

# **ATLAS PENYAKIT TERBAIKAN DI TANAH PAPUA**

Buku Panduan bagi tenaga kesehatan di garis terdepan dalam  
penemuan,diagnosis dan pengobatan



*Bersama-sama kita bisa*

**Arry Pongtiku, Robby Kayame, I.Vivi Sumolang, Beerri I.S .Wopari, Aaron Romainum**

**2016**

**Judul Buku :** Atlas Penyakit Terabaikan di Tanah Papua

**Penulis :**

Dr.dr. Arry Pongtiku,MHM ; Dr. Robby Kayame,SKM,MKes; dr.I.Vivi Sumolang,SpKK;  
dr Beeri I.S .Wopari dan dr Aaron Romainum

**Editor:** Dr.dr.Arry Pongtiku,MHM

**Kontributor :**

- I Made Gapar,SE
- Kuswadi,SKM,MKes
- Purnomo Sidhi,SKM
- Elihut Robaha,SKM
- Susana Momot
- Yohan Papare,AMK
- Ludya Watimena,SKM
- dr Gunawan Ingkokusumo,DTM &H
- Alfrida Waisimon

**Ucapan Terimakasih:**

*Otto Parrorongan,SKM,MMKes (Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat),drg.Aloisius Giyai,MKes (Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua), Papua), dr Nurmawati (Kabid PMK, Dinkes Papua Barat ), dr Aaron Romainum (Kabid P2M PL Dinkes Papua), Apriani Taedini,SKM, dr Agnes J Arobaya, Owira Indow,Amk.Kep, dr Emmy S Sjamsoe-Daili,SpKK(K) Perdoski, Kolega Technical Advisor Kusta, dan Frambusia, Netherlands Leprosy Relief/ NLR Jakarta,Kementerian Kesehatan RI ,teman-temana dokter dan perawat di puskesmas dan rumah sakit di Papua dan Papua Barat.*

## Kata Pengantar

Penyakit Terabaikan (*neglected diseases*) memberikan beban kesehatan kepada pasien dan masyarakat baik fisik ,psikologik dan ekonomi. Beban ini diperparah dengan adanya kecacatan. Beberapa penyakit terabaikan yang sering di tanah Papua adalah penyakit kusta,frambusia, kaki gajah dan cysticercosis/kecacingan. Penyakit ini umumnya mengenai masyarakat miskin dan tinggal di daerah pedalaman.

Penyakit kulit dan penyakit terabaikan mempunyai variasi gambaran yang bermacam-macam. Seringkali pada penyakit kusta didapat kemiripannya penyakit kulit lainnya (*leprosy is a great imitator*) oleh karena itu perlu ketrampilan,pengalaman dan pengetahuan yang cukup bagi petugas. Dengan terbiasa melihat kasus dan gambar-gambar kita akan lebih mudah mempelajarinya penyakit-penyakit ini.

Buku ini terinspirasi dari *Leprosy in Africans* oleh dr.W.K.Jacyk (ILEP Publication) dan buku *Common Skin Diseases in Africa: An Illustrated guide* karangan Collete van Hees dan Ben Naafs. Buku disesuaikan dengan keadaan kasus-kasus di tanah Papua.

Semoga sumbangsih ini bermanfaat bagi petugas kita yang bekerja di lapangan, para mahasiswa kedokteran dan keperawatan.

**Penulis, 2016**

***“Buku Atlas ini semata hanya digunakan dalam pelatihan , membantu petugas di lapangan dan tidak digunakan untuk tujuan komersial”.***

## **Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua**

Sampai saat ini penyakit terabaikan (*neglected diseases*) seperti kusta, frambusia, kaki gajah dan kecacingan masih sangat tinggi di tanah Papua. Penyakit terabaikan ini juga erat hubungannya dengan kemiskinan, buruknya sanitasi, rendah akses kesehatan, ketidaktahuan masyarakat, kualitas hidup yang rendah karena kecacatan, stigma dan diskriminasi serta terbatasnya sumber daya termasuk dana dan langkanya petugas kesehatan yang menangani penyakit ini

Kami menyambut gembira upaya pembuatan buku “**Atlas Penyakit Terabaikan di Tanah Papua**” yang tentunya sangat bermanfaat untuk mengenal dan mengetahui penyakit Kusta, Frambusia, Filariasis dan kecacingan / cysticercosis. Buku ini disesuaikan konteks lokal yang dapat dipergunakan sebagai acuan dan bahan penyuluhan bagi petugas kesehatan di garis terdepan yang menembus kampung ke kampung maka kasus-kasus baru dapat ditemukan dan diobati, niscaya Eliminasi Penyakit Terabaikan dapat tercapai.

Akhirnya kami ucapkan banyak terimakasih kepada Dr.dr.Arry Pongtiku, MHM dkk serta semua pihak yang telah membantu pembuatan buku ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa memberkati kita dalam upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakat di tanah yang kita cintai ini.

Jayapura, 1 Maret 2016

**Kepala Dinas Kesehatan**

**Provinsi Papua**

**drg.Aloysius Giyai, MKes**

## DAFTAR ISI

Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua.....	iii	-	iii
Bab 1 Kusta/Leprosy/Morbus Hansen			
- Pemeriksaan, Diagnosis dan Klasifikasi Kusta .....	1	-	16
- Reaksi Kusta dan Kecacatan.....	17	-	33
- Stigma dan Diskriminasi.....	34	-	36
- Alergi DDS.....	37	-	45
- Diferential Diagnosa Penyakit Kusta.....	46	-	60
Bab II Frambusia/Yaws/Boba/Patek.....	61	-	66
Bab III Filariasis/ Kaki Gajah.....	67	-	72
Bab IV Cysticercosis.....	73	-	78
Referensi.....	79	-	79

# BAB I

## KUSTA/ LEPROSY/MORBUS HANSEN

Penyakit kronis yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Leprae* yang menyerang terutama kulit dan syaraf dan organ tubuh lainnya , jika tidak diobati akan menyebabkan kecacatan. Proses penularan lewat kontak erat dan lama (saluran pernapasan, kulit yang terbuka) pada orang yang belum pernah berobat khususnya tipe kusta MB. (Tanda utama /*Cardinal Signs* penyakit kusta adalah : 1) Bercak yang hilang rasa/ mati rasa,2) Penebalan syaraf tepi disertai gangguan fungsi apakah sensorik, motorik dan otonom 3) pada pemeriksaan *Skin Smear* / kerokan kulit ditemukan kuman kusta (BTA).Buku ini menggunakan klasifikasi WHO yaitu tipe kering /*Pausibasillary* disingkat PB dan tipe basah/*Multibasillary* yang disingkat MB. Pengobatan sesuai regimen WHO diberikan obat paket MDT (Multi Drugs Therapy) yang mengandung Rifampicin, Lamprene,DDS. Kasus PB diberi 6 blister yang diselesaikan dalam 6-9 bulan, sedangkan kasus MB diberi 12 blister yang diselesaikan selama 12-18 bulan. Saat ini dalam pilot project dilakukan pencegahan Chemoprofilaksis dengan single dose Rifampicin pada orang yang belum ada tanda klinis kusta tetapi beresiko terkena karena sebagai kontak keluarga ,tetangga atau sosial.

# ALGORITMA KUSTA



## Kusta Pausi basilar (PB)



Bercak putih dengan batas kurang jelas, pada tes hilang rasa ,jumlah bercak < 5 (Kusta Tipe PB).

## Pemeriksaan mati rasa



Mengetes bercak kusta menggunakan kapas perlu ketrampilan dan kesabaran

## Pemeriksaan mati rasa



Test hilang rasa/mati rasa menggunakan kapas yang halus seperti kaki nyamuk pada wajah. Persyarafan dan vaskularisasi daerah muka sangat baik perlu test lebih sensitif.

## Pembesaran Syaraf Tepi



*Pembesaran syaraf Auricularis Magnus*



*Pembesaran Syaraf Supra Orbita*

Pada pemeriksaan kusta yang rutin hanya beberapa syaraf penting yang diperiksa apakah menebal atau disertai nyeri yaitu: syaraf ulnaris (pada tangan), syaraf peroneus (pada tungkai bawah), syaraf tibia posterior (pada kaki). Saraf pada pemeriksaan teraba seperti senar.

## Kusta Multibasilarly (MB)



Bercak mati rasa pada bokong dan kaki yang khas, lebih dari 5 bercak (tipe MB). Di Papua bercak seperti ini dikenal dengan Panu tebal.

## Bercak Kusta



Bercak mati rasa pada lesi tunggal yang besar dengan tepi tebal/tegas. Perlu skin smear apakah tipe PB atau MB

## Kusta Multibasilar (MB)



Gambaran khas tipe MB yaitu nodul (benjol-benjol) dan kemerahan infiltrat

## Bercak yang mati rasa



Bercak tunggal yang besar pada belakang yang mati rasa, pemeriksaan perlu melihat tubuh keseluruhan

**Kusta Multibasilar (MB)**



Nodul/benjol- benjol pada telinga khas tipe MB

**Kusta Multibasilar (MB)**



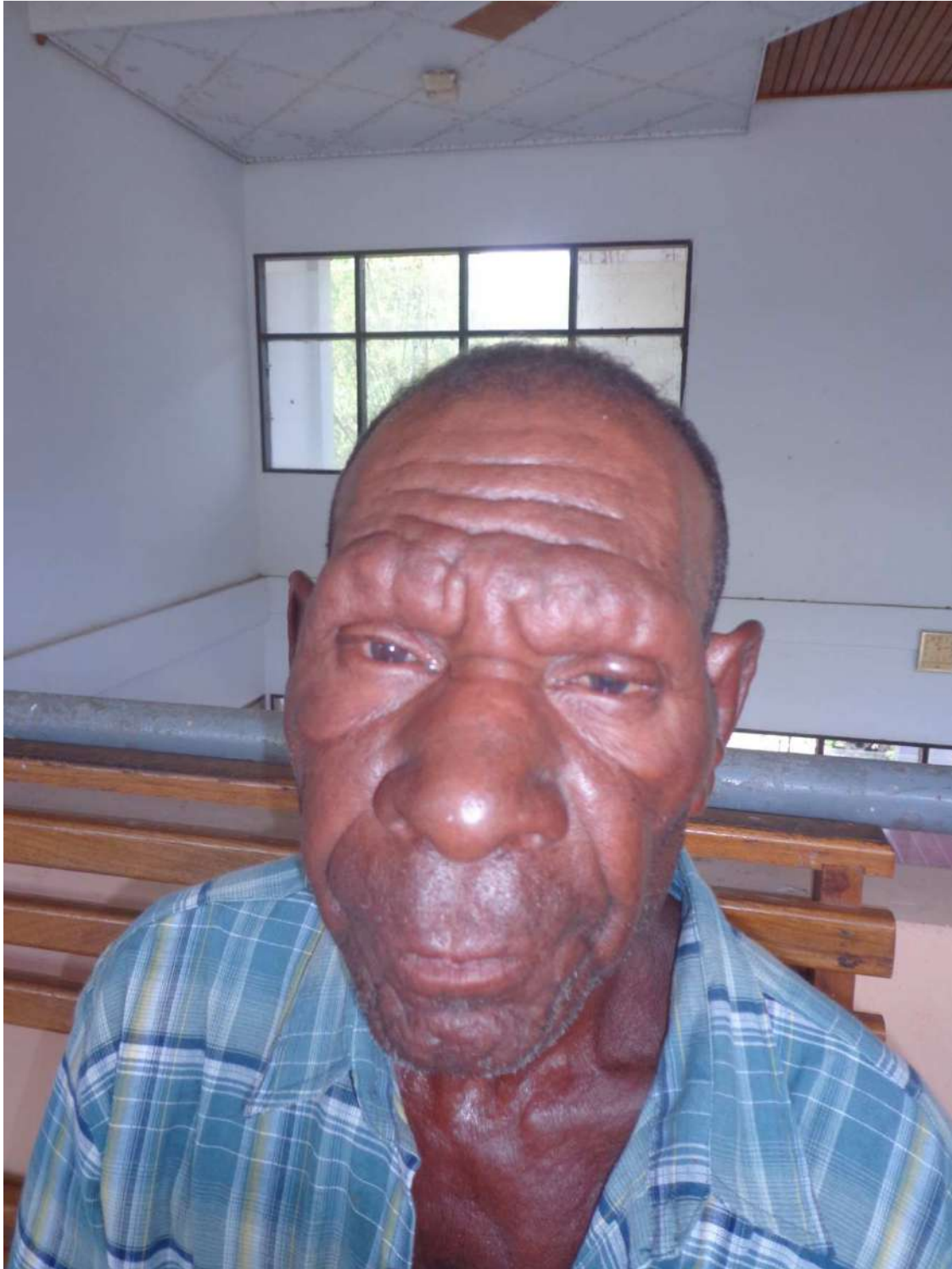
Muka yang bengkak disertai nodul, infiltrat dan alis botak (madarosis) khas tipe MB

## Kusta Multibasilar (MB)



Nodul ,infiltrat, madarosis khas tipe MB . Penderita juga disertai infeksi lain Filariasis (kaki gajah)

## Kusta Multibasilar (MB)



Gambaran khas kusta lanjut dengan madarosis (alis dan bulu mata yang rontok) dan infiltrate disertai dengan muka yang nampak bengkak

**Kusta Multibasilar (MB)**



*Madarosis*, serta *ginekomasti* (pembesaran pada payudara pada laki-laki) khas Kusta MB. Tidak jarang kasus seperti ini juga infertil

## Kusta Multibasilar (MB)



Seorang ibu dengan kusta tipe MB disertai hidung pelana (*saddle nose*), *madarosis* (alis bulu mata hilang) menandakan perjalanan penyakit kusta yang sudah lama/kronis

## Kusta Multibasilar (MB)



Kusta tipe MB dengan nodul yang keras (histoid) pada skin smear ditemukan kuman yang banyak BI (6+). Pasien dengan nodul histoid biasanya resisten terhadap Dapsone.

## Reaksi Kusta Tipe Reversal



Reaksi Kusta tipe Reversal dengan bercak yang menebal, melebar dan merah. Kita bisa keliru dengan tipe ENL sehingga harus memeriksa keseluruhan tubuh

## Reaksi Kusta Tipe Reversal



Pada reaksi Tipe reversal nampak bercak yang menebal , melebar dan merah. Penting memeriksa seluruh tubuh (pasien yang sama pada gambar sebelumnya). Yang terpenting dari reaksi adalah menentukan apakah reaksi ringan atau berat. Reaksi berat ditandai oleh bercak yang ulcerative dan disertai nyeri syaraf (neuritis) .Dapat pula pada pemeriksaan fungsi saraf ada kehilangan rasa pada telapak tangan atau telapak kaki atau disertai kelemahan otot pada mata ,tangan maupun kaki.

## Reaksi Kusta Tipe Reversal



Pada kasus ini terjadi pembengkakan pada telinga . Nervus auricularis magnus pada leher teraba sangat tebal. Faktor pencetus adalah gigi yang berlubang dan penderita juga menderita IMS (Infeksi Menular Seksual).Setelah diberi prednisone dan antibiotika untu pengobatan IMS, reaksinya menghilang dan telinganya kembali normal.

## Reaksi Kusta Tipe Reversal



Bercak yang menebal dan kemerahan dan ukuran besar-besar khas reaksi Tipe Reversal , kasus ini terjadi setelah pemberian MDT kurang lebih sebulan. Setelah pemberian obat anti reaksi (prednison) dan obat malaria sebagai faktor pencetus ,reaksi hilang (gambar di bawah).

## Reaksi Kusta Eritema Nodosum Leprosum (ENL)



Reaksi kusta ENL biasanya disertai gambaran klinis yang lebih berat disertai demam, dan pada kulit berbenjol-benjol. ENL umumnya terjadi pada penderita yang mempunyai kuman yang banyak (BI tinggi) serta telah minum obat kusta beberapa papan. Reaksi terjadi karena kuman-kuman yang hancur/mati dan dipicu ada oleh sakit yang lain seperti : malaria, anemia, kurang gizi, luka, gigi berlubang (faktor pencetus)

## Reaksi Kusta Eritema Nodosum Leprosum (ENL)



### **ERITEMA NODOSUM LEPROSUM- MB**

Nodus multipel yang nyeri, berkilat dan kemerahan. Lesi bersisik dengan permukaan rata pada leher bagian belakang dan punggung atas adalah penyakit jamur. Pada kasus ENL jika kulit diraba berbenjo-benjol dan juga nyeri.

## Kecacatan pada penyakit kusta



Kasus yang kronis sudah mengalami cacat. Cacat yang terlihat disebut cacat tingkat 2

## Kecacatan pada penyakit kusta



Anak kecil dengan jari kontraktur disertai dengan tangan lunglai (*drop hand*) kerusakan syaraf ulnaris dan syaraf radialis.

## Kelompok Perawat Diri (KPD)



Kelompok Perawatan Diri (KPD) dimana Orang Yang Pernah Mengalami Kusta bersama-sama melakukan perawatan diri dan saling memotivasi. Perawatan diri memperhatikan mata, tangan dan kaki. Kegiatan perawatan luka dilakukan dengan merendam dengan air, mengosok bagian yang tebal dan meminyaki sehingga luka cepat sembuh

## Lagoptalmus



Sebelum Perawatan diri  
(Self Care)



4 bulan sesudah perawatan diri

Apabila kusta menyerang syaraf facialis maka dapat terjadi mata tidak dapat menutup (lagoptalmus). Jika tidak ditangani dengan baik maka dapat terjadi kebutaan. Pemberian prednisone apabila terjadi lagoptalmus sebelum 6 bulan disertai perawatan diri akan memberikan hasil yang baik seperti gambar.

## Penyakit Kusta dapat sembuh sempurna



Sebelum pengobatan MDT



Setelah Pengobatan MDT

\*Penyakit kusta dapat sembuh sempurna apabila ditemukan dini dan berobat secara teratur

## Faktor Pencetus Reaksi Kusta



Kehamilan dan anemia pada ibu hamil dapat menjadi faktor pencetus timbul reaksi kusta. Gambar ini juga memperlihatkan kontak serumah dimana anak juga terjangkit kusta dari ibunya

## Faktor Pencetus Reaksi Kusta



Reaksi Kusta tipe Reversal terjadi pada pasien anak ini karena dipicu oleh malaria. Setelah pemberian obat malaria dan prednisone pasien segera pulih kembali

## Faktor Pencetus Reaksi Kusta



Gigi berlubang adalah salah satu faktor pencetus yang sering dilihat. Gigi berlubang merupakan sumber fokal infeksi.

## Faktor Pencetus Reaksi Kusta



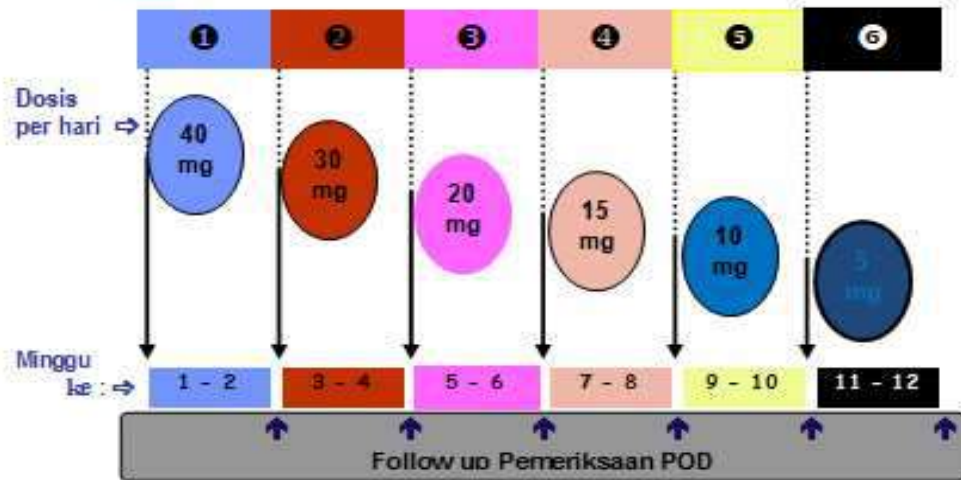
Reaksi kusta terjadi pada ibu muda yang baru melahirkan anaknya

## Faktor Pencetus Reaksi Kusta dan AIDS



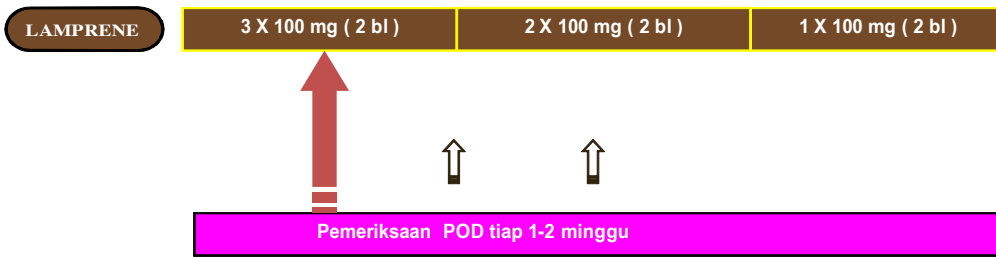
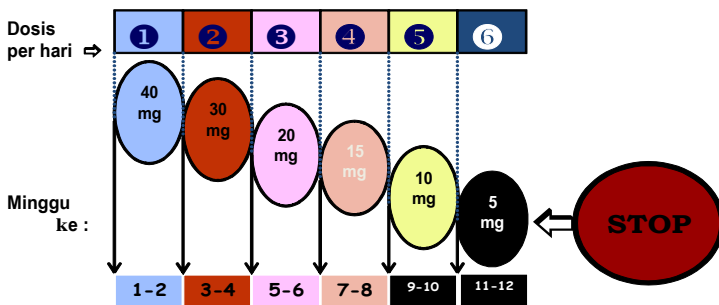
Pada penderita Kusta dengan AIDS yang sedang minum ARV. Reaksi kusta terjadi akibat perubahan imunitas . Reaksi ENL dan arthritis terjadi pada kasus ini sehingga timbul nodul dan kesulitan berjalan. Pasien diberi prednison dengan *tapering off* dalam waktu relatif tidak lama terjadi perbaikan.

**1. Pemberian prednisone pada Reaksi Tipe 1 dan 2 berat**



**● Pengobatan Reaksi Tipe 2 (ENL) berat berulang**

Prednison :



Follow up

## Stigma dan Diskriminasi



Stigma terhadap penyakit kusta masih ada dalam masyarakat. Kasus ini penderita harus tinggal sendiri dan dijauhkan dari sanak saudara ataupun masyarakat

## Stigma dan Diskriminasi



Stigma dan self stigma (malu) lebih berat pada wanita ,apalagi terkena pada daerah yang mudah terlihat seperti wajah. Tidak jarang wanita diceraikan seperti kasus ini

**Akibat kusta (perubahan wajah)**



Penyakit kusta menyebabkan anak-anak mukanya kelihatan jauh lebih tua dari usianya

## Alergi DDS (Sindrome Hipersensitivity Dapsone/SHD)



## Allergi Dapsone (Sulfa)



Pada suku tertentu terutama di daerah Papua Barat ,angka kejadian alergi DDS adalah 1: 100 kasus, sehingga petugas perlu berhati-hati karena dapat berakibat fatal. Pada daerah tertentu kami melepas DDS sehingga pengobatan hanya dengan Rifampicin dan lamprene saja.. Kejadian alergi DDS sering setelah selesai blister 1. Penghentian sementara obat MDT dan pemberian prednisone sangat menolong. Pemberian prednisone (lihat detail protokol) diturunkan secara perlahan/tidak terburu-buru, praktisnya kurang lebih diselesaikan 1 ,5 bulan seperti gambar di atas (2 kasus sebelum dan sesudah penanganan.



Penderita Sindrom hipersensistivitas Dapsone yang dirawat setelah 1 minggu.

### B. Gejala-gejala SHD (Alergi DDS)

Gejala-gejala SHD dapat timbul secara cepat ataupun lambat. Pada awalnya gejala-gejala SHD dapat menyerupai gejala infeksi virus. Gejala-gejala tersebut pada umumnya terjadi pada penderita Kusta yang belum pernah mendapat pengobatan *Dapsone* sebelumnya. Gejala-gejala tersebut biasa timbul pada sekitar minggu ke 6 setelah pengobatan (pengobatan pada blister ke 2). Tetapi ada juga penderita Kusta yang sudah menunjukkan gejala-gejala awal SHD pada minggu ke 4 atau minggu ke 5, apabila penderita tersebut mengkonsumsi MDT secara teratur. (NSL & TLMI, 1996 ;Depkes RI, 2007).

#### 1. Gejala-gejala ringan (awal)

- Kulit terasa kering
- Kulit terasa gatal
- Kulit terasa panas seperti terbakar
- Timbul ruam-ruam
- Kepala Pusing
- Mata berair

#### 2. Gejala-gejala berat, biasanya muncul setelah 24 – 48 jam setelah mengkonsumsi *Dapsone* atau setelah gejala-gejala awal timbul.

- Bibir / wajah terasa tebal
- Timbul bintik-bintik berwarna merah yang terasa gatal & panas
- Demam bahkan sampai panas tinggi
- Batuk kering, kadang disertai dengan sesak nafas
- Kulit terkelupas (*dermatitis exfoliatif*), kadang juga disertai luka di bibir dan di dalam mulut
- Adanya pembesaran kelenjar
- Bahkan sampai mata (konjuntiva) menjadi kuning

Penjelasan :

a. Kulit kering.

Keadaan ini biasanya timbul pada minggu ke 4. Pada umumnya penderita tidak merasakan adanya keluhan pada kulitnya, tetapi apabila diperhatikan secara baik maka akan tampak perbedaan pada kulit penderita, bila dibandingkan dengan keadaan kulit penderita pada awal mendapat MDT (pada bulan sebelumnya).

Pada kunjungan ke 2 (minggu ke 4 setelah mengkonsumsi MDT), kulit penderita tampak lebih kering dan kasar dari sebelumnya.

b. Bibir / wajah terasa tebal

Gejala ini pada umumnya timbul secara bersamaan dengan gejala kepala pusing. Oleh karena itu, perlu disampaikan kepada penderita, apabila merasakan gejala-gejala seperti kepala pusing yang disertai dengan bibir / wajah terasa tebal **agar segera memeriksakan diri ke petugas kesehatan terdekat (di Puskesmas ataupun RS).**

c. Bintik-bintik merah yang terasa gatal dan panas.

Bintik merah, kadang berupa bercak-bercak kecil berwarna merah (*erythroderma*) kadang timbulnya disuatu tempat saja, misalnya di pergelangan tangan atau dada. Bahkan ada juga yang timbul bintik-bintik merah tersebut secara bersamaan di seluruh tubuh yang sangat mirip dengan Serampak (Campak)

Oleh karena itu apabila timbul bintik-bintik merah, gatal, jangan selalu dianggap sebagai gejala Serampak (Campak), mungkin itu gejala awal SHD, segera menghubungi petugas kesehatan terdekat di Puskesmas maupun di RS

### d. Demam tinggi

Pada umumnya demam tinggi merupakan gejala adanya infeksi, perlu dilakukan pemeriksaan secara seksama, misalnya DDR. Apabila hasil DDR positif, dan setelah mengkonsumsi obat Malaria, demam yang tinggi tidak kunjung turun, maka perlu diwaspadai adanya gejala SHD.

### e. Batuk kering merupakan gejala lebih lanjut dari SHD

Banyak penyakit yang dapat menyebabkan batuk kering. Untuk menentukan apakah batuk kering yang ada merupakan gejala SHD atau bukan, maka perlu diperhatikan gejala-gejala SHD yang lain.

### f. Kulit terkelupas (*dermatitis exfoliatif*)

Gejala ini merupakan gejala yang khas sebagai alergi terhadap obat.

## C. Riwayat Sindrom Hipersensitif Dapsone.

- a. Penderita baru Kusta yang telah mengkonsumsi MDT (Dapsone) selama 4 – 6 minggu.
- b. Timbul gejala-gejala SDH (umumnya) pada minggu 4 – 6 setelah mengkonsumsi MDT secara teratur.
- c. Apabila ada riwayat alergi terhadap Dapsone (**obat-obatan berbahan dasar SULFA**) di dalam keluarga penderita Kusta, maka pemberian MDT harus dipantau secara cermat, khususnya pada pemberian blister ke 2 – ke 3.

## D. Penatalaksanaan Penderita Kusta dengan Sindrom Hipersensitif Dapsone. (NSL & TLMI, 1996 ;Depkes RI, 2007).

### 1. Perawatan & pengobatan SHD.

Apabila diketahui adanya tanda-tanda awal SHD pada penderita Kusta, seperti ;

## Alergi DDS

- Kulit kering dan kasar
- Sakit kepala
- Bibir dan wajah terasa tebal
- Bintik-bintik merah di sebagian ataupun seluruh tubuh dan terasa gatal
- Demam tinggi yang tidak kunjung turun,

Maka yang harus dilakukan adalah ;

1. Segera menghentikan konsumsi semua obat apapun (termasuk obat KUSTA / MDT) maupun obat tradisional
2. Penderita/keluarga penderita SEGERA menghubungi petugas kesehatan terdekat (di Puskesmas/RS)
3. Petugas kesehatan menanyakan riwayat timbulnya gejala serta obat-obatan yang telah dikonsumsi oleh penderita.

Jika keadaan umum penderita baik, tidak banyak lesi di tubuh maka penderita cukup diberi Prednison 30 – 40 mg per hari. Tetapi jika keadaan umum penderita buruk, banyak lesi di tubuh, maka penderita perlu dirawat inap di Puskesmas ataupun di Rumah Sakit serta segera diberikan kortikosteroid (deksametason) intra vena 6 x 5 mg per hari sampai kondisi penderita membaik.

Setelah kondisi penderita membaik, umumnya setelah 2 – 3 hari, maka pemberian steroid dapat diturunkan secara **perlahan-lahan (bertahap)**, sesuai dengan keadaan umum penderita. Penurunan kortikosteroid yang diberikan secara intra vena adalah 5 mg pertahapan penurunan (tapering off).

Setelah dosis pemberian kortikosteroid secara intra vena mencapai 5 mg per hari, maka pemberian kortikosteroid dapat dilanjutkan dengan pemberian tablet Prednison 20 mg per hari. Pemberian Prednison tersebut diturunkan secara bertahap 5 mg tiap 4 – 5 hari.

Setelah beberapa hari mengkonsumsi Prednison, sebagian penderita sudah menunjukkan keadaan umum yang lebih baik, bahkan ada yang sudah tampak sembuh. **Walaupun keadaan penderita sudah baik, pemberian Prednison tetap diteruskan sesuai dengan petunjuk/pedoman pemberian Prednison.** Pengurangan konsumsi Prednison secara cepat, dapat menyebabkan gejala-gejala SHD timbul kembali.

Pemberian Prednison tidak boleh dihentikan secara mendadak, tetapi harus secara perlahan-lahan/bertahap (tapering off) sebagaimana petunjuk pemberian Prednison. Selain itu Prednison juga tidak boleh diberikan dalam

jangka waktu yang terlalu lama. Pemberian Prednison perlu dikonsultasikan ke Dokter, terutama untuk penderita usia anak-anak.

**Dosis pemberian PREDNISON**

**Dewasa : Dosis tunggal pada PAGI HARI, setelah makan**

**50 mg (10 tablet) / hari, selama 2 hari**

**40 mg (8 tablet) / hari, selama 2 hari**

**30 mg (6 tablet) / hari, selama 3 hari**

**25 mg (5 tablet) / hari, selama 4 – 5 hari**

**20 mg (4 tablet) / hari, selama 4 – 5 hari**

**15 mg (3 tablet) / hari, selama 4 – 5 hari**

**10 mg (2 tablet) / hari, selama 4 – 5 hari**

**5 mg (1 tablet) / hari, selama 4 – 5 hari**

**Perlu untuk diperhatikan ;**

- **Apabila penderita mengalami gangguan lambung maka pemberian Prednison dilakukan 2 kali dalam sehari (bukan dosis tunggal), pagi dan sore, setelah makan**
- **Pemberian dosis disesuaikan dengan keadaan umum penderita.**
- **DOSIS ANAK, SETENGAH DOSIS ORANG DEWASA ATAU SESUAI DENGAN BERAT BADAN**
- **Dosis Prednison, 1 mg / Kg Berat Badan**

**Perlu diperhatikan ;**

- **Pemberian Prednison dosis tinggi harus dalam pengawasan petugas kesehatan (Dokter / Perawat). Bila perlu penderita dirawat inap di Puskesmas / Rumah Sakit.**

## Alergi DDS

- **Penderita yang mengalami gangguan lambung pemberian Prednison dilakukan 2 kali dalam sehari, pagi dan sore (bukan dosis tunggal). Bila perlu penderita diberi Antasida**
- **Keseimbangan cairan (elektrolit) tubuh harus diperhatikan, penderita perlu diberi banyak minum (air gula)**
- **Perlu diberi makanan bergizi dan PMT yang tinggi kalori dan tinggi protein.**

Pemberian dosis kortikosteroid yang tinggi dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi, misalnya *bronopneumonia*. Antibiotik yang dipilih adalah antibiotik yang mempunyai spektrum luas, bersifat bakteriosidal dan mempunyai efek samping yang kecil, terutama efek samping pada ginjal (*nefrotoksik*) misalnya siprofloksasin 2 x 400 mg / hari intra vena atau klindamisin 2 x 600 mg / hari intra vena. Pemberian antibiotik disesuaikan dengan keadaan/kondisi penderita.

Untuk mengurangi efek samping dari kortikosteroid maka perlu diberikan diet **rendah garam, tinggi kalori dan protein**, perlu juga diberi makanan tambahan. **Jika terjadi hipokalemi perlu diberikan obat anabolik dan Cl 3 x 500 mg / hari** hingga kondisinya membaik.

Keseimbangan cairan tubuh perlu diperhatikan. Oleh karena itu penderita dianjurkan untuk banyak minum (air gula/sirup, air kelapa, ataupun oralit). Apabila penderita tidak bisa minum karena adanya luka di mulut, maka penderita perlu diberi cairan infus ;

- Larutan glukosa 5% dan larutan *Darrow* atau
- Ringers Lactate dan Dextrose 2,5% + NaCl 0,45%

Obat lain yang bisa diberikan adalah antihistamin dengan dosis ;

**Dewasa :**

**Antihistamin (CTM) 3 x 1 tablet/hari atau**

**4 x 1 tablet/hari, selama 3 – 4 hari**

**Apabila demam tinggi, diberi Antipiretik (Parasetamol)**

**3 x 1 tablet 500 mg/hari atau**

**4 x 1 tablet 500 mg/hari**

**Anak-anak : Setengah dosis orang dewasa atau sesuai**

**dengan Berat Badan**

**Penderita SHD harus selalu diawasi perkembangan kesehatannya, jika dalam waktu 2 – 3 hari keadaannya tidak membaik, maka HARUS SEGERA DIRUJUK**

Apabila kulit penderita banyak yang terkelupas, maka dapat diberi (dioles dengan) Levertraan salf. Bila kulit terasa kering bisa dioles dengan minyak kelapa.

Apabila banyak kulit yang terkelupas, terutama di bagian punggung, maka penderita dapat diberi alas daun pisang yang sudah dibersihkan sebagai alas untuk tidur.

## **DIFERENTIAL DIAGNOSIS PENYAKIT KUSTA**

Penyakit kusta banyak rupanya sehingga kadang membingungkan petugas kesehatan, sehingga muncul istilah : *Leprosy is a great imitator*. Petugas kesehatan harus mengetahui kemiripannya (*Differential Diagnosis*). Yang terpenting untuk membedakan penyakit kusta dan penyakit kulit lainnya adalah penyakit kusta mempunyai tanda utama yang dikenal dengan *Cardinal Signs*.

## Differential Diagnosis



### **BERCAK TANDA LAHIR ( Nevus hypopigmentus)**

Bercak hipopigmentasi berat, rata, berbentuk tidak teratur. Mungkin mirip kusta *indeterminate* tetapi lesi ini telah ada bertahun-tahun. Tidak ditemukan tanda-tanda kusta.

## Differential Diagnosis



### **LEUKODERMA**

Beberapa bercak hipopigmentasi tidak hanya pada wajah tetapi ditemukan juga pada tubuh/dada dan punggung dan anggota gerak/ekstremitas. Pada bercak tidak ditemukan mati rasa, tidak ada pembesaran saraf tepi, dan tidak ditemukan kuman kusta pada sediaan kerokan jaringan kulit. Pada orang Afrika /berwarna kulit gelap, semua penyakit kulit mungkin akan menyebabkan hipopigmentasi.

## Differential Diagnosis



### **TINEA FASIALIS (RINGWORM)**

Bercak bulat bersisik ringan dengan batas tegas. Mungkin mirip kusta tuberkuloid, terutama bila ditemukan pada wajah dan hasil pemeriksaan sensibilitas sulit diinterpretasikan. Pada tinea ditemukan sisik dan rasa gatal. Sisik amat jelas pada tepi lesi. Pada kerokan dari sisk ditemukan elemen jamur. Jika ragu-ragu, berikan obat anti-jamur topikal.

## Differential Diagnosis



### **TINEA FASIALIS (RINGWORM)**

Lesi tunggal berbatas tegas dengan skuama/sisik, krusta/keropeng, dan vesikel/lepuh di bagian tepi, sedangkan bagian tengahnya cenderung menyembuh. Amat gatal. Tidak ada tanda-tanda kusta.

## Differential Diagnosis



### **TINEA KRURIS (RINGWORM)**

Bercak luas, dengan bentuk tidak teratur, berskuama/bersisik, berbatas tegas pada bokong. Perhatikan batas lesi yang tegas/jelas dan sisik yang paling jelas pada bagian tepinya.

## Differential Diagnosis



### **TINEA VERSIKOLOR**

Merupakan infeksi kulit yang amat sering ditemukan di daerah tropis. Bentuknya yang berupa bercak hipopigmentasi luas dengan sisik halus seperti bubuk, tersebar di ekstremitas, leher dan tubuh, jarang menyulitkan dalam menegakkan diagnosis. Tinea versikolor sering ditemukan bersamaan dengan kusta.

## Differential Diagnosis



### **EKSANTEMA FIKSTUM**

Bercak datar berwarna gelap/hiperpigmentasi, multipel. Sering ditemukan pada orang Afrika /wana kulit gelap dan terutama karena intoleransi obat. Penyebab bermacam-macam obat, termasuk DDS. Lesi timbul kembali ditempat yang sama (menetap) bila terpajan obat yang dicurigai sebagai penyebab. Hiperpigmentasi bukan merupakan gambaran kusta.

## Differential Diagnosis



### **DERMATITIS SEBOROIK**

Lesi hipopigmentasi yang gatal. Perhatikan keterlibatan daerah skalp berambut dan daerah belakang telinga. Gambaran lesi yang khas, letaknya, dan tidak ada tanda kardinal kusta membedakannya dari kusta.

## Differential Diagnosis



### **PITIRIASIS ROSEA**

Pityriasis rosea merupakan penyakit yang relatif sering ditemukan di Afrika. Lesi kecil, lonjong, sedikit meninggi, mengikuti garis lipatan kulit. Pada permukaannya ditemukan sisik halus. Ada rasa gatal, kadang-kadang sangat berat..Biasanya menghilang spontan dalam beberapa minggu. Adanya bentuk lesi yang distribuasinya khas, bersisik ringan, tanpa kehilangan sensibilitas, BTA (basil tahan asam) negatif dan sifat penyakit yang swa-sirna (menghilang sendiri), membedakannya dengan kusta.

## Differential Diagnosis



### **LIKEN PLANUS**

Liken planus merupakan penyakit yang relatif sering ditemukan di Afrika. Biasanya berbentuk papul coklat kebiruan atau keabu-abuan, rata, biasanya multipel dan cenderung menyatu. Sangat gatal. Tidak ditemukan tanda-tanda kusta.

## Differential Diagnosis



### **SARKOMA KAPOSI**

Bentuk neoplasma ini sering ditemukan, terutama di Afrika Tengah. Bentuknya berupa beberapa nodus vaskuler yang mudah berdarah, kebiruan, dan keras. Sarkoma Kaposi dapat ditemukan pada penderita AIDS. Paling sering mengenai tangan dan kaki. Pada gambar ini tampak beberapa nodus pada lengan bawah. Tidak ditemukan pembesaran saraf tepi, mati rasa, maupun kuman kusta pada pemeriksaan kerokan jaringan kulit.

## Differential Diagnosis



### **NEUROFIBROMATOSIS**

Tumor nodular dan bertangkai. Tumor lunak dan ukurannya bermacam-macam. Hanya tumor tanpa tangkai dan kecil yang perlu dibedakan dengan nodus pada kusta tipe LL/lepromatosa. Sediaan kerokan dari nodus yang hasilnya negatif membedakannya dari kusta. Tidak ada tanda-tanda kusta lainnya.

## Differential Diagnosis



*Tinea Imbrikata*/kaskado cukup banyak kasus di tanah Papua .Gejalanya sangat gatal berbentuk seperti ukiran/ lukisan batik, bersisik ,sebagian bercak putih pada daerah yang menyembuh atau bekas inflamasi tetapi bercak tersebut tidak mati rasa.

## Differential Diagnosis



Bercak kusta yang mati rasa kadang bersama dengan penyakit kulit lainnya oleh karena itu selain tes mati rasa dengan kapas, perlu perabaan penebalan syaraf tepi

## Bab II

### Frambusia / Yaws/Boba/Patek

Penyakit yang disebabkan oleh kuman *Treponema Pertenu* yang terutama menyerang kulit, jaringan lunak, tulang dan tulang rawan yang apabila berjalan kronis dan tidak diobati dapat menimbulkan kecacatan. Cara penularan : berasal dari cairan eksudat atau serum dari luka borok yang sakit, kontak langsung dari kulit ke kulit, kontak melalui alat, alat rumah tangga dan keluarga, ASI dari ibu ke anak. Masa inkubasi frambusia adalah : 9-90 hari atau rata-rata 3 minggu. Obat pilihan pada penyakit Frambusia adalah : Benzanthine Peniciline injeksi yaitu : 0-14 tahun : 600.000 IU (2ml) dan > 14 tahun: 1.200.000 IU (4ml). Obat pilihan lain per oral adalah single dose Azitromicin 30 mg/kg BB (max 2 gram). Penyakit Frambusia terjadi didaerah yang miskin dengan kebersihan perorangan yang jelek, di daerah pedalaman/sulit dijangkau (*end of the road*). Luka frambusia juga mempunyai bau yang khas. Pemeriksaan dengan RDT (Rapid Diagnosis Test) uji serologis digunakan untuk diagnosis maupun konfirmasi. Dalam eradikasi Frambusia di satu wilayah kantong (desa/kampung) pentingnya cakupan penduduk 100%.

Cara pemberian Azithromicin :

Umur (tahun)	Dosis	Cara pemberian	Lama pemberian
2-5 tahun	500 mg 1x sehari	Oral	Dosis tunggal
6-9 tahun	1000 mg 1x sehari	Oral	Dosis tunggal
10-15 tahun	1500 mg 1 x sehari	Oral	Dosis tunggal
16-69 tahun	2000 mg 1 x sehari	Oral	Dosis tunggal

## Frambusia



Luka borok yang meninggi (krusta papiloma) bokong pada yang khas pada frambusia

## Frambusia



Luka berbentuk krusta papilomata ( yang khas pada frambusia)

## Frambusia



Frambusia di daerah pedalaman

## Frambusia dan Kecacatan



Kerusakan tulang rawan pada hidung akibat Frambusia. Pasien sudah disuntik dengan Benzantine Penisiline.

**Frambusia dapat disembuhkan**



Sebelum penyuntikan Benzantim Penisilin



15 hari setelah Penyuntikan

## Bab III

### Filariasis / Kaki Gajah

Filariasis merupakan penyakit terabaikan yang dapat menyebabkan kecacatan oleh karena terjadi penyumbatan cacing filariasis dan pembentukan jaringan ikat yang menyumbat saluran limfa. Cacing microfilaria dibawa oleh berbagai macam jenis nyamuk dan menularkan kepada orang lain. Microfilaria dapat berkembang menjadi dewasa dan menyumbat dipembuluh limfe. Jenis cacing filaria di daerah Papua adalah dominan species *Wuchereria bancrofti*. Obat pilihan dalam pemberantasan ini adalah Albendazole dan DEC (*Diethyl Carbamazin Cytrate*). Minum obat dilakukan di depan petugas kunci sukses pengobatan dalam Pengobatan Masal (MDA) yang dilakukan sekali setahun berturut-turut selama 5 tahun . Sedangkan kasus kronis dilanjutkan DEC 3x1 selama 12 hari. Filariasis menyebabkan penderita kurang produktif, stigma/rendah diri, bahkan pada sebahagian kasus pada laki-laki menyebabkan sterilitas/impotensi.

Cara pemberian obat berdsarkan kelompok umur

Kelompok Umur (tahun)	DEC(100 mg tablet)	Albendazole (400 mg tablet)	Paracetamol (500 mg tablet)
2-5	1	1	0,25
6-14	2	1	0,5
➤ 14	3	1	1

## Filariasis



Pada stadium awal (stadium 1 -3) gejala pembesaran kelenjar limfe yang dapat hilang jika diobati. Pada pemeriksaan darah jari ditemukan cacing microfilaria

## Filariasis



Stadium lanjut dengan kerusakan yang permanen pada kaki dan alat kelamin.

## Filariasis



Kerusakan pada scrotum/hidrokel dan payudara. Pada perabaan hidrokel agak keras seperti bola dibandingkan hernia.

## Filariasis



Kerusakan alat reproduksi wanita (pembengkakan vulva) dan pria (pembesaran scrotum)



Infeksi sekunder termasuk infeksi jamur pada kaki gajah.

## Bab IV

### Cysticercosis

Cysticercosis adalah infeksi pada manusia dalam stadium larva ((sistiserkus) dari cacing pita *Taenia Solium*. Penyakit bisa memberi gejala klinis berupa gejala syaraf: kejang-kejang, Tekanan Intra Kranial meningkat, nyeri kepala, dapat mengenai jaringan otot dan jaringan lunak lainnya serta mata. Pada masyarakat Pegunungan Tengah Papua yang hidup selalu dekat dengan api, terjadinya **epilepsy** / kejang-kejang menyebabkan banyak **korban luka bakar**. Obat pilihan untuk masalah kecacangan adalah : Prazikuantel (10-15 mg/Kg BB single dose dan Niclosamide (2gr single dose). Cysticercosis penanganan tergantung lokasi kista dan dilakukan di bawah pengawasan oleh rumah sakit . Pengendalian dan pengawasan hewan babi, tersedianya jamban dan penyuluhan memasak makanan dengan baik perlu dilakukan.

## Cysticercosis



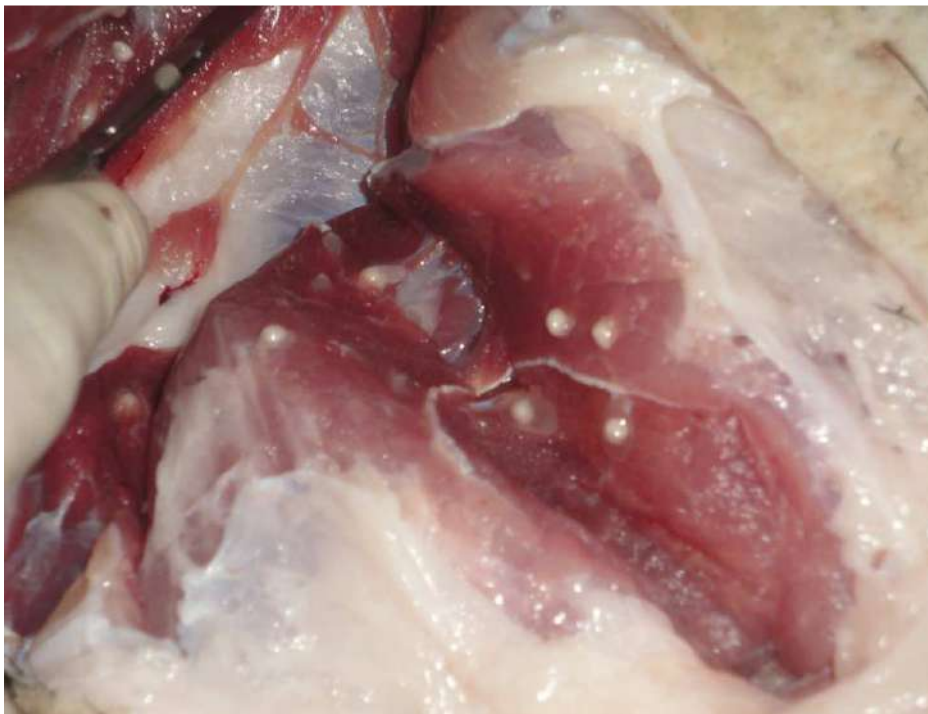
Larva cacing pita yang melekat pada jaringan otot atau dibawah kulit

## Cysticercosis



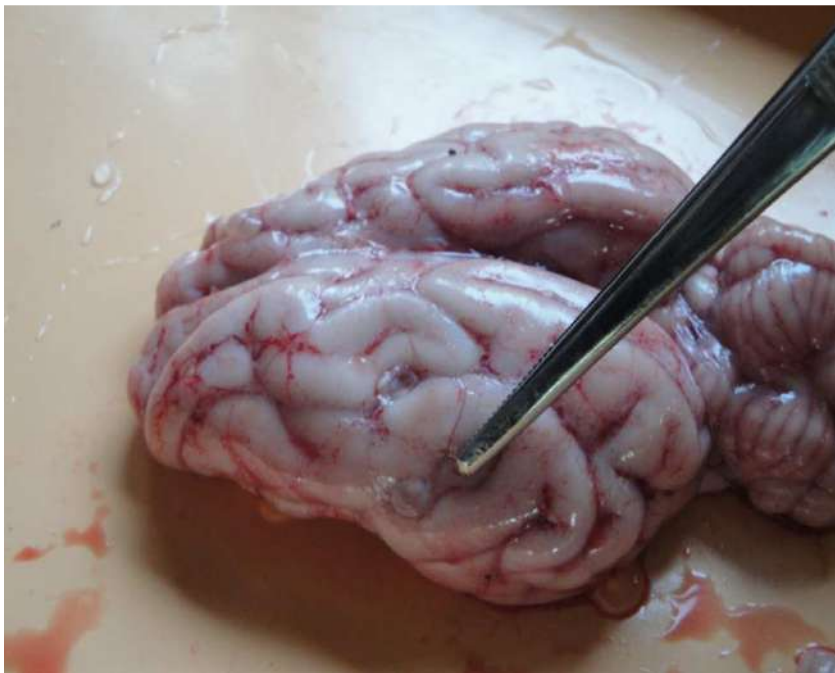
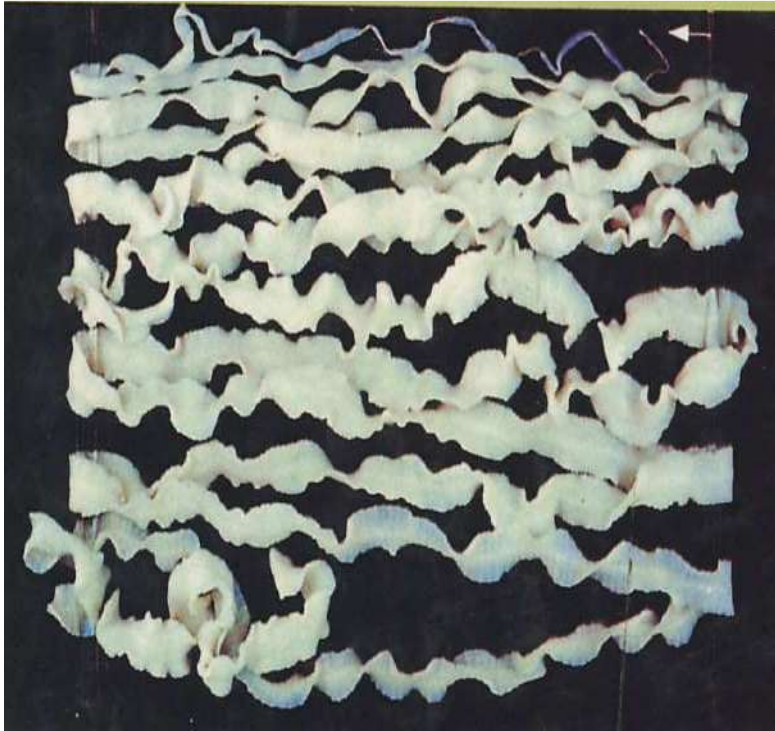
Larva /kista yang ditemukan pada mata dan lidah manusia

## Cysticercosis



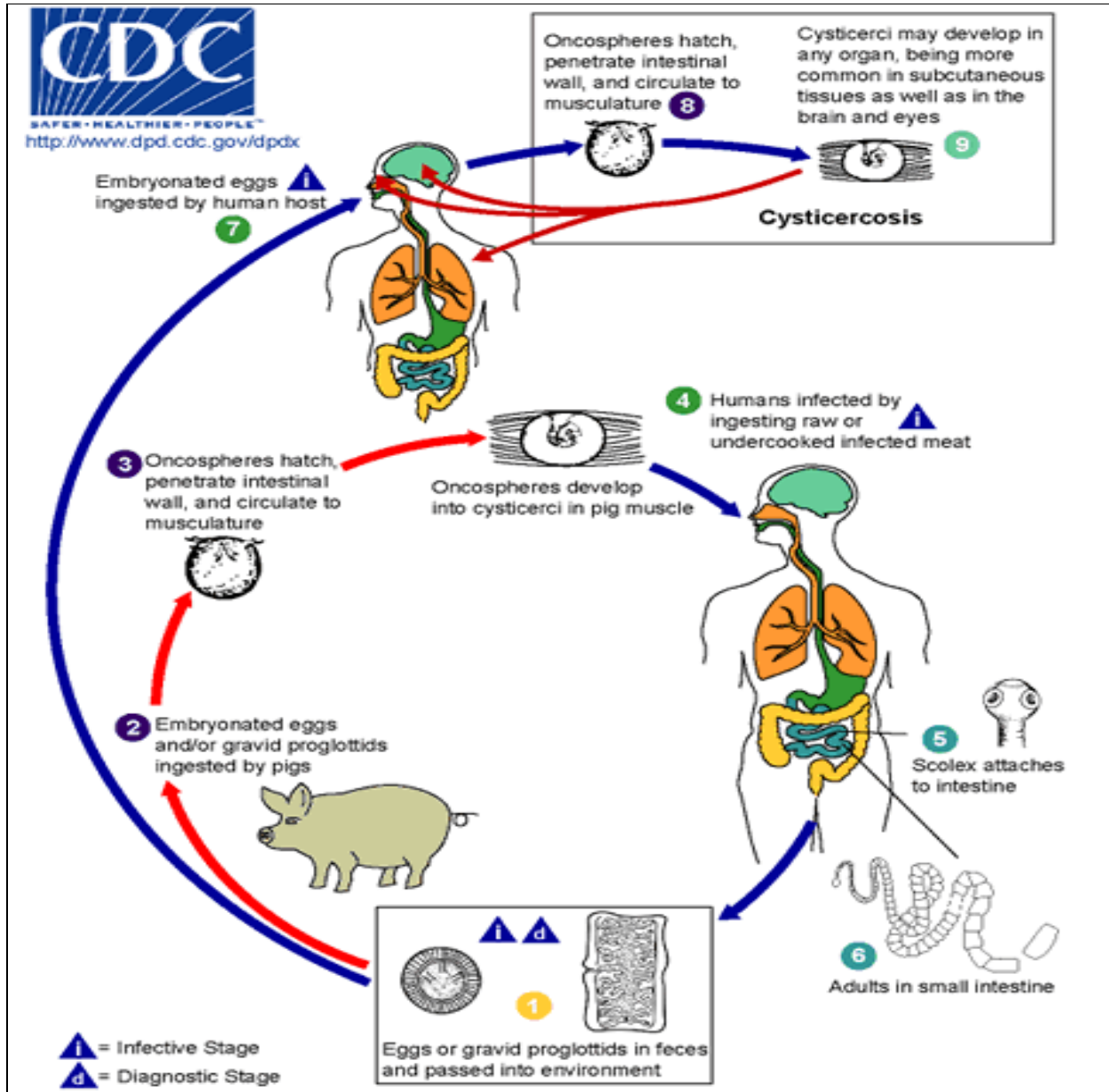
Larva cacing pita /cisticercus ditemukan pada babi yang sakit

## Cysticercosis



Gambar di atas cacing pita dewasa dan gambar di bawah kista yang terdapat pada otak babi

## Siklus Cysticercosis



Infeksi kista berasal dari memakan daging babi yang tidak dimasak dengan baik. Kista dapat berkembang menjadi cacing dewasa dan kista /larva bisa terlihat pada otot manusia, mata, bahkan otak yang dapat menyebabkan kejang-kejang /epilepsy

### **Referensi:**

Sebagian besar foto dalam buku ini adalah koleksi pribadi dr Arry Pongtiku dan beberapa foto filariasis dan cysticercosis diperoleh dari I Made Gapar , dr. I Kadek Swastika dan dr Gunawan, dr Sri Wahyuni, MPH (tabel penanganan reaksi Kusta). Khususnya pada bagian : Diferensial Diagnosis Kusta sebagian besar gambar berasal dari buku terjemahan Atlas Kusta di Afrika (*Leprosy in Africans*) ILEP Publikasi 2003 dan isi materi adaptasi Buku Pedoman Kusta Nasional dari Kementrian Kesehatan RI.