, dapat timbul sebelum, selama, maupun sesudah pengobatan.¹ Terdapat 2 macam reaksi kusta, yaitu reaksi tipe 1 dan reaksi tipe 2 (*erythema nodosum leprosum*), dibedakan dari jenis imunitas yang berperan.^{2,3} Reaksi berulang

dapat dipicu oleh berbagai kondisi, contohnya infeksi fokal, kehamilan, anemia, kelelahan fisik, dan stres mental.⁴

Reaksi tipe 1 disebabkan oleh peningkatan respons imun seluler berupa reaksi hipersensitivitas tipe lambat terhadap antigen *M. leprae* di saraf dan kulit. Antigen produk basil yang telah mati akan bereaksi dengan

limfosit T disertai perubahan imunitas seluler yang cepat. Pada dasarnya, reaksi ini terjadi akibat perubahan keseimbangan antara *cell mediated immunity* (CMI) dan basil. Hasil akhir reaksi ini dapat berupa *upgrading/reversal*, jika terjadi peningkatan respons CMI terhadap antigen *M. leprae* dan mengarah ke bentuk klinis tuberkuloid, ataupun *downgrading* jika terjadi penurunan respons CMI terhadap antigen *M. leprae* dan menuju bentuk klinis lepromatosa.^{2,5} Imunitas yang tidak stabil menyebabkan pasien kusta tipe subpolar (BT, BB, BL) sering mengalami reaksi tipe 1 yang berulang, terutama tipe BB karena jumlah basil dan tingkat CMI relatif seimbang sehingga sangat mudah mengalami perubahan respons imun.^{1,2,4} Gejala klinis reaksi tipe 1 ini dapat berupa peradangan pada kulit maupun saraf. Gejala di kulit berupakemerahan, bengkak, nyeri, dan panas. Gejala di saraf, manifestasi yang terjadi berupa nyeri atau gangguan fungsi saraf. Kadang-kadang dapat terjadi gangguan keadaan umum pasien (konstitusi) seperti demam dan lain-lain.⁴ Reaksi kusta tipe 1 yang mempunyai gejala pada saraf dapat menimbulkan kecacatan seperti paralisis dan deformitas bila tidak ditangani secara tepat.^{1,2,4}

Prevalensi reaksi tipe 1 bervariasi antara 8%-33% dari seluruh pasien kusta, umumnya terjadi pada kusta tipe borderline.⁶ Sebuah penelitian retrospektif di Divisi Kusta URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo tahun 2007 - 2009 memperoleh data bahwa reaksi tipe 1 sejumlah 15,7% dari seluruh pasien kusta baru. Distribusi terbesar pada tipe multibasiler (MB) yaitu 52,9% terutama pada tipe *Borderline* (BB) sebesar 33,7%. Jenis kelamin pasien reaksi tipe 1 terbanyak adalah laki-laki sebesar 41,2%, dan kelompok usia terbanyak adalah usia diatas 14 tahun sebesar 50,4%.

Tujuan studi retrospektif ini adalah untuk mengevaluasi angka kejadian reaksi kusta tipe 1, distribusi, tanda dan gejala, waktu terjadinya reaksi tipe 1, dan terapi yang diberikan pada pasien baru kusta yang mengalami reaksi tipe 1, sehingga diharapkan dapat mengevaluasi diagnosis dan penatalaksanaan reaksi kusta tipe 1.

METODE

Penelitian ini dilakukan secara retrospektif dengan mengevaluasi pasien baru kusta yang mengalami reaksi tipe 1 di Divisi Kusta URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode Januari 2010 sampai dengan Desember 2013. Dari catatan medik dicatat data dasar (usia, jenis kelamin, tempat

tinggal), anamnesis (keluhan kulit, keluhan saraf tepi, keluhan penyerta, waktu terjadinya reaksi, dikaitkan dengan pemberian MDT, serta terapi).

HASIL

Gambaran umum pasien baru kusta dengan reaksi tipe 1 di Divisi Kusta URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode 2010–2013 tampak pada Tabel 1 dan 2. Terlihat bahwa jumlah pasien baru kusta dengan reaksi tipe 1 pada periode tersebut sebanyak 117 pasien (19,7% dari seluruh pasien baru Divisi Kusta). Sebanyak 70,1% berjenis kelamin laki-laki dan 42,8% berusia antara 15–34 tahun. Tabel 3 menunjukkan bahwa tipe kusta terbanyak adalah tipe BB (70,9%).

Tabel 4 menunjukkan bahwa gejala kulit yang terbanyak adalah penebalan bercak lama (52,1%). Tabel 5 menunjukkan bahwa gejala saraf tepi jarang didapatkan pada pasien dengan reaksi tipe 1 (66,7%). Ditemukan bahwa reaksi tipe 1 terutama terjadi saat dalam masa pemberian MDT, yaitu sebesar 71,8%, dan 58,1% terjadi saat 6 bulan pertama pemberian MDT (Tabel 6).

Tabel 7 memperlihatkan bahwa pasien reaksi tipe 1 jarang memiliki keluhan penyerta (72,7%), sedangkan Tabel 8 menunjukkan bahwa terapi yang terutama didapatkan pasien dengan reaksi tipe 1 adalah NSAID, yaitu sebesar 37,6%.

PEMBAHASAN

Kunjungan pasien baru Divisi Kusta URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya sejak Januari 2010 sampai dengan Desember 2013 berdasarkan rekam medis sejumlah 594 orang. Tabel 1 menunjukkan bahwa data kunjungan pasien baru dalam periode tersebut besarnya relatif sama. Penelitian pada tahun 2011, menunjukkan jumlah pasien baru di Divisi Kusta URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode Januari 2007 sampai dengan Desember 2009 adalah 593 pasien. Berdasarkan *Weekly Epidemiological Report* oleh WHO, jumlah pasien baru kusta di Indonesia mengalami penurunan dari tahun 2011 ke 2012, yaitu dari 20.023 pasien baru menjadi 18.994 pasien baru.⁷ Hal itu dapat dipengaruhi beberapa faktor seperti pemerataan penanggulangan kasus kusta oleh Departemen Kesehatan Indonesia yang dapat dilakukan di Puskesmas sehingga jumlah kunjungan ke RSUD Dr. Soetomo menurun, selain itu juga dapat karena

Tabel 1. Jumlah kunjungan pasien baru kusta di Divisi Kusta URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2010 – 2013

Pasien Baru	Tahun				Jumlah
	2010	2011	2012	2013	
Divisi Kusta	160	141	144	149	594
Kusta dengan reaksi tipe 1	25	32	33	27	117
Kusta dengan reaksi tipe 2	38	39	38	42	157
Kusta nonreaksi	97	70	73	80	320

Tabel 2. Jumlah kunjungan pasien baru kusta dengan reaksi tipe 1 berdasarkan jenis kelamin dan umur

Umur	Tahun								Jumlah (%)		Jumlah (%)
	2010		2011		2012		2013		L	P	
	L	P	L	P	L	P	L	P			
< 15	1+	0	3	1	2	1	1	0	7 (6)	2 (1,7)	9 (7,7)
15 - 34	8	4	7	4	9	6	8	4	32 (27,4)	18 (15,4)	50 (42,8)
35 - 55	7	1	11	2	7	2	10	2	35 (29,9)	7 (6)	42 (35,9)
> 55	1	3	1	3	4	2	2	0	8 (6,8)	8 (6,8)	16 (13,6)
Jumlah	17	8	22	10	22	11	21	6	82 (70,1)	35 (29,9)	117 (100)
	25	32	33	27							

Keterangan: L= laki-laki; P= Perempuan

Tabel 3. Distribusi tipe kusta berdasarkan jenis kelamin pasien baru kusta dengan reaksi tipe 1

Tipe kusta	Tahun								Jumlah (%)		Jumlah (%)
	2010		2011		2012		2013		L	P	
	L	P	L	P	L	P	L	P			
TT	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1 (0,9)
BT	0	0	1	0	1	0	0	1	2	1	3 (2,6)
BB	11	4	17	9	15	6	18	3	61(52,1)	22(18,8)	83 (70,9)
BL	6	3	2	1	6	3	2	1	16	8	24 (20,5)
LL	0	1	2	0	0	1	1	1	3	3	6 (5,1)
Jumlah	17	8	22	10	22	11	21	6	82 (70,1)	35 (29,9)	117 (100)
	25	32	33	27							

Keterangan: L= laki-laki; P= Perempuan

BB= *mid-borderline*; BL= *borderline lepromatous*; BT= *borderline tuberculoid*

LL= *lepromatous*; TT= *tuberculoid*

Tabel 4. Gejala pada kulit reaksi tipe 1

Gejala pada kulit	Tahun				Jumlah (%)
	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	
1 gejala:					69 (58,9)
- Bercak menebal	14 (56)	16 (50)	18 (54,5)	13 (48,2)	61 (52,1)
- Bercak baru	1 (4)	0	2 (6,2)	3 (11,1)	6 (5,1)
- Nodul	0	0	1 (3)	1 (3,7)	2 (1,7)
2 gejala:					19 (16,2)
- Bercak menebak + bercak baru	4 (16)	2 (6,3)	2 (6)	5 (18,5)	13 (11,1)
- Bercak menebal + nodul	0	4 (12,5)	1 (3)	1 (3,7)	6 (5,1)
3 gejala:					6 (5,1)
- Bercak menebal + bercak baru + nodul	0	4 (12,5)	2 (6)	0	6 (5,1)
Tanpa gejala	6 (24)	6 (18,7)	7 (21,3)	4 (14,8)	23 (19,8)
Jumlah	25 (100)	32 (100)	33 (100)	27 (100)	117 (100)

Tabel 5. Gejala pada saraf tepi

Gejala pada saraf tepi	Tahun				Jumlah (%)
	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	
1 gejala:					31 (26,5)
- Nyeri tekan & penebalan	8 (32)	8 (25)	6 (18,2)	4 (14,8)	26 (22,2)
- Gangguan fungsi	0	1 (3,1)	0	4 (14,8)	5 (4,3)
2 gejala:					
- Nyeri tekan + gangguan fungsi	2 (8)	4 (12,5)	1 (3)	1 (3,7)	8 (6,8)
Tanpa gejala	15 (60)	19 (59,4)	26 (78,8)	18 (66,7)	78 (66,7)
Jumlah	25 (100)	32 (100)	33 (100)	27 (100)	117 (100)

Tabel 6. Terjadinya reaksi tipe 1 berdasarkan waktu pemberian MDT

Waktu Pemberian MDT	Tahun				Jumlah (%)
	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	
Sebelum	5	7	2	8	22 (18,8)
Selama:					84 (71,8)
- 0 - 6 bulan	12	20	24	12	68 (58,1)
- 7 - 12 bulan	2	3	3	4	12 (10,3)
- > 12 bulan	2	0	1	1	4 (3,4)
Sesudah:					11 (9,4)
- 0 - 3 tahun	2	2	3	2	9 (7,7)
- > 3 tahun	2	0	0	0	2 (1,7)
Jumlah	25 (100)	32 (100)	33 (100)	27 (100)	117 (100)

Keterangan: MDT= *Multi drug treatment***Tabel 7.** Keluhan penyerta pada reaksi tipe 1

Penyakit Penyerta	Tahun				Jumlah (%)
	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	
Gigi	1 (4)	1 (3,1)	3 (9)	3 (11,1)	8 (6,8)
Mata	1 (4)	1 (3,1)	1 (3)	0	3 (2,6)
THT	0	4 (12,5)	2 (6,1)	1 (3,7)	7 (6)
Urogenital	0	1 (3,1)	1 (3)	1 (3,7)	3 (2,6)
Kelainan laboratorium	3 (12)	2 (6,3)	4 (12,2)	1 (3,7)	10 (8,5)
Stress	0	0	0	1 (3,7)	1 (8,6)
Tanpa Keluhan Penyerta	20 (80)	23 (71,9)	22 (66,7)	20 (74,1)	85 (72,7)
Jumlah	25 (100)	32 (100)	33 (100)	27 (100)	117 (100)

Keterangan: THT= Telinga Hidung Tenggorokan

Tabel 8. Terapi reaksi tipe 1

Terapi	Tahun				Jumlah (%)
	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	
NSAID	9 (36)	13 (40,6)	9 (27,3)	13 (48,2)	44 (37,6)
NSAID dan kortikosteroid	3 (12)	4 (12,5)	10 (30,3)	6 (22,2)	23 (19,7)
Kortikosteroid	12 (48)	14 (43,8)	14 (42,4)	5 (18,5)	45 (38,5)
NSAID dan lamprene	0	0	0	1 (3,7)	1 (0,9)
Tanpa NSAID atau kortikosteroid	1 (4)	1 (3,1)	0	2 (7,4)	4 (3,4)
Jumlah	25 (100)	32 (100)	33 (100)	27 (100)	117 (100)

Keterangan: NSAID = *Nonsteroidal anti-inflammatory drugs*

penggunaan MDT pada pasien lama kusta sehingga dapat menurunkan angka penularan.²

Jumlah pasien baru dengan reaksi tipe 1 di Divisi Kusta URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama tahun 2010–2013 adalah sebanyak 117 pasien, atau sebesar 19,7% dari seluruh pasien baru kusta pada periode tersebut (Tabel 1). Literatur menyatakan bahwa prevalensi reaksi tipe 1 bervariasi di seluruh dunia antara 6–67% dari seluruh pasien kusta.⁸ Hal itu menandakan bahwa reaksi tipe 1 merupakan perjalanan alami dari penyakit kusta sehingga jumlahnya tidak jauh berbeda.

Tabel 2 menunjukkan bahwa pasien baru kusta dengan reaksi tipe 1 yang terbanyak berjenis kelamin laki-laki (70,1%), dengan rasio pasien laki-laki: perempuan sebesar 2,3:1. Hal itu tidak sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa pasien perempuan memiliki risiko tinggi untuk terjadi reaksi tipe 1 karena pengaruh hormonal.⁹ Penyebabnya mungkin karena pasien laki-laki memiliki aktivitas yang lebih tinggi daripada perempuan sehingga mudah terpapar faktor pemicu yang mencetuskan terjadinya reaksi seperti infeksi, kelelahan atau stres. Selain itu perempuan cenderung tertutup akan penyakitnya, menyebabkan jumlah kunjungan semakin sedikit.

Tabel 2 juga memperlihatkan bahwa pasien baru dengan reaksi tipe 1 sebagian besar merupakan dewasa muda yang berusia antara 15–34 tahun yakni sebanyak 50 pasien (42,8%). Literatur menyebutkan bahwa kelompok usia tua lebih berisiko untuk mengalami reaksi tipe 1.⁹ Jumlah peserta yang termasuk dalam kelompok umur 15–34 tahun lebih tinggi dari kelompok umur yang lebih tua, mungkin karena masih termasuk golongan usia produktif dini sehingga pasien menaruh perhatian besar terhadap kondisi kesehatannya.

Tabel 3 memperlihatkan bahwa bahwa reaksi tipe 1 terbanyak didapatkan pada tipe multibasiler (MB) yaitu 52,9% terutama pada tipe *Borderline* (BB) sebesar 33,7%. Hal ini sesuai dengan literatur bahwa reaksi tipe 1 paling sering terjadi pada tipe BB karena jumlah basil dan tingkat CMI relatif seimbang sehingga sangat mudah mengalami perubahan respons imun.² Tingginya proporsi pasien baru kusta tipe MB mungkin disebabkan pasien kusta tipe MB memiliki gejala lanjut yang lebih tampak dibandingkan tipe PB sehingga pasien berobat, selain itu dapat karena pemberian MDT yang terlambat atau tidak teratur sehingga banyak terjadi penularan dan angka kasus MB baru tinggi. Terdapat kasus reaksi tipe 1 yang terjadi pada kusta tipe LL setelah pemberian MDT

yang terjadi peningkatan fragmen kuman yang telah mati oleh karena obat. Imunitas humoral berperan utama pada tipe LL sehingga kejadian reaksi tipe 1 pada kusta tipe LL sangat jarang.

Berdasarkan Tabel 4 pasien baru kusta dengan reaksi tipe 1 paling banyak memiliki satu gejala reaksi di kulit yakni sebanyak 58,9%. Keluhan terbanyak adalah bercak lama yang menebal sebanyak 52,1%. Hal itu sesuai dengan kepustakaan bahwa pada reaksi tipe 1 gejala yang khas adalah penebalan bercak lama.^{10,11} Penebalan bercak lama merupakan tanda peningkatan CMI yang menunjukkan bahwa peradangan hanya terlokalisir pada kulit.

Tabel 5 menunjukkan pasien baru kusta dengan reaksi tipe 1 sebagian besar tanpa gejala kelainan saraf tepi yaitu sebanyak 66,7%. Kepustakaan mengemukakan bahwa gejala saraf tepi yang sering terjadi pada reaksi tipe 1 adalah nyeri dan gangguan fungsi saraf karena terjadi peningkatan CMI.³ Penelitian ini menunjukkan mayoritas pasien tanpa gejala reaksi pada saraf tepi, menandakan bahwa pasien datang ketika reaksi masih dalam tahap dini.

Tabel 6 memaparkan data mengenai terjadinya reaksi tipe 1 yang diamati berdasarkan waktu pemberian MDT. Ternyata reaksi tipe 1 banyak terjadi pada saat masih dalam masa pemberian MDT (71,8%), terutama pada 6 bulan pertama pemberian MDT (58,1%). Reaksi tipe 1 sering terjadi selama dalam masa pengobatan MDT akibat terjadi peningkatan CMI berlebihan untuk memfagosit fragmen kuman yang telah mati akibat pemberian MDT.^{10,11}

Tabel 7 menunjukkan kelainan sebagian besar pasien baru kusta dengan reaksi tipe 1 yang datang justru tidak memiliki kelainan penyerta (72,7%). Kelainan terbanyak pada pasien dengan keluhan penyerta adalah kelainan hasil laboratorium yaitu sebesar 8,5%, meliputi anemia, dislipidemia, hipoalbuminemia, peningkatan fungsi liver, dan hiperglikemia. Faktor-faktor yang dapat memicu timbulnya reaksi kusta tidak selalu dapat diidentifikasi.¹¹ Suatu episode reaksi dapat dipicu oleh adanya koinfeksi, karena dapat memicu sistem kekebalan tubuh *host* secara berlebihan melalui pelepasan berbagai penanda inflamasi seperti sitokin, protein fase akut, dan kemokin.¹² Selain koinfeksi, faktor pencetus lainnya dapat berupa pemberian MDT, pembedahan, stres fisik atau mental, imunisasi, kehamilan dan nifas, anemia, dan lain-lain.⁴ Sebagian besar sampel penelitian ini mengalami reaksi tipe 1

selama masa pemberian MDT, yaitu saat terjadi peningkatan CMI sehingga menimbulkan reaksi tipe 1, meski tidak terdapat keluhan penyerta.

Tabel 8 memperlihatkan dua golongan terapi yang sering diberikan untuk pasien reaksi tipe 1 adalah NSAID (37,6%) dan kortikosteroid (38,5%). NSAID diberikan untuk reaksi derajat ringan dan kortikosteroid diberikan untuk reaksi derajat berat guna mencegah inflamasi lanjut pada saraf yang dapat menimbulkan kecacatan.^{3,4,11} Terdapat data pemberian NSAID yang dikombinasi dengan lamprane. Lamprane dapat diberikan pada reaksi tipe 1 ketika terapi antibakteri sebelumnya tidak dapat dilanjutkan (misalnya jika pasien menolak).¹¹ Penggunaan lamprane lebih disarankan pada kasus *erythema nodosum leprosum* (ENL) kronik dengan ketergantungan terhadap steroid atau pemberian steroid jangka panjang karena memiliki efek antiinflamasi. Pemberian lamprane dalam dosis tinggi selama beberapa minggu dapat mengurangi kejadian reaksi kusta dan berguna ketika proses tapering off steroid.¹³ Pada penelitian ini terdapat satu pasien yang diberi terapi lamprane dosis 1x300 mg selama tujuh hari dengan gejala klinis yang didapatkan adalah bengkak pada ekstremitas serta benjolan, kemudian dievaluasi apakah terdapat perbaikan klinis dan selanjutnya lamprane tidak diberikan kembali. Sampel tersebut juga memiliki keluhan peningkatan transaminase serum dengan riwayat penyakit liver dan diabetes melitus sehingga obat MDT yang diberikan tanpa rifampisin karena bersifat hepatotoksik dan kortikosteroid juga tidak diberikan karena dapat memengaruhi glukosa darah pasien.

Kasus kusta baru dengan reaksi tipe 1 pada penelitian ini mengalami penurunan dibandingkan dengan periode sebelumnya. Gejalanya dapat berupa penebalan bercak lama dengan atau tanpa peradangan pada saraf. Terapi yang diberikan berupa NSAID saja apabila tidak terjadi tanda peradangan pada saraf dan penambahan kortikosteroid apabila sudah terjadi peradangan saraf. Kejadian reaksi tipe 1 berlangsung secara terbanyak dipicu oleh pemberian MDT saat kuman kusta yang telah mati dapat meningkatkan respons imun seluler, namun pencarian faktor pencetus seperti infeksi fokal penting dilakukan untuk mencegah reaksi tipe 1 persisten atau berulang. Diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat dapat mencegah kerusakan saraf berkembang menjadi kecacatan permanen sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien kusta.

KEPUSTAKAAN

1. Lee DJ, Rea TH, Modlin RL. Leprosy. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DJ, Wolff K, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p.2253-63.
2. Prakoeswa CRS, Siswati AS. Reaksi Tipe 1: Diagnosis dan penatalaksanaannya. Dalam: Prakoeswa CRS, Agusni I, Listiawan MY, editor. Kapita selekta penatalaksanaan morbus hansen terkini. Surabaya: Dept/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin; 2013. h. 41-9.
3. International Federation of Anti-Leprosy Associations. How to recognise and manage leprosy reactions. London: DS Print & Redesign; 2002.
4. Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Buku pedoman nasional pengendalian penyakit kusta. Jakarta: Depkes RI; 2012.
5. Amiruddin MD, Ilyas FS, Amin S, Amiruddin D. Reaksi reversal. Dalam: Amiruddin MD, Ilyas FS, Amin S, Amiruddin D. Buku Ajar Penyakit Kulit di Daerah Tropis. Makassar: LKPP Unhas; 2010. h. 85-96.
6. Robertson J. The history of leprosy. In: Makino M, Matsuoka M, Goto M, Hatano K, editors. Leprosy: Science working towards dignity. Hadano: Tokai University Press; 2011. p. 2-24.
7. World Health Organization. Global leprosy: update on the 2012 situation. Dalam: Weekly epidemiological record 2013; 35(88):365-80.
8. Ranque B, Nguyen VT, Vu HT, Nguyen TH, Nguyen NB, Pham XK, et al. Age is an important risk factor for onset and sequelae of reversal reactions in Vietnamese patients with leprosy. Clin Infect Dis 2007;44:33-40.
9. Kar HK, Sharma P. Leprosy reactions. In: Kar HK, Kumar B, editors. Indian association of leprologist textbook of leprosy. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd; 2010. p. 269-89.
10. Listiawan MY, Agusni I, Martodiharjo S. Reaksi lepra. Pedoman Diagnosis dan Terapi. Departemen/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. Surabaya: Airlangga University Press 2012.
11. Kumano K. Leprosy reaction, lepra reaction. In: Makino M, Matsuoka M, Goto M, Hatano K, editors. Leprosy: Science working towards dignity. Hadano: Tokai University Press; 2011. p. 154-73.
12. Motta ACF, Pereira KJ, Tarquinio DC, Vieira MB,

- Miyake K, Foss NT. Leprosy reactions: coinfections as a possible risk factor. *Clinics* 2012; 67(10): 1145-8.
13. Kar HK, Sharma P. Management of leprosy reactions. In: Kar HK, Kumar B, editors. Indian association of leprologist textbook of leprosy. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd; 2010. p.386-99.