

**PREVALENSI DAN KARAKTERISTIK PASIEN MORBUS HANSEN TIPE MULTIBASILER YANG MENDAPAT TERAPI *CLOFAZIMINE, OFLOXACIN, DAN MINOCYCLINE*(COM)DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH PERIODE JANUARI – DESEMBER 2014**

**Hans Nuari<sup>1</sup>, I Gusti Ketut Darmada<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana**

**<sup>2</sup>Bagian Kulit dan Kelamin RSUP Sanglah Denpasar**

**ABSTRAK**

Morbus Hansen (MH) atau kusta adalah penyakit infeksi kronis yang masih merupakan masalah kesehatan dunia, termasuk Indonesia yang menduduki peringkat ketiga dunia dengan prevalensi kasus baru multibasiler (MB) terbanyak. Akhir-akhir ini, ditemukan banyak pasien MH yang tidak dapat diberikan terapi *Rifampicin* sebagai terapi standar WHO. Terapi alternatif yang diberikan adalah *Clofazimine, Ofloxacin, dan Minocycline* (COM). Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui prevalensi penyakit MH, MH tipe MB, dan MH tipe MB dengan terapi COM beserta karakteristiknya di RSUP Sanglah tahun 2014. Dengan harapan dapat bermanfaat sebagai rujukan akan optimalisasi pengobatan penyakit MH di pusat kesehatan. Metode penelitian ini adalah deskriptif. Didapatkan sejumlah 107 pasien MH yang berkunjung ke RSUP Sanglah tahun 2014, dominan lelaki dan berusia 16-35 tahun. Dari keseluruhan, sebanyak 88,8% merupakan pasien tipe MB, dan 4,2% dari total pasien tipe MB mendapat terapi COM. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai dasar penelitian deskriptif atau analitik lebih lanjut.

**Kata kunci:** Morbus Hansen, Lepra Multibasiler, *Clofazimine, Ofloxacin, Minocycline*

**PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF MULTIBACILLARY HANSEN'S DISEASE PATIENTS WITH *CLOFAZIMINE, OFLOXACIN, AND MINOCYCLINE* (COM) THERAPY IN SANGLAH GENERAL HOSPITAL JANUARY– DECEMBER 2014**

**ABSTRACT**

*Hansen's Disease (HD) or leprosy is a chronic disease which is still becoming a global health problem, including Indonesia, which ranks third in the world with the most prevalent new multibacillary (MB) cases. Lately, it has been found that many patients cannot be given Rifampicin as standard WHO therapy. Alternatively, they have been given Clofazimine, Ofloxacin and Minocycline (COM). This study was conducted to determine the prevalence of the HD, multibacillary (MB) HD, and MB HD with COM therapy and their characteristics in Sanglah Hospital at 2014. Hopefully this study could be useful as a reference to optimize the treatment of MH disease at health centers. The research is a descriptive study. Of the total 107 HD patients who visited Sanglah Hospital in 2014, the dominant sex was male and the dominant age was between aged 16-35 years. Of the total, 88.8% were patients with MB HD and 4.2% of MB patients treated with COM. Overall, Results of this study are expected to be used as a base for further descriptive or analytical research.*

**Keywords:** Morbus Hansen, Multibacillary Leprosy, *Clofazimine, Ofloxacin, Minocycline*

## PENDAHULUAN

Morbus Hansen (MH) atau kusta adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*. MH sebenarnya tidak terlalu mudah ditularkan.<sup>1</sup> Akan tetapi, MH sangat berkaitan dengan stigma buruk pada masyarakat yang menyebabkan pengucilan penderita.<sup>2</sup> Selain itu, deteksi dan pemberantasan penyakit yang tidak mudah menyebabkan prevalensi penyakit MH cenderung tetap tinggi dan masih merupakan masalah kesehatan di dunia.<sup>2</sup>

Pada pertengahan tahun 2014, data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa terdapat 180.618 kasus MH di 102 negara dengan jumlah kasus baru pada tahun 2013 sebanyak 215.656 kasus. Dari negara-negara yang berkontribusi besar pada jumlah kasus baru tersebut, Indonesia termasuk ke dalamnya dan menduduki peringkat ketiga setelah India dan Brasil.<sup>3,4</sup> Terdapat peningkatan kasus baru setiap tahunnya yang cukup drastis dari tahun 2005 sampai 2011.<sup>5</sup> Di Indonesia sendiri pada tahun 2013, tercatat 16.856 kasus MH.<sup>3</sup>

WHO membagi MH menjadi dua tipe besar, yaitu Pausibasiler (PB) dan Multibasiler (MB) sebagai pedoman pengobatan.<sup>6,7</sup> Kepustakaan

yang membahas MH menunjukkan bahwa penyakit MH tipe MB di kawasan Asia lebih banyak diderita oleh lelaki dibandingkan perempuan dengan perbandingan 1,5 : 1. Walaupun MH diderita hampir di seluruh rentang usia, sebagian besar kasus muncul di daerah endemis sebelum usia 35 tahun.<sup>6</sup>

Pengobatan MH yang sekarang diterapkan adalah *multi drug therapy* (MDT). MDT efektif dalam mengurangi prevalensi dan resistensi obat.<sup>8</sup> Namun, tidak semua pasien dapat diberikan MDT standar. Padahal, MDT standar merupakan regimen yang paling efektif dalam pengobatan MH, terutama dalam hal ini *Rifampicin* dengan sifatnya yang bakterisidal.

Terapi alternatif harus diberikan pada pasien MH tipe MB yang tidak dapat diberikan terapi *Rifampicin* oleh karena infeksi *Rifampicin-resistant leprosy*, alergi, atau penyakit hepatitis kronis, yang akan dibahas lebih lanjut dalam penelitian ini. Terapi alternatif yang diberikan atas indikasi tersebut adalah *Clofazimine*, *Ofloxacin*, dan *Minocycline* (COM).<sup>9</sup> Data karakteristik pasien MH berdasarkan indikasi pemberian terapi COM ini penting untuk upaya pencegahan resistensi antibiotik dan penatalaksanaan terapi.<sup>5</sup>

## **METODE**

Penelitian ini dilakukan di rumah sakit kelas A yaitu Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah yang terletak di Jalan Diponegoro, Denpasar. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif untuk mengetahui prevalensi dan karakteristik pasien MH tipe MB yang mendapat terapi COM di RSUP Sanglah periode Januari-Desember 2014.

Kriteria sampel penelitian ini adalah pasien MH tipe MB yang tidak dapat diberikan *Rifampicin* dan mendapat terapi COM, dengan beberapa kondisi seperti: pasien mengalami infeksi *Rifampicin-resistant leprosy* (pasien dengan infeksi ini tidak memberikan respon terhadap terapi MDT standar WHO untuk MH tipe MB), pasien alergi terhadap *Rifampicin* berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik, dan pasien didiagnosis menderita penyakit hepatitis kronis berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan laboratorium SGOT dan SGPT (peningkatan di atas batas normal). Pengambilan sampel ditentukan dengan metode *total sampling*, yaitu teknik penentuan sampel dengan mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel.<sup>10</sup>

Data diambil secara manual dari rekam medis pasien MH yang mendapatkan pengobatan di Poliklinik

Kulit dan Kelamin RSUP Sanglah. Data diolah secara manual dan dilaporkan dalam bentuk tabel dan diberi narasi tanpa uji statistik.

## **HASIL**

Total jumlah pasien MH yang dilaporkan sebanyak 107 pasien. Pasien MH tipe MB dengan terapi COM dilaporkan sebanyak 4 pasien.

### **Karakteristik Pasien MH**

Berdasarkan data yang diperoleh, dari 107 pasien MH, pasien MH tipe MB (88,8%) berjumlah lebih banyak dari pasien PB (11,2%). Didapatkan data terbanyak pasien MH tipe BL (54,2%) dan paling sedikit tipe I (0,9%). Berdasarkan jenis kelamin, jumlah total lelaki (68,2%) lebih banyak dibandingkan perempuan (31,8%). Pasien lebih banyak ditemukan dalam kategori usia 16-35 tahun (55,1%). Pasien yang berkunjung kebanyakan merupakan pasien lama (62,6%).

### **Karakteristik Pasien MH Tipe MB**

Pasien MH tipe MB dominan lelaki (68,4%). Pasien lebih banyak tergolong dalam kelompok usia 16-35 tahun (54,7%). Hanya 4,2% dari seluruh pasien MH tipe MB mendapat terapi COM. Kunjungan pasien didominasi pasien lama (65,3%).

### **Karakteristik Pasien MH Tipe MB dengan terapi COM**

Pasien MH tipe MB dengan terapi COM lebih banyak didiagnosis dengan MH tipe BT dengan BTA positif (50%). Pasien didominasi laki-laki (75%) dan paling banyak tergolong dalam usia 16-35 tahun (75%). Seluruh pasien MH tipe MB diberikan terapi COM karena mengalami alergi terhadap *Rifampicin*. Pasien yang berkunjung kebanyakan merupakan pasien baru

(75,0%). Onset alergi setelah pemberian *Rifampicin* bervariasi, yaitu 2 minggu, 1 bulan, 1,5 bulan, dan 3 bulan. Keempat pasien menunjukkan gejala reaksi alergi obat makulopapuler, seorang pasien laki-laki dicurigai menderita *Steven Johnson Syndrome* (SJS). Prevalensi kasus MH tipe MB dengan terapi COM di RSUP Sanglah adalah 4/95 atau 0,42/1000 pasien MH tipe MB.

Tabell. Karakteristik Pasien MH di RSUP Sanglah Tahun 2014

Karakteristik	Jenis Kelamin		Total
	Lelaki	Perempuan	
<b>Tipe MH (N=107)</b>			
- MB (N=95)			
- LL	5 (100,0%)	0 (0,0%)	5 (4,7%)
- BL	44 (75,9%)	14 (24,1%)	58 (54,2%)
- BB	10 (47,6%)	11 (52,4%)	21 (19,6%)
- BT (BTA +)	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (10,3%)
- PB (N=12)			
- BT (BTA -)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6 (5,6%)
- TT	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (4,7%)
- I	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)
<b>Usia (N=107)</b>			
- <1 tahun	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
- 1-15 tahun	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (4,7%)
- 16-35 tahun	38 (64,4%)	21 (35,6%)	59 (55,1%)
- 36-50 tahun	15 (78,9%)	4 (21,1%)	19 (17,8%)
- >50 tahun	17 (70,8%)	7 (29,2%)	24 (22,4%)
<b>Kunjungan (N=107)</b>			
- Pasien baru	29 (72,5%)	11 (27,5%)	40 (37,4%)
- Pasien lama	44 (65,7%)	23 (34,3%)	67 (62,6%)
<b>Total</b>	<b>73 (68,2%)</b>	<b>34 (31,8%)</b>	<b>107 (100,0%)</b>

Tabel 2. Karakteristik Pasien MH tipe MB di RSUP Sanglah Tahun 2014

Karakteristik	Jenis Kelamin		Total
	Lelaki	Perempuan	
<b>Usia (N=95)</b>			
- <1 tahun	0 (0%)	0 (0%)	0 (0,0%)
- 1-15 tahun	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (3,2%)
- 16-35 tahun	34 (65,4%)	18 (34,6%)	52 (54,7%)
- 36-50 tahun	13 (76,5%)	4 (23,5%)	17 (17,9%)
- >50 tahun	16 (69,6%)	7 (30,4%)	23 (24,2%)
<b>Terapi (N=95)</b>			
- COM	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (4,2%)
- Standar WHO	62 (68,1%)	29 (31,9%)	91 (95,8%)
<b>Kunjungan (N=95)</b>			
- Pasien baru	24 (72,7%)	9 (27,3%)	33 (34,7%)
- Pasien lama	41 (66,2%)	21 (33,8%)	62 (65,3%)
<b>Total</b>	<b>65 (68,4%)</b>	<b>30 (31,6%)</b>	<b>95 (100%)</b>

Tabel 3. Karakteristik Pasien MH tipe MB dengan terapi COM di RSUP Sanglah Tahun 2014

Karakteristik	Jenis Kelamin		Total
	Lelaki	Perempuan	
<b>Tipe MH (N=4)</b>			
- LL	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
- BL	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)
- BB	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (25,0%)
- BT (BTA +)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (50,0%)
<b>Usia (N=4)</b>			
- <1 tahun	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
- 1-15 tahun	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
- 16-35 tahun	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (75,0%)
- 36-50 tahun	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
- >50 tahun	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)
<b>Indikasi Terapi COM</b>			
- Infeksi <i>Rifampicin-resistant leprosy</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
- Alergi <i>Rifampicin</i>	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100,0%)
- Penyakit hepatitis kronis	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Kunjungan (N=4)</b>			
- Pasien baru	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (75,0%)
- Pasien lama	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)
<b>Total</b>	<b>3 (75,0%)</b>	<b>1 (25,0%)</b>	<b>4 (100%)</b>

## PEMBAHASAN

Menurut data tahun 2014, Indonesia menempati urutan ketiga dunia dengan prevalensi kasus baru MH terbanyak.<sup>3,4</sup> Jawa Timur merupakan provinsi dengan prevalensi MH terbanyak di Indonesia.<sup>11</sup> Prevalensi kasus MH di Provinsi Bali sebetulnya tidaklah terlalu tinggi dan memenuhi standar Nasional tahun 2014 (kurang dari 5/100.000 penduduk). Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Bali, angka NCDR (New Case Detection Rate) MH untuk Provinsi Bali tahun 2014 adalah 1,66/100.000 penduduk.<sup>12</sup> Namun, letak geografis Provinsi Bali yang bersebelahan dengan Provinsi Jawa Timur amat memungkinkan mobilisasi penduduk dan penyebaran penyakit MH antar provinsi tersebut. Penyakit MH tipe MB, seperti yang banyak dijumpai di Indonesia, lebih menular dibandingkan dengan tipe PB.<sup>13</sup> Penularan dalam lingkup rumah tangga pada MH tipe MB 5-14 kali lebih menular dibandingkan tipe PB.<sup>14</sup> Banyaknya kasus MH yang tidak terdeteksi memungkinkan pencatatan yang tidak akurat.

Sebanyak 40 dari 107 pasien yang didata merupakan pasien baru (kasus MH baru). Dominasi kunjungan oleh pasien lama dapat dikarenakan

lama pengobatan penyakit MH yang tidaklah singkat. Regimen MDT untuk PB diberikan selama 6-9 bulan. MDT untuk MB diberikan selama minimal 12 bulan. Untuk pasien MH tipe MB dengan terapi COM, regimen COM harus diberikan selama 6 bulan, dilanjutkan dengan *Clofazimine* ditambah *Ofloxacin* atau *Minocycline* selama 18 bulan. Pengobatan yang membutuhkan waktu berbulan-bulan sampai bertahun-tahun inilah yang membuat pasien lama diharuskan kontrol secara teratur.

Diagnosis penyakit MH yang dilakukan di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Sanglah didasarkan atas gambaran klinis, bakterioskopis dan histopatologis. Klasifikasi MH yang digunakan adalah klasifikasi Ridley-Jopling (TT, Ti, BT, BB, BL, Li, dan LL) dan klasifikasi WHO (MB dan PB).<sup>15,16</sup>

Berdasarkan data yang diperoleh, mayoritas pasien yang berkunjung adalah pasien MH tipe MB (88,8%), jauh lebih banyak dibandingkan tipe PB (11,2%). Hal ini sejalan dengan data sebelumnya di Provinsi Bali tahun 2013 dengan jumlah pasien MH tipe MB mendominasi keseluruhan pasien MH (89,29%). Pasien PB di Provinsi Bali hanya mencakup 9 dari total 84 orang pasien

MH.<sup>17</sup> Data persentase pasien MH tipe MB dari penelitian ini menunjukkan angka yang sedikit lebih tinggi (lebih tinggi 5.9%) apabila dibandingkan dengan data Dinas Kesehatan Provinsi Bali tahun 2013.

Penelitian sebelum yang serupa di Manado juga menjelaskan bahwa jumlah pasien MH tipe MB (89,3%) mendominasi keseluruhan pasien MH yang berkunjung ke RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou.<sup>18</sup> Data tersebut hampir menyerupai data yang penulis telaah di RSUP Sanglah Denpasar, sedikit lebih tinggi sebesar 0,5%. Data dari penelitian serupa di negara lain, India Selatan, pada tahun 2011-2012 juga menjelaskan hal serupa, dengan persentase pasien MH tipe MB dari total pasien MH sebesar 54,3%.<sup>19</sup> Perbedaan dapat terjadi disebabkan oleh penelitian yang tidak dilakukan dalam rentang waktu, wilayah, dan cakupan yang sama.

Karakteristik berikutnya yang akan dibahas adalah jenis kelamin. Pada penelitian ini, didapatkan hasil bahwa jumlah total pasien MH lelaki (68,2%) lebih banyak dibandingkan perempuan (31,8%), dengan perbandingan 2,1 : 1. Pada pengelompokan pasien MH berdasarkan kriteria WHO, ditemukan distribusi pada pasien MH tipe MB juga demikian, lebih banyak lelaki (68,4%).

Dalam pengelompokan yang lebih spesifik, pada pasien MH tipe MB dengan terapi COM, juga didominasi oleh pasien lelaki dengan perbandingan lelaki dan perempuan sebesar 3 : 1.

Terdapat beberapa penelitian sebelumnya yang menunjukkan perbandingan yang berbeda pada distribusi jenis kelamin pada penyakit MH. Namun, secara umum dikatakan bahwa lelaki lebih banyak menderita MH dibandingkan perempuan.

Pada kenyataannya, MH terdapat di mana-mana, terutama di Asia, Afrika, Amerika Latin, daerah tropis dan subtropis, serta masyarakat yang sosial ekonominya rendah.<sup>20</sup> Berdasarkan data dari penelitian oleh Varkevisser, pasien MH lebih banyak berjenis kelamin lelaki pada wilayah Asia.<sup>21</sup> Hal ini dipertegas oleh literatur serupa oleh James yang menyatakan bahwa prevalensi penyakit MH tipe MB di kawasan Asia lebih banyak diderita oleh lelaki dibandingkan perempuan dengan perbandingan 1,5 : 1.<sup>6</sup> Literatur oleh Bhat juga menyatakan jumlah pasien MH lelaki (54,35%) melampaui perempuan (45,65%).<sup>19</sup> Berdasarkan literatur oleh Tiwow, juga diungkapkan hal serupa, dengan persentase pasien lelaki sebesar 64,3%, perbandingan lelaki dan perempuan sebesar 1,8 : 1.<sup>18</sup>

Apabila dilihat dari data perbandingan jumlah lelaki dan perempuan pada semua pengelompokan yang dibuat, maka angka dan persentase yang diperoleh penulis lebih tinggi dibandingkan data yang diperoleh oleh James, yang pada literturnya melibatkan banyak negara di dunia (Asia dan Afrika).<sup>6</sup> Apabila dibandingkan dengan data penelitian serupa oleh Tiwow pada tahun 2013 di Manado, yang secara letak geografis terletak di dalam kawasan Indonesia bagian tengah, sama seperti Bali, persentase total pasien MH lelaki yang diperoleh penulis di RSUP Sanglah melebihi persentase yang didapat oleh Tiwow (lebih besar 3,9%).

Varkevisser dalam penelitiannya juga melibatkan negara-negara di luar Asia seperti Nigeria dan Brazil. Hasil penelitian di kedua negara ini menunjukkan hasil yang berkebalikan, perempuan lebih banyak menderita MH dibandingkan lelaki. Rasio lelaki dan perempuan di Nigeria adalah sebesar 0,87 dan di Brazil sebesar 0,99.<sup>21</sup>

Pasien MH tipe MB didominasi lelaki (75%), sesuai dengan penelitian oleh Maia dan sejawat di Brazil, dengan persentase lelaki sebesar 80,9% (lebih tinggi).<sup>22</sup> Penelitian oleh Maia di Brazil tersebut tidak sesuai dengan penelitian Varkevisser.

Perbedaan dalam rasio lelaki dan perempuan dalam hal ini dapat disebabkan oleh karena faktor genetik, tempat, dan waktu penelitian.<sup>20</sup> Ketidaksetaraan perbandingan tersebut juga dapat disebabkan oleh faktor budaya, sosial, dan pendidikan masyarakat, seperti yang terjadi pada masyarakat Nepal.<sup>21</sup> Faktor sosial budaya diyakini berpengaruh dalam proses pengambilan keputusan dalam keluarga, contohnya dalam hal berobat. Hal ini relevan dengan masyarakat Indonesia, yang secara umum menganut budaya patriarkisme dalam keluarga. Masyarakat Bali juga menganut budaya yang sama, lebih mengedepankan kaum lelaki dibandingkan perempuan. Penelitian yang dilakukan oleh Widayani menjelaskan bahwa terdapat pemahaman ketidaksetaraan atau ketidakadilan gender berdasarkan persepsi masyarakat terhadap budaya patriarki.<sup>23</sup> Dalam Kurniawati, dikatakan bahwa sistem patrilineal melalui konsep purusa yang mengutamakan lelaki juga dipengaruhi oleh agama Hindu.<sup>24</sup> Selain itu, lelaki juga cenderung lebih aktif dan banyak melakukan mobilisasi, memungkinkan tingginya prevalensi MH pada lelaki.

Faktor sosial budaya, dalam hal ini gender, seringkali mempengaruhi atau berkaitan erat dengan sosial



ekonomi masyarakat dan keluarga. Faktor sosial ekonomi juga diyakini memiliki pengaruh, karena menurut literatur, penyakit MH cenderung lebih banyak menyerang masyarakat dengan kelas sosial-ekonomi rendah. Semakin rendah kelas sosial ekonominya, semakin berat penyakitnya. Sebaliknya, kelas sosial ekonomi tinggi membantu penyembuhan.<sup>20</sup> Faktor pendidikan juga sejalan, turut dipengaruhi oleh faktor sosial budaya dan ekonomi masyarakat. Semakin rendah pendidikan masyarakat, maka tingkat kesadaran akan penyakit menjadi kurang.<sup>21</sup> Peran penyuluhan kesehatan sangatlah penting dalam meningkatkan kesadaran masyarakat dan penderita MH untuk berobat.

Dalam karakteristik usia, penulis mengelompokkan usia pasien berdasarkan penelitian sebelumnya dan data epidemiologi yang ada. Usia pasien dikelompokkan menjadi 5 kategori besar, yaitu di bawah 1 tahun, 1-15 tahun, 16-35 tahun, 36-50 tahun, dan di atas 50 tahun. Pada penelitian yang dilakukan oleh penulis di RSUP Sanglah, ditemukan data pasien MH tipe MB terbanyak termasuk ke dalam kelompok usia produktif 16-35 tahun, konsisten pada setiap pengelompokan pasien yang dilakukan oleh penulis.

Hal ini sangatlah berdampak tentunya dalam hal sosial-ekonomi bagi pasien MH. Lelaki berusia 16-35 tahun, seperti telah disebutkan sebelumnya, memiliki peran penting dalam sebuah keluarga. Stigma masyarakat yang buruk akan penyakit MH memperberat beban psikologis pasien MH.

Dari keseluruhan data, tidak ditemukan pasien di bawah usia 1 tahun. Pasien termuda yang didiagnosis MH berusia 5 tahun. Hal ini sejalan dengan kedua literatur sebelumnya oleh Kosasih, et al. dan Tiwow, et al. terutama dalam hal jumlah pasien yang ditemukan di bawah usia 1 tahun. Padahal, usaha pencatatan penderita di bawah 1 tahun penting sekali untuk dicari kemungkinan ada tidaknya MH kongenital.<sup>20</sup> Walaupun kelompok usia dengan frekuensi terbanyak yang digunakan pada penelitian ini dan kedua literatur lainnya berbeda dalam hal rentangnya, namun masih terdapat cakupan usia yang relatif sama untuk ketiganya (25-35 tahun).

Penyakit MH dapat menyerang semua usia, dengan anak-anak lebih rentan dibandingkan orang dewasa. Di Indonesia, penderita anak di bawah usia 14 tahun didapatkan sekitar 11,39%, tetapi untuk anak berusia di bawah satu tahun jarang sekali kasusnya. Frekuensi tertinggi terdapat pada kelompok

usia antara 25-35 tahun.<sup>20</sup> Literatur oleh Tiwow membagi data kelompok usia yang berbeda. Menurut penelitiannya, frekuensi terbanyak didapatkan pada kelompok usia 25-44 tahun (46,4%). Tidak ditemukan pasien MH pada usia 0-4 tahun.<sup>18</sup>

Dasar pengelompokan usia pada penelitian yang dilakukan oleh penulis adalah berdasarkan literatur oleh Bhat pada tahun 2013. Namun, hasilnya berbeda. Bhat menyimpulkan pasien MH terbanyak berusia 36-50 tahun, sementara penelitian oleh penulis menyimpulkan pasien MH terbanyak berusia 16-35 tahun. Kasus MH paling sedikit ditemukan pada usia 0-15 tahun berdasarkan data penulis, berbeda dengan penelitian oleh Bhat, pada kelompok usia di atas 50 tahun. Hal ini dapat dikarenakan penelitian yang dilakukan di tempat yang berbeda, Bhat di India, sementara penulis di Bali, yang memungkinkan adanya perbedaan faktor genetik.

Pasien MH tipe MB di Indonesia normalnya akan diberikan terapi regimen MDT berdasarkan rekomendasi WHO, yaitu *Rifampicin*, *Clofazimine*, dan *Dapsone*.<sup>8</sup> Namun, pada pasien MH tipe MB yang tidak dapat diberikan obat *Rifampicin*, maka pasien harus diganti pengobatannya menjadi regimen COM. Obat COM yang diberikan adalah atas

indikasi infeksi *Rifampicin-resistant leprosy* (resisten *Rifampicin*), alergi obat *Rifampicin*, atau memiliki penyakit hepatitis kronis.<sup>9</sup>

Sampai saat ini, MDT rekomendasi WHO, dengan *Rifampicin* sebagai agen bakterisidal, adalah regimen terbaik untuk mengobati MH. Regimen COM sebaiknya hanya digunakan atas indikasinya, karena mempertimbangkan efektifitas terapi yang lebih rendah, harga yang relatif lebih mahal, dan kemungkinan resistensi obat yang lebih tinggi.<sup>8,25</sup>

Empat pasien MH tipe MB diberikan terapi COM di RSUP Sanglah tahun 2014, 3 di antaranya pasien baru, dan semuanya memiliki indikasi yang sama untuk pemberian regimen COM. Semua pasien mengalami alergi terhadap obat *Rifampicin*. Semua pasien memiliki serum SGOT dan SGPT yang normal (*liver function test*: SGOT >40 unit/ml serum, SGPT >56 unit/ml serum), menjadi alasan bahwa pasien tidak menderita penyakit hepatitis kronis.

Alergi *Rifampicin* yang dimaksud adalah reaksi hipersensitivitas terhadap obat *Rifampicin*. Pasien dengan curiga alergi terhadap obat, dalam hal ini *Rifampicin*, dapat diketahui dari gejala klinisnya, seperti mengalami peningkatan kekebalan

tubuh yang abnormal dengan gejala seperti demam, gatal-gatal, urtikaria, ruam kulit, eosinophilia, radang mulut dan lidah, hemolysis, hemoglobinuria, hematuria, atau gagal ginjal akut apabila mengkonsumsi obat *Rifampicin*.<sup>26</sup> Diagnosis alergi obat ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik tanda alergi. Diagnosis dengan tes tempel lebih akurat namun mengandung resiko.

Dari 4 pasien tersebut, 3 pasien mengalami reaksi alergi obat makulopapuler setelah diberikan terapi *Rifampicin*. Pasien lainnya didiagnosis suspek *Steven Johnson Syndrome*, yang menunjukkan gejala alergi obat lebih hebat. Pasien diberikan terapi deksametason (*Cortidex*) dan diganti regimen terapinya dengan COM. Kondisi semua pasien membaik dan tidak lagi menunjukkan gejala alergi.

Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian oleh Maia et al. yang menyebutkan jumlah kasus intoleransi/alergi terhadap *Rifampicin* sebesar 14,3% (3 dari 21 pasien). Sisanya menunjukkan gejala relaps MH, yang dapat disebabkan oleh resistensi bakteri.<sup>22</sup> Perbedaan ini dapat diperkirakan terjadi karena faktor tingginya kasus relaps MH atau resistensi bakteri pada tempat penelitian di Manaus, Brazil.

Onset dari reaksi bervariasi pada pasien, mulai dari 2 minggu sampai 3 bulan. Menurut literatur, alergi *Rifampicin* menimbulkan reaksi *Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms* (DRESS). Reaksi ini muncul dengan onset bervariasi mulai dari 2-8 minggu (60% kasus muncul dalam 4 minggu), namun dapat saja onset muncul setelah itu, yang dapat dikategorikan sebagai *late onset*, seperti contohnya 6 bulan setelah meminum obat.<sup>26</sup> Sebanyak tiga pasien mengalami onset di antara 2-8 minggu, sementara satu pasien lainnya melebihi onset 8 minggu, yaitu 3 bulan (12 minggu). Namun hal tersebut tidaklah abnormal, karena pada dasarnya onset dari suatu alergi obat bervariasi.

Prevalensi kasus MH tipe MB dengan terapi COM di RSUP Sanglah adalah sebesar 0,42/1000 pasien MH tipe MB. Angka tersebut didapat dari rasio jumlah pasien MH tipe MB dengan terapi COM dengan jumlah pasien MH tipe MB. Belum ditemukan studi yang relevan sebagai pembandingan.

Semua data yang diambil di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Sanglah ini pada dasarnya masih belum merepresentasikan keadaan MH di wilayah cakupan RSUP Sanglah, Bali. Hal ini dikarenakan adanya sejumlah kasus yang ditangani di pusat

kehatan lainnya di Bali. Faktor lain yang juga turut berperan adalah stigma masyarakat akan penyakit MH, yang membuat penderita MH dikucilkan oleh masyarakat dan malu untuk berobat.<sup>2</sup> Hal ini turut mengurangi angka prevalensi yang ada.

## **SIMPULAN**

*Rifampicin* dalam regimen MDT WHO tetaplah menjadi anjuran regimen terapi yang terbaik untuk penyakit MH. Namun pada pasien dengan infeksi *Rifampicin-resistant leprosy*, alergi *Rifampicin*, atau memiliki penyakit hepatitis kronis, dapat diberikan regimen COM sebagai pengganti. Dari penelitian yang dilakukan di RSUP

Sanglah periode Januari – Desember 2014 ini dapat ditarik simpulan bahwa jumlah total pasien MH sebanyak 107 pasien, dengan mayoritas lelaki (68,2%), dan mayoritas kelompok usia 16-35 tahun (55,1%). Jumlah pasien MH tipe MB sebanyak 95 pasien, dengan mayoritas lelaki (68,4%), dan kelompok usia mayoritas 16-35 tahun (54,7%). Jumlah pasien MH tipe MB yang mendapat terapi COM adalah 4 pasien, dengan prevalensi sebesar 0,42/1000 pasien, mayoritas lelaki (75,0%), dan mayoritas kelompok usia 16-35 tahun (75,0%). Semua pasien diberikan terapi COM atas indikasi alergi terhadap *Rifampicin*.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Lystiawan Y. Menuju Indonesia Bebas Kusta. Buletin Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit Indonesia. 2013;1(10): 2.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Hari Kusta Sedunia 2015: Hilangkan Stigma! Kusta Bisa Sembuh Tuntas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2015 [diakses 25 September 2015]. Diunduh dari: URL: <http://www.depkes.go.id/article/view/15012300020/hari-kusta-sedunia-2015-hilangkan-stigma-kusta-bisa-semuh-tuntas.html>.
3. World Health Organization. Global Leprosy Update, 2013; Reducing Disease Burden. Weekly Epidemiological Record. 2014;89:389-400.
4. World Health Organization. Progress in Leprosy Control: Indonesia, 1991-2008. Weekly Epidemiological Record. 2010;85:249-264.
5. World Health Organization. Global Leprosy: Update on the 2012 Situation. Weekly Epidemiological Record. 2013;88: 365-380.
6. James WD, Berger T, Elston DM. Andrew's Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. Edisi ke-10. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006.
7. World Health Organization. Leprosy. World Health Organization 2014 [diakses 25 September 2015]. Diunduh dari: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/>.
8. World Health Organization. Drugs Used in Leprosy. Geneva: World Health Organization; 1998.
9. Infectious Disease Epidemiology Section Louisiana Office of Public Health. Infectious Disease Control Manual. Louisiana: Louisiana Dept of Health and Hospitals; 2004.
10. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2009.
11. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2014. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur; 2015.
12. Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Profil Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2014. Denpasar: Dinas Kesehatan Provinsi Bali; 2015.
13. Thorat DM, Sharma P. Epidemiology. Dalam: Kar HK, Kumar B, penyunting. IAL Textbook of Leprosy. Edisi ke-1. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd.; 2010.
14. Andrade ARC, Grossi MA, Sekula SB, Antunes CM. Seroprevalence of ML Flow Test in Leprosy Contacts from State of Minas Gerais, Brazil. Rev. Soc. Medicina Tropical. 2008;41(2):56-59.
15. Rea TH, Modlin RL. Leprosy. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, penyunting. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Edisi ke-7. United States of America: McGraw-Hill Companies; 2008. h. 1786-1797.
16. Depkes RI. Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta. Cetakan XI. Jakarta: Ditjen PPM & PL; 2007.

17. Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Profil Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2013. Denpasar: Dinas Kesehatan Provinsi Bali; 2014.
18. Tiwow PI, Kandou RT, Pandaleke HEJ. Profil Penderita Morbus Hansen (MH) di Poliklinik Kulit dan Kelamin BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari-Desember 2012. *Jurnal E-Clinic*.2014;2:1.
19. Bhat R, Chaitra P. Profile of New Leprosy Cases Attending a South Indian Referral Hospital in 2011-2012. *ISRN Tropical Medicine*. 2013;2013:1-4.
20. Kosasih A. Kusta. Dalam: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, penyunting. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi ke-6. Jakarta: FKUI; 2010.h.73-88.
21. Varkevisser CM, Lever P, Alubo O, Burathoki K, Idawani C, Moreira TM, et al. Gender and Leprosy: Case Studies in Indonesia, Nigeria, Nepal, and Brazil. *Lepra Review*.2009;80: 65-76.
22. Maia MV, Cunha CS, Cunha MGS. Adverse Effects of Alternative Therapy (Minocycline, Ofloxacin, and Clofazimine) in Multibacillary Leprosy Patients in a Recognized Health Care Unit in Manaus, Amazonas, Brazil. *An Bras Dermatol*. 2013;88(2):205-10.
23. Widayani. Kesetaraan dan Keadilan Gender dalam Pandangan Perempuan Bali: Studi Fenomenologis terhadap Penulis Perempuan Bali. *Jurnal Psikologi Undip*. 2014;13(2):149-162.
24. Kurniawati D. Putri: Pemilihan Identitas Sebagai Resistansi terhadap Dominasi Patriarki. Jakarta: Perpustakaan Universitas Indonesia; 2009.
25. Novartis Pharmaceuticals Corporation. Lamprene. Novartis International Package Leaflet 2006 [diakses 25 September 2015]. Diunduh dari: URL: <http://www.fda.gov/lamprene/fdaDruginfo.cfm.htm>.
26. Baldo BA, Pham NH. Drug Allergy: Clinical Aspects, Diagnosis, Mechanisms, Structure-Activity Relationships. Springer [serial online] 2013 [diakses 28 September 2015]. Diunduh dari: URL: <http://www.springer.com/978-1-4614-7260-5>.