

ATLAS KUSTA TERBARU (EDISI REVISI)

Panduan bergambar untuk membantu petugas kesehatan lini pertama dan relawan dalam deteksi, diagnosis, dan pengobatan kusta

SASAKAWA HEALTH FOUNDATION

Tokyo, Jepang

2019

ATLAS KUSTA TERBARU (EDISI REVISI)

Panduan bergambar untuk membantu petugas kesehatan lini pertama dan relawan dalam deteksi, diagnosis, dan pengobatan kusta

SASAKAWA HEALTH FOUNDATION
Tokyo, Jepang
2019

Daftar Isi



Kata Pengantar	1
Diagnosis dan Klasifikasi Kusta.....	3
<i>Multidrug Therapy</i> (MDT) sesuai panduan World Health Organisation	
Ilustrasi MDT untuk kusta multibasiler (MB) dan pausibasiler (PB)	
Kemasan blister berkalender	4

Kusta

6



1. Kusta Pausibasiler (PB)	7
----------------------------------	---

2. Kusta Multibasiler (MB)..... 20

Kusta Neural 30

Reaksi..... 31

Reaksi Tipe 1 (Reaksi Reversal) 32

Reaksi Tipe 2 (ENL) 36

Disabilitas dan Deformitas 38

Kemoprofilaksis 42

Diagnosis Banding

43

(a) Kondisi yang sering terjadi 44

(b) Kondisi yang jarang terjadi 59



Ucapan Terima Kasih70

Referensi dan Bacaan Lanjutan 71

Informasi Penerbit Di halaman belakang



Kusta dapat disembuhkan

dengan *Multidrug Therapy* (MDT), yang juga mencegah disabilitas dan penularan.

Mari kita mendeteksi dan mengobati kusta sejak dini, serta membantu penyandang kusta menjalani kehidupan yang normal

Kata Pengantar

Seiring dengan meurunnya angka kejadian kusta di sebagian besar wilayah dunia, kesempatan untuk menjumpai pasien kusta dan memperoleh keterampilan klinis makin berkurang. Penemuan kasus secara dini sangat penting untuk mengurangi penularan dan mencegah disabilitas. Petugas kesehatan di layanan perifer dan kader kesehatan masyarakat perlu dibekali dengan informasi yang tepat mengenai diagnosis dan pengobatan kusta.

ATLAS KUSTA TERBARU (EDISI REVISI) merupakan panduan bergambar yang disusun untuk membantu tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas. Atlas ini dikembangkan berdasarkan dua edisi sebelumnya yang diterbitkan oleh **Sasakawa Memorial Health Foundation (SMHF*)**, serta disusun dengan bantuan teknis dari **Schieffelin Institute of Health – Research and Leprosy Center**, Karigiri, Tamil Nadu, India, dan **Program Kusta Global WHO**.

ATLAS KUSTA pertama kali diterbitkan pada tahun 1981 dan direvisi pada tahun 1983. Tujuan penerbitannya adalah memperkuat pengendalian kusta dengan menyediakan foto berwarna dengan kualitas tinggi sebagai sarana untuk membantu pengenalan dan diagnosis kusta. Atlas ini dikembangkan oleh Dr. Yo Yuasa (1926–2016), Direktur Eksekutif dan Medis SMHF, melalui kerja sama erat dengan Leonard Wood Memorial Laboratory di Cebu, Filipina.

Pada tahun 2002, **ATLAS KUSTA BARU** diterbitkan dengan sejumlah perubahan dalam isi dan format. Sebagian besar foto pada edisi pertama berasal dari Filipina; foto-foto tersebut kemudian digantikan dengan foto pasien kusta dari India dan Asia Tenggara, wilayah yang terdapat paling banyak kasus kusta. Edisi tahun 2002 disusun oleh ahli kusta terkemuka Dr. A. Colin McDougall (1924–2006) dengan masukan dari Dr. Yuasa.

ATLAS KUSTA TERBARU (EDISI REVISI) ini telah disesuaikan dengan **Pedoman WHO untuk Diagnosis, Pengobatan, dan Pencegahan Kusta** yang diterbitkan pada tahun 2018, serta **Strategi Global Kusta WHO 2016–2020: “Accelerating towards a leprosy-free world”** dan buku pedoman operasionalnya. Secara khusus, isi atlas ini telah disesuaikan dengan Pedoman WHO mengenai klasifikasi kusta multibasiler (MB) dan pausibasiler (PB); rekomendasi WHO mengenai pengobatan kusta dengan *multidrug therapy* (MDT); sistem penilaian derajat disabilitas akibat kusta; dan pedoman WHO mengenai kemoprofilaksis.

Penemuan kasus baru kusta secara tepat waktu dan pengobatan dengan MDT merupakan tujuan utama pengendalian kusta. Harapan kami, **ATLAS KUSTA TERBARU (EDISI REVISI dan Pemutakhiran)** ini dapat menjadi sarana yang bermanfaat bagi petugas kesehatan yang perannya sangat penting dalam mewujudkan keberhasilan upaya pengendalian kusta.

*Pada 1 April 2019, Sasakawa Memorial Health Foundation berubah nama menjadi Sasakawa Health Foundation.



Pasien pada gambar di atas telah didiagnosis kusta oleh petugas kesehatan di pusat pelayanan kesehatan dan sedang menerima kemasan blister berkalender pertama untuk pengobatan kusta.

Atas inisiatif WHO, pengobatan kusta tersedia gratis bagi seluruh pasien di seluruh dunia melalui penyediaan obat yang didonasikan oleh Novartis Foundation.

ATLAS KUSTA TERBARU (EDISI REVISI) ini berfokus pada:

1. **Tanda Kardinal Kusta**
2. **Klasifikasi Kusta**
3. **Penjelasan mengenai *Multidrug Therapy* (MDT) dan kemasan blister berkalender** untuk pengobatan orang yang terdampak kusta
4. **Reaksi Kusta**
5. **Disabilitas dan Deformitas**
6. **Diagnosis Banding**, yaitu pembahasan berbagai penyakit kulit lain yang dapat menyerupai kusta.

Diagnosis dan Klasifikasi

Bagaimana mendiagnosis kusta

Diagnosis kusta ditegakkan dengan **setidaknya ditemukan satu dari tanda kardinal berikut harus ditemukan:**

1. **Lesi kulit hipopigmentasi atau kemerahan** disertai **gangguan sensasi yang jelas**.
2. **Keterlibatan saraf perifer**, yang ditandai oleh **penebalan saraf yang nyata** disertai kehilangan sensasi dan/atau kelemahan otot pada area yang dipersarafi saraf tersebut.
3. **Ditemukannya *Mycobacterium leprae* (M. leprae)** pada lesi.

Dua tanda kardinal pertama dapat ditegakkan melalui pemeriksaan klinis, sedangkan tanda kardinal ketiga dapat diidentifikasi melalui pemeriksaan mikroskopis sediaan apus sayat kulit (*slit-skin smear*).

Kasus Baru (Kusta): Pasien yang didiagnosis mengidap kusta dan belum pernah mendapatkan pengobatan untuk penyakit tersebut.

Kasus PB : Kasus kusta dengan 1–5 lesi kulit dan tidak ditemukan basil tahan asam pada pemeriksaan apus sayat kulit.

Kasus MB : Kasus kusta dengan 6 atau lebih lesi kulit; atau terdapat keterlibatan saraf; atau ditemukannya basil tahan asam pada pemeriksaan apus sayat kulit, tanpa memperhatikan jumlah lesi kulit.

Derajat Disabilitas akibat Kusta

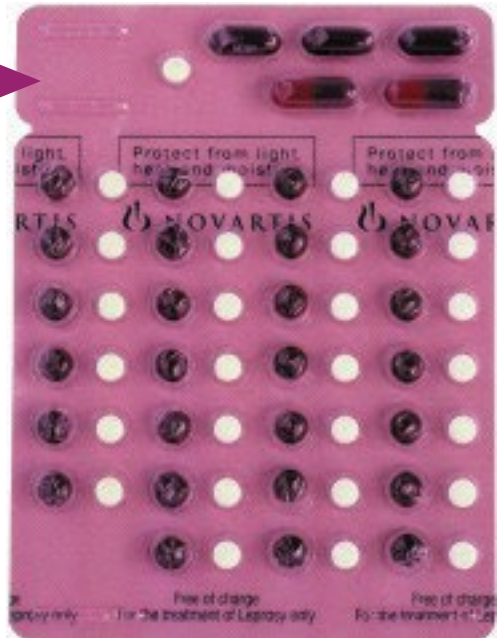
Tangan dan Kaki
Derajat 0 = Tidak ditemukan anestesi, tidak ditemukan deformitas dan kelainan yang tampak
Derajat 1 = Ditemukan anestesi, tetapi tidak ditemukan deformitas dan kelainan yang tampak
Derajat 2 = Ditemukan deformitas atau kelainan yang tampak
Mata
Derajat 0 = Tidak terdapat kelainan mata yang timbul akibat kusta, tidak terdapat penurunan penglihatan
Derajat 1 = Terdapat kelainan mata akibat kusta, tetapi belum menyebabkan gangguan penglihatan berat (visus $\geq 6/60$ atau lebih baik; mampu menghitung jari pada jarak enam meter)
Derajat 2 = Gangguan penglihatan berat (visus kurang dari $\leq 6/60$; tidak mampu menghitung jari pada jarak enam meter), lagofthalmus, iridosiklitis, dan adanya opasitas kornea.

MDT- Dosis Dewasa

Tampak depan blister MDT Dewasa

Obat yang diminum sebulan sekali di depan petugas (Hari ke-1, dua baris teratas dapat dipisahkan): Klofazimin 300mg (tiga kapsul 100mg), Rifampisin 600mg (dua kapsul 300mg) dan Dapson 100mg (satu tablet 100mg)

Obat rutin yang diminum di rumah (Hari ke-2-28): Klofazimin 50mg (satu kapsul 50mg) SETIAP HARI dan Dapson 100mg (satu tablet 100mg) SETIAP HARI.
Durasi pengobatan :
MB- 12 blister yang harus dikonsumsi dalam waktu 18 bulan
PB - 6 blister yang harus dikonsumsi dalam waktu 9 bulan



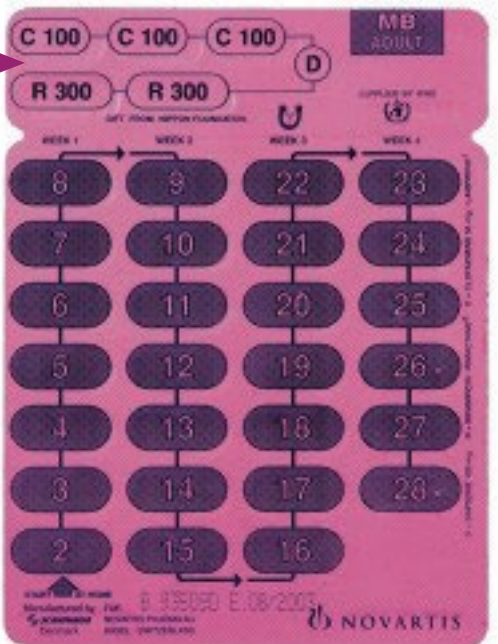
Tampak belakang blister MDT Dewasa

R = Rifampisin 600mg; diminum sekali per bulan di depan petugas (2 kapsul, masing-masing dosis 300mg).

C = Klofazimin 300mg diminum sekali per bulan di depan petugas (3 kapsul 100mg)

D = Dapson: diminum sekali per bulan di depan petugas; dosis 100mg (1 tablet).

Gambar 2-28 menunjukkan obat rutin yang diminum di rumah setiap hari selama 4 minggu, yaitu Klofazimin 50mg dan Dapsone 100mg. Ukuran asli blister: 106mm x 140mm



KUSTA

Berdasarkan klasifikasi pada halaman 3, gambar-gambar berikut memperlihatkan pasien dengan:

1. **Kusta Pausibasiler (PB)**, yang menurut definisi memiliki **1–5 lesi kulit**; dan
2. **Kusta Multibasiler (MB)**, yang memiliki **6 atau lebih lesi kulit** atau dengan **keterlibatan saraf**.

Dengan pengecualian dua gambar pada halaman 32, atlas ini tidak membahas mengenai aspek kusta yang bersifat **neural atau neurologis** secara khusus. Berbagai publikasi lain telah membahas secara mendalam aspek-aspek tersebut, beberapa di antaranya tercantum pada bagian **Referensi dan Bacaan Lanjutan** di halaman 73–74.

- Gambar-gambar ini dimaksudkan sebagai sarana untuk membantu mengenali dan menegaskan diagnosis kusta.
- Pada hampir semua kasus, diagnosis kusta dapat ditegakkan hanya berdasarkan tanda-tanda klinis.
- Apabila terdapat keraguan dalam diagnosis, pasien harus dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) terdekat.

1. Kusta Pausibasiler (PB)



1. Pasien ini memiliki satu bercak hipopigmentasi yang berbatas tegas di pipi kanan, dengan permukaan datar (makula). Pemeriksaan yang cermat menunjukkan bahwa pasien tidak dapat merasakan sentuhan ringan pada bercak tersebut. Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



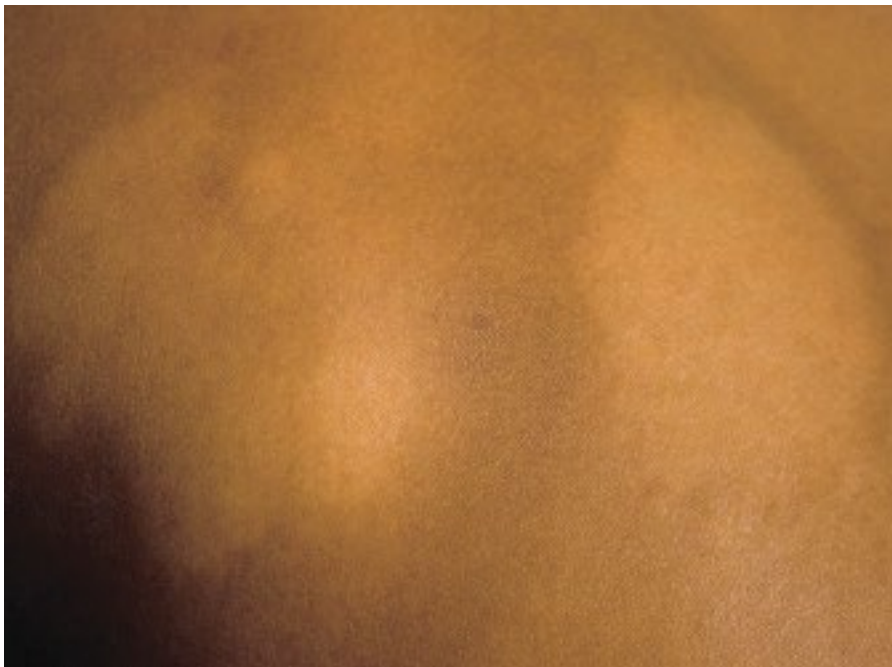
2. Bercak hipopigmentasi yang anestesi di paha (warna kulit lebih terang). Terdapat pertumbuhan rambut yang berkurang pada bercak tersebut dibandingkan dengan pertumbuhan rambut pada kulit normal. Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



3. Satu bercak pada bagian bawah sisi belakang lengan bawah, dengan batas yang tidak tegas. Bercak ini bertambah luas selama masa observasi 2 bulan dan akhirnya menunjukkan kehilangan sensasi. Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



4. Terdapat beberapa bercak hipopigmentasi dengan batas yang tidak tegas (warna kulit tampak lebih terang) pada daerah bahu kiri. Bercak tersebut bertambah luas selama periode observasi dan terdapat kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas).
Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



5. Lesi berbentuk cincin merupakan satu-satunya manifestasi kusta pada pasien. Permukaan sedikit kasar dan kering, dengan tepi yang meninggi. Terdapat kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas). Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



6. Tampak lesi yang cukup luas di sisi belakang lengan bawah dengan batas yang tidak tegas. Pada pemeriksaan ditemukan kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas). Pada palpasi, saraf ulnaris di lengan dan saraf-saraf lain di tubuh tidak ditemukan penebalan saraf. Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



7. Wanita ini memiliki satu lesi yang meninggi dan berbatas tegas di pipi kanan, disertai kehilangan sensasi. Diagnosis: kusta pausibasiler (PB) Pada lesi awal berupa makula (datar) di wajah, hilangnya atau penurunan sensasi yang jelas, sering sulit dibuktikan.

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



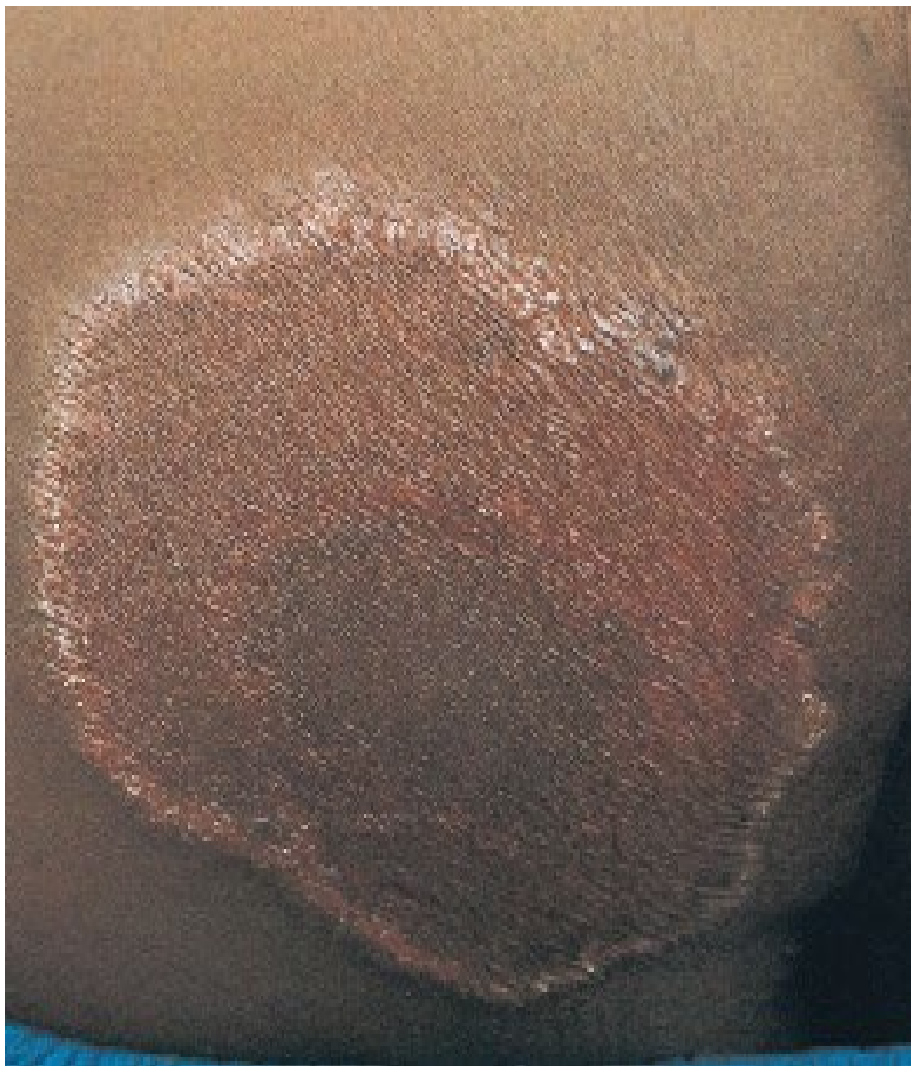
8. Gambar ini menunjukkan lesi kemerahan dengan tepi yang meninggi di punggung kaki dan daerah pergelangan kaki. Pada lesi tersebut ditemukan kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas) secara menyeluruh. Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



9. Anak laki-laki ini menunjukkan lesi hipopigmentasi (warna kulit tampak lebih terang) di bahu kiri, disertai lesi "satelit" kecil di sekitar tepinya. Terdapat kehilangan sensasi yang jelas terhadap sentuhan ringan (kapas). Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



10. Terdapat satu lesi luas berbatas tegas di bokong kiri. Pada palpasi, tepi lesi teraba meninggi. Pemeriksaan menunjukkan kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas) secara jelas, terutama pada bagian tepi lesi. Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



11. Tampak satu lesi berbatas tegas di pipi kanan, disertai kehilangan sensasi. Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



12. Tampak dua lesi hipopigmentasi berbatas tegas. Pemeriksaan menunjukkan kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas) secara jelas. Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

KUSTA PAUSIBASILER (PB)



13. Terdapat satu lesi di bagian belakang lengan atas yang menunjukkan kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas) secara jelas.
Diagnosis: kusta pausibasiler (PB).

2. Kusta Multibasiler (MB)



14. Anak laki-laki ini memiliki banyak bercak hipopigmentasi menimbul yang tersebar di badan, dan masih terdapat lebih banyak bercak di bagian depan tubuh serta ekstremitas. Pada lesi kusta, warna kulit normal berkurang (hipopigmentasi), tetapi tidak hilang sepenuhnya. Hilangnya pigmentasi (depigmentasi) terjadi pada vitiligo dan beberapa kondisi lainnya. Jumlah lesi pada pasien ini lebih dari 5 disertai keterlibatan beberapa saraf perifer. Diagnosis: kusta multibasiler (MB).

KUSTA MULTIBASILER (MB)



15. Terdapat satu lesi hipopigmentasi yang besar di bagian bawah badan, disertai lesi "satelit" di sekitar tepinya. Selain itu, ditemukan tiga lesi kulit lain dan keterlibatan dua saraf perifer. Semua lesi tersebut mengalami kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan. Diagnosis: kusta multibasiler (MB).

KUSTA MULTIBASILER (MB)



16 Tampak banyak lesi hipopigmentasi di daerah. punggung bawah. Beberapa lesi yang lebih besar menunjukkan kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas). Hasil pemeriksaan apus sayat kulit menunjukkan hasil positif. Diagnosis: kusta multibasiler (MB).

KUSTA MULTIBASILER (MB)



17. Pasien ini menunjukkan banyak lesi "punched-out" di paha dan tungkai, serta masih banyak lesi serupa di badan dan lengan. Hasil pemeriksaan apus sayat kulit positif. Sebagian besar lesi menunjukkan kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas), dan terdapat pembesaran pada tiga saraf perifer. Diagnosis: kusta multibasiler (MB).

KUSTA MULTIBASILER (MB)



18. Gambar ini menunjukkan tampilan dari dekat pasien dengan lesi *punched-out*. Bagian tengah lesi menunjukkan penurunan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas). Apus sayat kulit menunjukkan hasil positif. Diagnosis: kusta multibasiler (MB).

KUSTA MULTIBASILER (MB)



19. Pasien ini menunjukkan lesi *punched-out* klasik pada kusta. Diagnosis dikonfirmasi dengan adanya kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas) pada lesi. Diagnosis: kusta multibasiler (MB).

KUSTA MULTIBASILER (MB)



20. Pasien ini memiliki banyak bercak kemerahan yang timbul pada badan dan ekstremitas, serta beberapa lesi pada wajah. Beberapa saraf perifer mengalami pembesaran dan apus sayat kulit menunjukkan hasil positif. Sebagian bercak menunjukkan kehilangan sensasi terhadap sentuhan ringan (kapas). Diagnosis: kusta multibasiler (MB).

KUSTA MULTIBASILER (MB)



21. Gambar ini merupakan punggung pasien yang sama dengan gambar 20. Pada kusta tipe multibasiler (MB), lesi umumnya timbul dan melandai ke arah kulit normal di bagian tepinya, menyerupai piring terbalik (*inverted saucer*).
Diagnosis: kusta multibasiler (MB).

KUSTA MULTIBASILER (MB)



22. Pada punggung dan sebagian besar lengan menunjukkan lesi makular (datar) yang terdistribusi secara simetris. Tidak terdapat kehilangan sensasi pada lesi-lesi tersebut. Hasil apus sayat kulit menunjukkan positif dan terdapat pembesaran pada tiga saraf perifer. Diagnosis: kusta multibasiler (MB).

KUSTA MULTIBASILER (MB)



23. Anak laki-laki ini menunjukkan bercak menimbul di wajah dan leher, serta banyak nodul (benjolan kecil) pada telinga kanan. Telinga kiri juga mengalami kelainan serupa. Pada pasien kusta, telinga harus selalu diperiksa. Pada beberapa kasus, telinga merupakan lokasi utama, bahkan satu-satunya, lokasi terbentuknya nodul. Diagnosis: kusta multibasiler (MB).



KUSTA NEURAL

Di sebelah kiri terlihat pembesaran saraf di daerah leher. Pembesaran saraf seperti yang ditunjukkan pada gambar ini sangat berguna dalam menegakkan diagnosis kusta, karena pembesaran seperti ini tidak terjadi pada kondisi lain.

Gambar di bawah ini merupakan pengingat bahwa di beberapa negara, khususnya India, pasien dapat datang dengan pembesaran saraf tanpa lesi kulit: Diagnosis: "kusta neural murni"



Saraf yang ditunjukkan panah pada gambar di atas adalah saraf peroneus superfisialis, terletak di punggung kaki dan tungkai bawah. Pada kusta neural murni, saraf yang sering terkena adalah saraf ulnaris, peroneus komunis (poplitea lateralis), medianus, tibialis posterior, dan fasialis. Bentuk kusta ini tidak boleh didiagnosis dan diobati tanpa merujuk kepada klinisi atau tenaga kesehatan berpengalaman.

REAKSI KUSTA

- Selain mampu menegakkan diagnosis kusta PB dan MB, tenaga kesehatan lini pertama dan kader kesehatan harus mampu mengenali dan merujuk pasien dengan reaksi kusta.
- Reaksi kusta terjadi ketika sistem imun bereaksi terhadap basil kusta.
- Reaksi ini sering menyebabkan kerusakan pada kulit, saraf, dan jaringan tubuh lainnya.
- Lesi kulit menjadi bengkak, hangat, kemerahan, dan nyeri. Ulserasi dapat terjadi.
- Yang lebih penting, saraf juga mengalami peradangan dan pembengkakan, yang dapat menyebabkan kerusakan serabut saraf sehingga menimbulkan gangguan sensorik dan/atau kelemahan otot/paralisis.
- Pasien dapat mengalami reaksi pada saat diagnosis ditegakkan, selama pengobatan, atau bahkan setelah pengobatan selesai.
- Gambar-gambar pada halaman berikut disajikan untuk membantu tenaga kesehatan lini pertama dan kader kesehatan mengenali reaksi dan merujuk pasien guna mendapatkan penanganan oleh tenaga ahli.
- Pada halaman-halaman berikutnya, reaksi kusta diklasifikasikan menjadi reaksi tipe 1 (reaksi reversal) dan reaksi tipe 2 (Eritema Nodosum Leprosum/ENL).

Reaksi - Tipe 1 (sinonim: Reaksi Reversal)



1. Gambar ini menunjukkan lesi kusta pausibasiler (PB) di wajah dan telinga, disertai pembesaran saraf aurikularis magnus di leher (ditunjukkan dengan panah). Pasien mengalami reaksi secara tiba-tiba, setelah *multidrug therapy* (MDT) dimulai. Lesi yang telah ada menjadi bengkak, nyeri spontan, dan nyeri tekan. Gambar ini mengingatkan pentingnya keterlibatan saraf pada Reaksi Tipe 1. Meskipun saraf aurikularis magnus yang ditunjukkan pada gambar ini memiliki dampak klinis yang terbatas, tetapi jika keterlibatan saraf perifer pada ekstremitas atau saraf yang mempersarafi daerah mata dapat menyebabkan gangguan sensorik dan/atau kelemahan otot, yang dapat terjadi secara cepat. Konsultasikan dengan supervisor atau ikuti pedoman nasional mengenai penggunaan analgesik, imobilisasi dengan bidai (*splinting*), atau steroid (prednisolon), sesuai dengan tingkat keparahan reaksi. Diagnosis: Reaksi Tipe 1.



2. Bercak menimbulkan kusta pausibasiler (PB) yang besar ini pada awalnya datar, tetapi kemudian menjadi bengkak dan kemerahan, terutama di bagian tepi, akibat reaksi Tipe 1. Kasus reaksi sebaiknya ditangani di pusat rujukan. Namun, untuk tata laksana awal kasus ringan maupun berat, ikuti pedoman nasional yang berlaku. Diaagnosis: Reaksi Tipe 1.

Reaksi Kusta Tipe 1



3. Bercak kemerahan, meninggi atau menebal, bengkak, nyeri spontan, dan terdapat nyeri tekan, terutama pada tangan dan jari, terjadi selama pengobatan kusta multibasiler (MB). Reaksi dengan luas dan tingkat keparahan seperti ini paling baik ditangani di pusat rujukan atau unit khusus jika tersedia, Untuk penanganan awal, dapat mengikuti pedoman nasional yang berlaku.

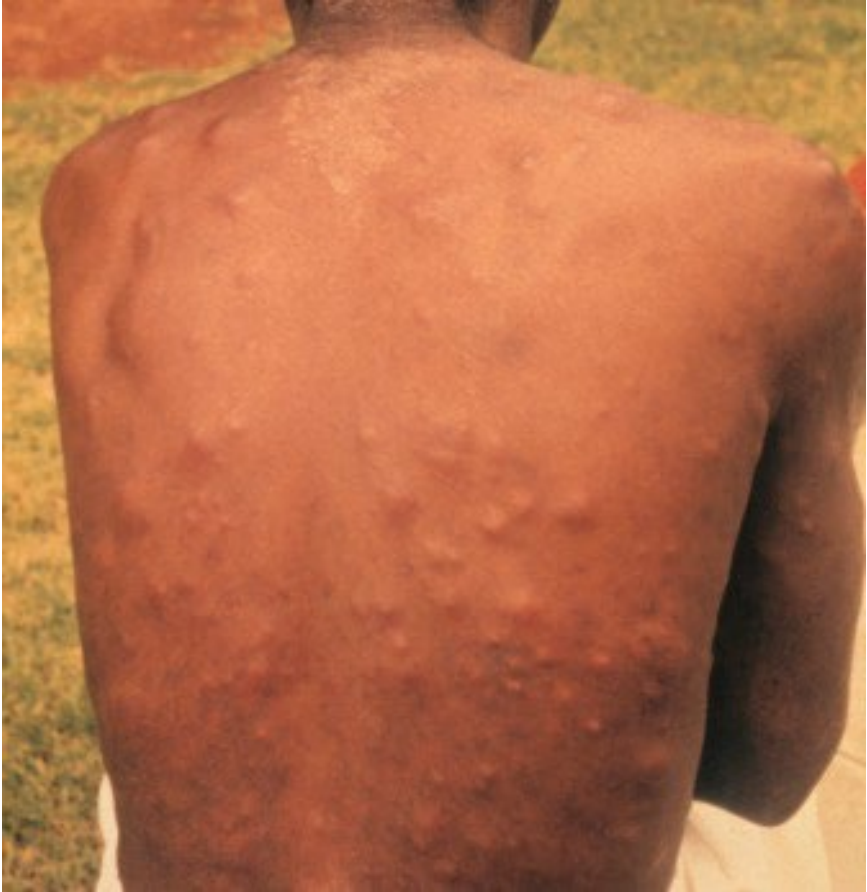


4. Bercak merah yang meninggi atau menebal terlihat di sisi atas dan di bawah pusar (umbilikus) pada pasien dengan kusta multibasiler (MB). Terdapat banyak bercak reaksi tipe 1 lainnya pada batang tubuh dan ekstremitas. Reaksi seperti ini dapat terjadi secara tiba-tiba. Keterlibatan saraf perifer (neuritis akut) merupakan hal yang sangat perlu diperhatikan.

Reaksi Kusta tipe 2 (ENL)



1. Terdapat banyak bercak kulit dan benjolan/nodul subkutan, sebagian besar berwarna merah dan menonjol disertai pustul dan ulserasi di beberapa tempat. ENL adalah singkatan dari *erythema nodosum leprosum* dan merupakan komplikasi yang sering terjadi pada kusta multibasiler (MB) pada spektrum lepromatosa. Reaksi ENL biasanya berlangsung sekitar 2 minggu, sering disertai demam, malaise, nyeri pada saraf, keterlibatan nyeri sendi, dan komplikasi pada mata. Kasus ringan dapat ditangani fasilitas pelayanan kesehatan primer (sesuai pedoman nasional), tetapi kasus berat, berulang, atau menetap sebaiknya dikelola di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan atau pusat khusus spesialisik.



2. Nodul ENL berwarna kulit hingga kemerahan disertai nyeri tekan sering terlihat pada wajah dan ekstremitas, tetapi dapat bersifat generalisata, seperti yang terlihat pada pasien ini yang mengalami nodul di seluruh tubuh. Pada beberapa kasus, nodul ENL dapat menjadi vesikel, pustul, bula, atau gangrenosa dan mengalami kerusakan jaringan yang cukup berat. Kasus ringan dapat ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan primer, tetapi kasus dengan gejala berat dan/atau keterlibatan saraf perifer, mata, atau testis lebih baik dikelola di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan atau unit khusus spesialis.

DISABILITAS DAN DEFORMITAS

Pasien dapat mengalami disabilitas deformitas sebelum, selama, atau setelah pengobatan kusta

- Jika kusta terlambat terdiagnosis, tidak diobati atau diobati secara tidak adekuat, saraf perifer dapat mengalami kerusakan permanen menyebabkan hilangnya sensasi persarafan dan kelemahan otot.
 - Deteksi dini dan pengobatan teratur dengan MDT berperan penting dalam mencegah deformitas dan disabilitas.
 - Tata laksana reaksi dengan segera dapat mencegah perburukan disabilitas dan deformitas yang dialami.
-



1. Tangan. Gambar bagian atas menunjukkan

- (a) *clawing* kedua tangan akibat kerusakan saraf, kelemahan otot, dan kontraktur
(b) luka bakar dan parut pada jari akibat hilangnya sensasi persarafan.

Pasien datang terlambat. Pada saat terdiagnosis, sudah terjadi kerusakan yang jelas pada saraf medianus dan ulnaris. MDT dapat menghentikan progres infeksi bakterinya, tetapi sedikit atau tidak memberikan perbaikan pada disabilitas yang telah terjadi.

Gambar bagian bawah menunjukkan *wrist drop* akibat kerusakan saraf radialis pada lengan seorang anak laki-laki dengan kusta multibasiler (MB).

Disabilitas dan Deformitas

2. Kaki. Gambar kanan menunjukkan *drop foot* ke arah kiri akibat kerusakan saraf poplitea lateral atau peroneus comunis di tungkai selama terjadinya neuritis akut. Pasien datang dalam keadaan reaksi, dengan kelemahan otot dan kehilangan sensasi.



Gambar kiri menunjukkan plantar pedis (bagian bawah) kaki pasien dengan ulserasi pada dasar ibu jari kaki, yang merupakan salah satu titik tumpu tubuh. Terdapat juga deformitas dan jari-jari menjadi *clawing*. Pasien datang terlambat dengan kerusakan yang telah menetap pada saraf perifer yang mempersarafi sensasi dan kekuatan otot pada kaki.



3. **Wajah, hidung, dan mata.** Gambar atas menunjukkan hilangnya rambut alis mata (madarosis) sebagai karakteristik deformitas pada kusta lepromatosa. **Gambar tengah;** penurunan batang hidung akibat kerusakan tulang rawan hidung dan tulang hidung merupakan deformitas yang umum pada kusta lepromatosa. Gambar menunjukkan tampak depan dan samping dari deformitas tersebut. **Gambar bawah;** ketidakmampuan menutup mata akibat paralisis kelopak mata (lagophthalmos) sering terlihat pada kusta *borderline*. Gambar menunjukkan deformitas saat pasien mempertahankan mata tetap terbuka dan ketika pasien berusaha menutup matanya.

KEMOPROFILAKSIS

Pencegahan kusta melalui kemoprofilaksis

Penggunaan dosis tunggal rifampisin (*Single Dose Rifampicin*/SDR) direkomendasikan sebagai pencegahan bagi kontak erat pasien kusta (dewasa dan anak usia lebih dari 2 tahun), setelah memastikan tidak sedang mengalami kusta dan tuberkulosis, serta tidak ada kontraindikasi lain. Pelaksanaan intervensi ini harus dilakukan dalam program yang menjamin: (i) manajemen kontak yang memadai, dan (ii) persetujuan kasus indeks untuk mengungkapkan status penyakitnya kepada kontak terkait.

Dosis rifampisin untuk dosis tunggal rifampisin (SDR)

Usia/ Berat Badan	Dosis tunggal rifampisin
15 tahun ke atas	600 mg
10–14 tahun	450 mg
Anak usia 6–9 tahun (berat ≥ 20 kg)	300 mg
Anak < 20 kg (≥ 2 tahun)	10–15 mg/kg

Referensi : Pedoman Diagnosis, Tata Laksana , dan Pencegahan Kusta, WHO , 2018

DIAGNOSIS BANDING

(Kelainan Kulit Selain Kusta yang Menyerupai Kusta)

Beberapa kondisi kulit selain kusta dapat menyerupai kelainan kulit pada kusta. Mengetahui diagnosis banding akan membantu petugas kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer untuk menegakkan diagnosis kusta.

Pada beberapa kondisi kelainan kulit yang menyerupai kusta, tidak mempertimbangkan kusta sebagai diagnosis sehingga menyebabkan keterlambatan atau terlewatnya diagnosis kusta merupakan hal yang serius dan merugikan untuk pasien. Sedangkan diagnosis yang berlebihan, juga dapat merugikan pasien.

Gambar-gambar ini dibagi menjadi dua kelompok:

- (a) Kondisi kulit menyerupai kusta yang sering terjadi, 1–13, dan
- (b) Kondisi kulit menyerupai kusta yang lebih jarang terjadi, 14–23.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Sering Ditemukan



1. Tanda lahir. Biasanya tunggal atau hanya beberapa. Sudah ada sejak lahir, tidak berubah dalam periode pengamatan yang lama. Tepi dapat sangat tegas dan tidak beraturan, seperti yang ditunjukkan pada gambar. Bercak hipopigmentasi dengan sensasi perabaan normal. Kondisi ini disebut nevus anemicus.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Sering Ditemukan



2. Tanda lahir. Area bahu sisi kiri. Sudah ada sejak lahir; sensasi perabaan dan dapat berkeringat normal. Lakukan anamnesis; tanyakan kepada orang tua atau kerabat dekat mengenai awitan munculnya bercak; lakukan pemeriksaan untuk menilai adanya kehilangan atau penurunan sensasi perabaan.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Sering Ditemukan



3. Hipopigmentasi pasca-inflamasi. Perubahan warna menjadi lebih cerah dibandingkan kulit di sekitarnya pada area yang sebelumnya mengalami peradangan akibat luka atau kondisi inflamasi, kadang-kadang dapat menyerupai bercak kusta dini. Lakukan anamnesis; periksa adanya kehilangan atau penurunan sensasi perabaan.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



4. Jaringan parut. Bekas luka dapat disebabkan oleh sayatan, luka bakar, luka infeksi, atau trauma sederhana yang menyebabkan kerusakan kulit. Bekas luka yang ditunjukkan di gambar terjadi setelah penggunaan obat tradisional. Beberapa jaringan parut dapat menunjukkan penurunan sensasi raba dan dapat disalahartikan sebagai bercak kusta.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



5. Dermatitis kontak. Kontak kulit dengan berbagai macam zat, termasuk pewarna, sabun, deterjen, kosmetik, tumbuhan, plastik, serangga, dan lain-lain. Biasanya terdapat keluhan gatal dan/atau kemerahan, terutama pada tahap awal; dapat bersifat hebat dan menyebabkan garukan serta infeksi sekunder. Sensasi perabaan dan saraf perifer semuanya normal.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



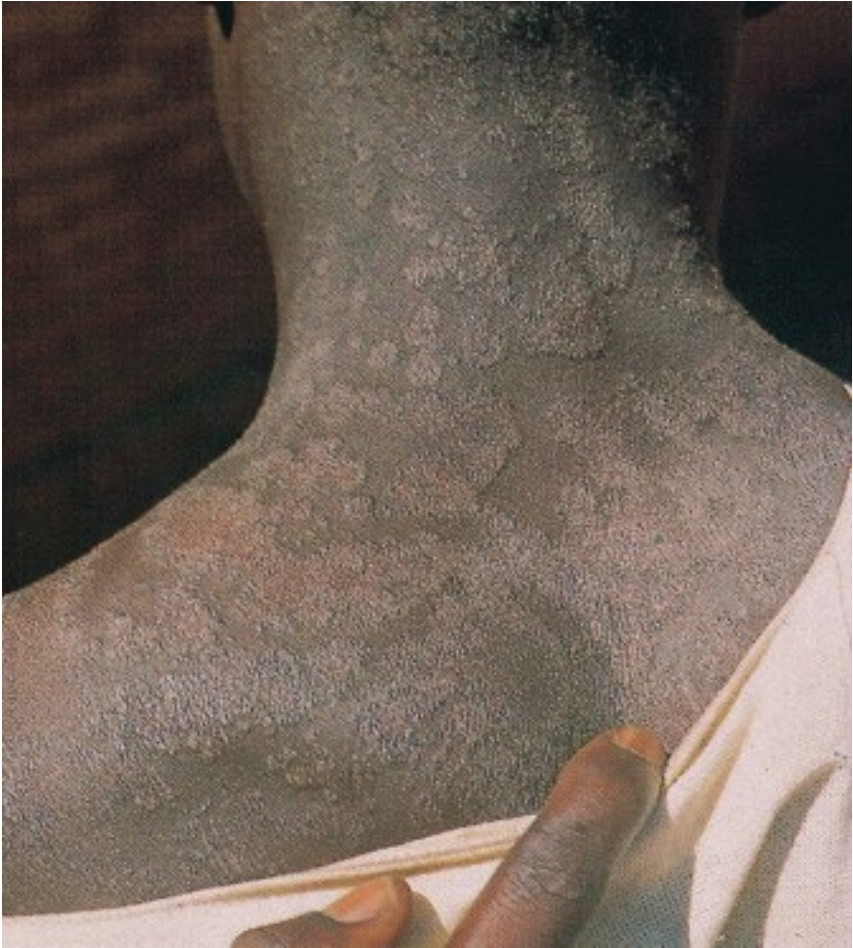
6. Dermatitis seboroik. Kelainan kulit dapat bersifat luas, kemerahan, bersisik, dan gatal. Kulit kepala yang berambut di belakang telinga dapat terlibat. Sensasi perabaan normal, tidak ada hipoestesi ataupun anestesi.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



7. Dermatitis numularis. Kelainan kulit berbentuk bulat dan tampak seperti koin. Bersifat gatal, dapat bersisik, dengan perubahan warna variatif mulai kemerahan hingga hipopigmentasi (penurunan pigmentasi kulit) sehingga dapat menyerupai kusta. Sensasi perabaan normal dan tidak terdapat tanda lain yang mendukung diagnosis kusta.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



8. Panu (Pityriasis versicolor). Sangat umum ditemukan pada daerah beriklim tropis. Kelainan kulit dengan perubahan warna variatif mulai agak putih, kecoklatan, hingga kemerahan yang bersisik halus dan sensasi gatal ringan terutama jika berkeringat. Sering tersebar luas pada batang tubuh, leher, dan ekstremitas. Sensasi perabaan normal; Pada pemeriksaan kerokan kulit sederhana dengan mikroskop dapat ditemukan elemen jamur

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



9. Tinea korporis (atas) dan tinea fasialis (bawah). Kelainan khas yaitu bagian tepi yang tampak lebih aktif (lebih kemerahan tebal) terlihat pada wajah dan tungkai. Merupakan infeksi jamur. Sensasi raba normal.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



10. Tinea korporis di sisi atas pusar (umbilikus). Kelainan kulit bersisik yang sedikit menebal ini disebabkan oleh infeksi jamur. Sensasi perabaan normal.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



11. Vitiligo. Kelainan kulit dengan perubahan warna menjadi putih yang mencolok, disebabkan oleh depigmentasi (yaitu hilangnya pigmentasi secara total), berbeda dengan hipopigmentasi (penurunan pigmentasi) yang lebih khas pada kusta. Namun pada tahap awal penyakit ini, penurunan pigmentasi dapat menimbulkan kebingungan dengan kusta. Sensasi perabaan normal.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



12. Pityriasis rosea. Biasanya terjadi pada remaja atau dewasa muda. Kelainan kulit berwarna merah dengan sisik halus di bagian tepi yang mengarah ke tengah lesi. Kondisi ini sering dimulai dengan bercak awal *herald patch* (gambar bawah) yang lebih besar daripada bercak yang muncul berikutnya, tersebar luas, dan berukuran lebih kecil, terutama pada batang tubuh. Sensasi perabaan normal.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



13. Psoriasis. Bercak merah menebal yang biasanya gatal dan sangat bersisik, multipel, dan tersebar hampir simetris. Bercak yang telah diobati dapat menyerupai kusta. Beberapa bercak psoriasis menyerupai kusta pada reaksi tipe I.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



14. Granuloma anulare. Bercak dapat sangat menyerupai kusta. Kondisi ini terutama mengenai anak-anak dan dewasa muda. Gambar atas menunjukkan bentuk terlokalisir yang lebih umum ditemukan. Gambar bawah lebih jarang ditemukan, dengan penyebaran luas. Papul atau nodul muncul dalam pola seperti cincin (anular). Lesi tidak bergejala dan tidak terdapat penebalan saraf perifer. Sensasi perabaan normal.

KELAINAN KULIT SELAIN KUSTA- Kelainan yang Umum Dijumpai



15. Lichen planus. Penyakit kulit dan mukosa yang cukup jarang. Dapat mengenai bagian tubuh mana pun, tetapi sering mengenai pergelangan tangan, daerah lumbal, dan pergelangan kaki. Bercak keunguan dan saat menghilang dapat meninggalkan area hiperpigmentasi (penggelapan warna kulit). Sensasi perabaan normal.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai

Gambar-gambar sebelumnya (1–13) menggambarkan kondisi kelainan kulit yang relatif ringan, jelas, dan sering ditemukan.

Gambar-gambar berikutnya (14–23) membahas kondisi yang lebih jarang, beberapa mungkin sangat jarang ditemukan di Indonesia. Gambar-gambar ini dimaksudkan sebagai pengingat adanya kondisi selain kusta yang dapat menyerupai kusta.

- Semua kondisi yang ditunjukkan dapat menyebabkan kesalahan diagnosis kusta.
- Diharapkan gambar-gambar ini dapat membantu Anda menghindari kesalahan diagnosis, yang dapat memiliki dampak serius bagi pasien dan keluarganya. Seperti telah disebutkan di atas, penting untuk mengetahui kondisi apa saja yang dapat menimbulkan keragu-raguan dalam mendiagnosis kusta di wilayah Anda.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai



16. Neurofibromatosis (penyakit von Recklinghausen). Benjolan/lesi nodular multipel, teraba lunak, dan dapat menjadi *pendulant* (menggantung). Saraf perifer tidak terlibat. Kadang-kadang penyakit ini muncul sebagai bercak dan makula berwarna kecoklatan ('*café au lait*') yang tersebar. Pada beberapa kasus, biopsi mungkin diperlukan untuk konfirmasi diagnosis.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai



17. Sarkoidosis. Bercak kulit pada sarkoidosis dapat sangat menyerupai kusta. Pasien pada gambar memiliki satu bercak luas, sedikit hipopigmentasi yang menutupi sebagian besar sisi kiri wajahnya, dengan sedikit infiltrasi dan nodul kecil pada tepi hidung. Sensasi perabaan normal dan tidak terdapat penebalan saraf di sekitar bercak tersebut. Saraf perifer tidak terlibat.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai



18. Lupus vulgaris (tuberkulosis kulit). Manifestasi kulit bisa bervariasi dan dapat menyerupai beberapa tipe kusta. Bercak kemerahan (eritematosa) dengan infiltrasi, membesar perlahan, berbatas tegas, dan tidak bergejala, namun memiliki kecenderungan untuk mengalami ulserasi dan pembentukan jaringan parut. Saraf tidak terlibat dan sensasi perabaan pada lesi normal. Pasien pada gambar menunjukkan bercak kulit yang sudah meluas pada lengan, namun area yang paling sering terkena adalah wajah, leher, dan bokong.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai



19. Lupus eritematosus diskoid. Gambar tersebut berasal dari dua pasien yang berbeda. Gambar atas menunjukkan distribusi khas lesi pada wajah, dengan kecenderungan depigmentasi (yaitu hilangnya pigmentasi). Hal ini tampak jauh lebih jelas pada gambar bawah. Sensasi perabaan normal dan saraf perifer tidak terlibat.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai



20. Xantomatosis. Nodul-nodul seperti yang ditunjukkan dapat menyerupai beberapa bentuk kusta. Penyakit ini biasanya berkaitan dengan kadar kolesterol darah yang tinggi dan lebih sering muncul pada usia muda. Daerah siku yang ditunjukkan merupakan lokasi munculnya nodul yang sering ditemukan

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai



21. Leishmaniasis kutis. Gambar atas kanan menunjukkan lesi leishmaniasis diseminata yang menyerupai beberapa tipe kusta. Pasien bawah kiri menunjukkan lesi nodular pada leishmaniasis kutis pasca-kala-azar (PKDL), yang juga dapat disalahartikan sebagai kusta. Leishmaniasis hampir tidak pernah ditemukan di Indonesia

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai



22. Granuloma multiforme. Kondisi ini juga menyerupai kusta. Penyebabnya tidak diketahui; kemungkinan merupakan varian dari granuloma anulare (lihat gambar 14 pada halaman 59). Tahap awal ditandai dengan rasa gatal (tidak khas pada kusta). Bercak akan menghilang cepat atau lambat dan sulit merespons terhadap pengobatan. Sensasi perabaan dan saraf perifer semuanya normal.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai



23. Pellagra. Kelainan dapat menyerupai kusta pada keadaan reaksi (lihat bagian reaksi kusta). Bercak biasanya simetris, tidak bergejala, dan sering berhubungan dengan malnutrisi, alkoholisme, dan kemiskinan. Sensasi perabaan dan saraf perifer normal. Kelainan kulit cukup responsif terhadap pemberian asam nikotinat.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai



24. Limfoma kutis (juga disebut mikosis fungoides, granuloma fungoides, atau limfoma sel T kutaneus). Nodul atau benjolan mengilap khas yang terlihat pada wajah dapat menyerupai beberapa bentuk kusta. Kondisi ini terutama terjadi pada laki-laki dewasa.

Diagnosis Banding - Kelainan yang Jarang Dijumpai



25. Sarkoma Kaposi. Berbagai bentuk kondisi keganasan kulit ini dapat terjadi di negara endemis kusta, sering berhubungan dengan HIV-AIDS. Kelainan kulit yang ditunjukkan berasal dari dua pasien yang berbeda. pada lengan bawah (gambar atas) berasal dari pasien yang meninggal dunia akibat AIDS, tampak nodul vaskular keras dan kebiruan yang mudah berdarah. Kaki (gambar bawah) dan tangan merupakan lokasi keterlibatan yang paling sering. Sensasi perabaan dan saraf perifer semuanya normal.

Ucapan Terima Kasih

Kami menyampaikan penghargaan dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak berikut atas izin yang diberikan untuk menggunakan gambar dan materi dari arsip mereka:

1. The Leprosy Mission International, 80 Windmill Road, Brentford, Middlesex, TW8 0QH, United Kingdom (Contents, Foreword, (facing page), pp. 19, 20, 23, 34, 54).
2. Dr Peter Stingl, Lechbrucker Strasse 10, 86989 Steingaden, Germany and Cassella-Riedel Pharma GmbH, Frankfurt am Main, Germany, publishers of *Dermatosen im Bild*, 1984 (pp. 14, 16, 39 (lower), 44, 45, 47, 51, 53).
3. Professor S.J. Yawalkar, Formerly Ciba-Geigy Ltd, Basle, Switzerland and the Novartis Foundation for Sustainable Development, Basle, Switzerland (pp. 29, 30 (lower), 35, 52 (lower), 55 (lower), 57(upper), 62, 63 (upper), 65, 67, 68).
4. Leprosy Elimination Group, Strategy Development and Monitoring for Eradication and Elimination, World Health Organization, CH-1211, Geneva 27, Switzerland (pp. 2, 11).
5. Professor W. Jacyk, Department of Dermatology, University of Pretoria, PO Box 667, 0001 Pretoria, Republic of South Africa and the German Leprosy Relief Association, Würzburg, Germany (pp. 12, 49, 50, 55 (upper), 57(lower), 58, 60, 61, 63 (lower), 66, 69 (upper)).
6. Dr A. Thomas, Chittagong Leprosy Control Project, The Leprosy Mission, Bangladesh (pp. 13, 26, 27, 33).
7. Dr T.T. Fajardo, Leonard Wood Memorial-Eversley Childs Sanitarium Laboratory for Leprosy Research, Cebu, The Philippines (pp. 9, 24, 28, 36, 46, 48, 64).
8. E. Nunzi and D.L. Leiker, *A Manual of Leprosy*, O.C.S.I., Bologna, Italy, 1990 (p. 69 (lower)).
9. American Leprosy Missions, Inc., 1 ALM Way, Greenville, SC 29601, USA (p. 32).
10. W.H. Jopling, previously Hospital for Tropical Diseases, London, United Kingdom (p. 18).
11. Images of blister packs were supplied by Novartis, Basle, Switzerland. Photographs of the reverse of the packs were produced by Chris Walter, Grosvenor Studios, Abingdon, Oxon, UK (pp. 4, 5)
12. Images from A. Colin Mc Dougall collection (pp. 10, 15, 21, 22, 25, 30 (upper), 37, 39 (upper), 40, 52 (upper), 56).
13. Images from Jerry Joshua collection (pp 7, 8, 17, 41)

Referensi dan Bacaan Lanjutan

Dari Program Kusta Global WHO, Kantor Regional WHO untuk Asia Tenggara (SEARO), New Delhi, India.

Guidelines for the Diagnosis, Treatment and prevention of leprosy, WHO, 2018.

1. Global Leprosy Strategy 2016-2020, WHO, 2016.
2. Global Leprosy Strategy 2016-2020, Operational Manual, WHO, 2016.
3. Global Leprosy Strategy 2016-2020, Monitoring and Evaluation Guide, WHO, 2016.
4. WHO Expert Committee on leprosy – Eight report, TRS 968, WHO – 2012.
5. WHO Weekly Epidemiological Record, August 2018.
6. Prevention of Disabilities in Patients with Leprosy. A Practical Guide. WHO, Geneva, 1993.

Dari International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP), Quai de l'Île 13, 1204 Genève, Switzerland
<https://ilepfederation.org>

1. Leprosy: A Bryceson and R E Pfaltzgraff (1990) – a readable reference book for medical students, general practitioners and physicians.
2. Care of the Eye in Hansen's Disease: M Brand (1993) in English and French – outlines the management of eye complications in leprosy for ophthalmologists and other health workers.
3. Insensitive feet: P Brand (1994) – a

good background to the problems of insensitive feet.

4. Prevention of disabilities in patients with leprosy: a practical guide. H Srinivasan (WHO, 1993) – for those involved in patient assessment, treatment and teaching self-care to people with leprosy.
5. Essential action to minimize disability in leprosy patients: J Watson (1994) – an excellent book with clear text and illustrations written for general health workers caring for people with leprosy.
6. Leprosy Surgery for General Hospitals: H Srinivasan, WHO.
7. Don't treat me like I have leprosy: Frist – a book about the history of leprosy and the importance of social issues.

InfoNTD.org is the one-stop source of information on cross-cutting issues in Neglected Tropical Diseases.
<https://www.infontd.org/>

INFOLEP: **Infolep** adalah pusat pengetahuan internasional yang menyediakan akses ke berbagai sumber informasi (digital) mengenai kusta dan topik-topik terkait. Infolep menyediakan pengetahuan dan informasi bagi ilmuwan, tenaga profesional, serta pihak lain yang bekerja di bidang kusta untuk mendukung kegiatan dan pekerjaan mereka sehari-hari. Infolep juga menyediakan layanan perpustakaan, seperti akses ke artikel yang hanya tersedia melalui langganan serta bantuan penelusuran literatur bagi mereka yang tidak dapat melakukannya sendiri.

REFERENSI DAN BACAAN LANJUTAN

<https://www.leprosy-information.org>
Bekerja sama dengan Divisi Kusta,
Direktorat Jenderal Pelayanan
Kesehatan, Kementerian
Kesehatan dan Kesejahteraan
Keluarga, India
<http://nlep.nic.in>

1. Training Manual for Medical Officers, National Leprosy Eradication Programme, 2009
2. Training Manual for Health Workers and Supervisors - National Leprosy Eradication Programme, 2014.
3. Guidelines for Post Exposure Prophylaxis (PEP) - National Leprosy Eradication Programme.
4. Guidelines for Primary, Secondary and Tertiary Level Care - Disability Prevention & Medical Rehabilitation - National Leprosy Eradication Programme, 2012.

Dari *Health Books International*,
 formerly Teaching-aids at Low Cost (TALC)

Health Books International Barn B, New Barnes Mill, Cottonmill Lane St Albans, Hertfordshire AL1 2HA, United Kingdom
 (+44) 01582 380883
<https://healthbooksinternational.org/>

Buku

1. Leprosy for Medical Practitioners and Paramedical Workers: S Yawalkar, 1994. Provides basic information on leprosy and its treatment together with details of prevention, control and rehabilitation. For medical students and doctors.
2. Disabled Village Children: D Werner, 1994. A guide for community health workers, rehabilitation workers and families written especially for those who live in rural areas where resources are limited. Also available in Spanish.
3. Differential diagnosis of leprosy. A guide book for histopathologists, 2001, Job C.K, Chandi S.M. KLEP series.
4. International Text book of leprosy. <https://www.internationaltextbookofleprosy.org>
5. IAL text book of leprosy (2nd edition), Indian Association of Leprologists, 2015.

Dari International Resource Centre,
International Centre for Eye Health,
Institute of Ophthalmology, 11-43 Bath
Street, London, EC1V 9EL, Britania
Raya.

Tel.: +44 (0) 207 608 6923
 Fax: +44 (0) 207 250 3207
 e-mail: eyesource@ucl.ac.uk

Diterbitkan oleh

Sasakawa Health Foundation
Nippon Zaidan Bldg. 5F
1-2-2 Akasaka, Minato-ku
Tokyo 107-0052, Japan
Tel: +81-3-6229-5377
Email: hansen@shf.or.jp
URL: www.shf.or.jp/e



笹川保健財団
SASAKAWA
Health Foundation

Kajian Teknis oleh

Schieffelin Institute of Health – Research & Leprosy Centre (SIHRLC), Karigiri,
Tamil Nadu, India
WHO Global Leprosy Programme, WHO Regional Office for South-East Asia,
New Delhi, India

Penerjemah : Muhammad Rian Fathurrahman, **Penelaah Ilmiah**: Hendra
Gunawan, Mufqi Handaru Priyanto. Dari Kelompok Studi Morbus Hansen
Indonesia (KSMHI), Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia
(PERDOSKI) tahun 2026.

Didanai oleh

The Nippon Foundation, Tokyo, Japan

Originally published as An Atlas of Leprosy
(1981, revised 1983) and as A New Atlas of Leprosy (2000, 2002)

Text by Yo Yuasa (Atlas), A. Colin McDougall & Yo Yuasa (New Atlas) and
A. Colin McDougall, Yo Yuasa & technical team of SIHRLC, Karigiri
(New Atlas, Revised and Updated)



Copyright © Sasakawa Health Foundation September 2019

Hak cipta dilindungi. Tidak boleh diproduksi ulang dalam bentuk atau cara apa pun
tanpa izin tertulis dari penerbit.

CATATAN

Diagnosis klinis kusta meliputi pemeriksaan seluruh tubuh pasien di bawah pencahayaan
yang baik (sebaiknya cahaya alami) untuk mencari kelainan kulit yang dapat muncul di
bagian tubuh mana pun. Atlas Kusta Terbaru (Edisi Revisi) merupakan materi pelatihan
untuk mendidik tenaga kesehatan mengenai diagnosis klinis kusta dan berisi gambar-
gambar yang menunjukkan kelainan kulit serta informasi mengenai penyakit tersebut.
Gambar-gambar ini ditujukan untuk tujuan pendidikan dan tidak dimaksudkan untuk
masyarakat umum.

ATLAS KUSTA TERBARU (EDISI REVISI)

“Petugas kesehatan pada fasilitas pelayanan primer memiliki peran yang sangat penting dalam penemuan kasus kusta baru. Oleh karena itu, sangat penting dan perlu dipastikan bahwa mereka memiliki akses terhadap seluruh informasi yang diperlukan dalam menjalankan tugasnya. Saya percaya bahwa **ATLAS KUSTA TERBARU (EDISI REVISI)** akan menjadi panduan yang sangat baik untuk digunakan di lapangan, dan saya berharap atlas ini dapat berkontribusi dalam mendukung deteksi kasus baru kusta secara akurat dan tepat waktu sebanyak mungkin”

—Yohei Sasakawa, WHO Goodwill Ambassador for Leprosy Elimination