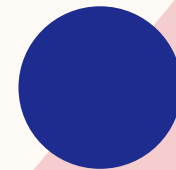


# **KEJANG DEMAM KOMPLEKS**

dr. Sheilla Dewi Sadara  
W

# IDENTITAS PASIEN

Nama : An. HMS  
No. RM : 1908xxxxxx  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tanggal Lahir : 3 Agustus 2019  
Usia : 3 Tahun  
Alamat : Pucanggading  
Tanggal masuk RS : 25 November 2022  
Ruangan : Anggrek





# **KELUHAN UTAMA**

Kejang di Rumah

# ANAMNESIS

4

Pasien datang diantar orangtuanya dengan keluhan kejang di rumah sekitar 5 menit. Kejang kelojotan, mata mendelik ke atas. Kejang sudah 2x di rumah awalnya seperti orang kaget. Sebelumnya pasien demam 4 hari, demam naik turun, terutama pada sore menjelang malam. Tidak ada muntah ataupun batuk pilek. Tidak ada penurunan kesadaran. Nafsu makan menurun. BAB terakhir 3 hari yang lalu, BAK baik. Tidak ada mimisan dan BAB hitam. Riwayat trauma pada kepala : tidak ada, Riwayat perkembangan : baik. Pasien sudah minum obat paracetamol syrup namun panas belum juga turun.

## RPD

- Riwayat Kejang di dahului demam pada bulan Mei 2022
- Alergi –
- Asma –

## RPK

- Riwayat penyakit serupa di keluarga -
- Riwayat Asma -
- Riwayat Alergi -

Riwayat Imunisasi Lengkap sesuai jadwal.

# RIWAYAT PERTUMBUHAN

## Riwayat Pertumbuhan

- Berat badan lahir: 3.100 g
- Panjang badan lahir : 49 cm
- Usia saat ini : 3 tahun
- Berat badan saat ini : 16 kg
- Tinggi Badan : 93 cm

- BMI :  $16\text{kg} / (0,93)^2 \text{ m}^2 = 18,5 \text{ kg/m}^2$
- BB ideal usia 1-6 tahun  
 $\text{Usia (tahun)} \times 2 + 8 = 15,2 \text{ kg}$
- Status Gizi Waterlow  
 $\text{BB\%/TB\%} = \text{BB Aktual} \times 100\% / \text{BB Baku untuk TB Aktual}$   
 $16 \times 100 \% / 15,2 = 105 \%$

**KESAN : Normal**



# **PEMERIKSAAN FISIK**

Keadaan Umum : tampak lemas  
Kesadaran : Compos Mentis  
GCS : E4V5M6

### Vital Sign

Nadi : 124 x/menit, teraba kuat, simetris  
Nafas : 22 x/menit, teratur  
Suhu : 39,5° C

### Antropometri

BB : 16kg  
TB : 93 cm  
IMT : 18,5 kg/m<sup>2</sup>

# STATUS LOKALIS

## Kepala

- Ukuran Kepala : normocephali
- Mata : SI(-/-), CA(-/-), pupil isokor, mata cekung (-/-)
- Hidung : deformitas (-), nafas cuping hidung (-), discharge hidung(-),
- Mulut : sianosis pada bibir (-), bibir kering (-), lidah pahit (-)
- Telinga : edema (-), discharge telinga (-), kelainan anatomis (-)

## Leher

Leher nampak simetris, kelenjar tiroid tidak teraba membesar, Kaku kuduk (-)

## Paru

inspeksi : gerakan dada simetris, ketinggalan gerak (-), retraksi (-),  
jejas (-)

palpasi : tidak dilakukan

perkusi : tidak dilakukan

auskultasi: suara paru vesikuler (+/+), ronkhi (-/-), wheezing (-/-)

## Jantung

- Inspeksi: Iktus cordis tidak terlihat, tanda inflamasi (-), jejas (-)
- Palpasi : Tidak dilakukan
- Perkusi : Tidak dilakukan
- Auskultasi : S1-S2 reguler

## Abdomen

Inspeksi : Jejas (-), tinggi dinding perut lebih tinggi dari dada  
Auskultasi : Bising usus (+) 28 x/menit  
Perkusi : Timpani seluruh regio abdomen, kembung (-)  
Palpasi : Perut lunak, nyeri tekan (-), hepatomegali (-), splenomegali (-), turgor kulit normal

## Ekstremitas

Atas : Gerakan aktif, akral teraba hangat, nadi teraba kuat dan reguler, capillary refill < 2 detik, edema (-), sianosis (-)  
Bawah : Gerakan aktif, akral teraba hangat, nadi teraba kuat dan reguler, capillary refill < 2 detik, edema (-), sianosis (-)

# DIAGNOSIS BANDING

Kejang Demam Kompleks  
Kejang Demam Simpleks  
Epilepsi

# PLANNING

- Observasi febris dan kejang pasien pre dan post pemberian obat
- Pemberian obat penurun panas
- Pemeriksaan Darah rutin
- Pemeriksaan Widal
- Konsul dr. Sp.A

# PEMERIKSAAN PENUNJANG

14

Pemeriksaan Laboratorium (25 November 2022)

| Pemeriksaan            | Hasil      | Satuan          | Rujukan         |
|------------------------|------------|-----------------|-----------------|
| Hemoglobin             | 11,1 (L)   | g/dL            | 12 - 16         |
| Leukosit               | 14.900 (H) | sel/uL          | 4.000-11.000    |
| Trombosit              | 347.000    | sel/uL          | 150.000-450.000 |
| Hematokrit             | 33,8 (L)   | %               | 37-47           |
| Eritrosit              | 4.100 (L)  | Sel/uL          | 4.200-5.500     |
| MCV                    | 82,3       | Um <sup>3</sup> | 80 – 100        |
| MCH                    | 27.2       | Pg              | 27 – 34         |
| MCHC                   | 33.0       | g/dL            | 32 – 36         |
| IMUNO-SEROLOGI         |            |                 |                 |
| Salmonela Typhi O      | 1/320      |                 | NEGATIF         |
| Salmonela Typhi H      | 1/320      |                 | NEGATIF         |
| Salmonela Paratyphi AH | 1/160      |                 | NEGATIF         |
| Rapid Antigen          | NEGATIF    |                 | NEGATIF         |

# PEMERIKSAAN PENUNJANG

15

Pemeriksaan Laboratorium (29 November 2022)

| Pemeriksaan | Hasil     | Satuan | Rujukan         |
|-------------|-----------|--------|-----------------|
| Hemoglobin  | 11.7 (L)  | g/dL   | 12 – 16         |
| Leukosit    | 5.66      | sel/uL | 4.000-11.000    |
| Trombosit   | 403.000   | sel/uL | 150.000-450.000 |
| Hematokrit  | 34.1 (L)  | %      | 37-47           |
| Eritrosit   | 4.300 (L) | Sel/uL | 4.200-5.500     |
| MCV         | 83,4      | Um^3   | 80 – 100        |
| MCH         | 28.6      | Pg     | 27 – 34         |
| MCHC        | 35.0      | g/dL   | 32 – 36         |



# **DIAGNOSIS KERJA**

Kejang Demam Kompleks  
Observasi febris H4 ec Demam Tifoid

# TATALAKSANA : BB = 16kg

## 1. Pemberian Cairan

Holiday segar :

$$100 \times 10\text{kg} = 1000$$

$$50 \times 6 \text{ kg} = 300$$

---

1300 cc / hari

R/ Inf RL 12 tpm (tetesan makro)

## 2. Pemberian Antipiretik

Dosis :

10-15mg/kgbb

$$16 \times (10 - 15 \text{ mg / kgbb}) = 160 - 240 \text{ mg}$$

R/ Inf Paracetamol 200mg

# TATALAKSANA : BB = 16kg

## 3. Pemberian Antikonvulsan

Dosis :

0,2 – 0,5 mg/kgBB

$$16 \times (0,2 - 0,5 \text{ mg/kgBB}) = 3,2 - 8 \text{ mg}$$

---

**R/Inj. Diazepam 5mg / bila kejang**

# EDUKASI

Kejang selalu merupakan peristiwa yang menakutkan bagiorang tua

1. Menyakinkan bahwa kejang demam umumnya mempunyai prognosis baik dan orang tua tidak perlu cemas
2. Memberitahukan cara penanganan kejang
3. Informasi mengenai kemungkinan kejang Kembali
4. Penuhi kecukupan nutrisi dan cairan pada anak

# PROGNOSIS

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Quo ad vitam      | : ad bonam |
| Quo ad sanam      | : ad bonam |
| Quo ad fungtionam | : ad bonam |

## FOLLOW UP HARIAN

- 26 November 2022 pukul 10.00

S Demam masih naik turun, hari ini pasien BAB cair 3x  
O KU: sedang , CM

VS: S= 36,1°C ; RR= 24 x/mnt ; HR= 98 x/mnt ; SpO2= 98%

Status Lokalis

Kepala: konjungtiva anemis (-), sklera ikterik (-), mata cekung (-),

Thorax: Dinding dada simetris , suara paru vesikuler (+/+), wheezing (-/-), rhonki

Abdomen: distensi (+), peristaltik (+) meningkat, Perut mulas, NT + seluruh regio

Ekstremitas: akral teraba hangat, CRT <2 dtk , nadi lemah dan regular, udem (-)

A Kejang Demam Komplek; observasi febris H5 ec demam tifoif

P R/ inf KAEN 3B 10 tpm

R/ Inj Ceftriaxon 2x400mg

R/ inj Paracetamol 100mg (bila demam >38.5)

R/ Inj Diazepam 2,5mg (bila kejang)

R/ Paracetamol 4x1/4tab

R/ Lbio 2x1sach

R/ Zinc 1x1tab

■ 27 November 2022 pukul 15.00

S Demam masih naik turun, hari ini pasien BAB cair 1x  
O KU: sedang , CM

VS: S= 36,4°C ; RR= 24 x/mnt ; HR= 92 x/mnt ; SpO2= 98%

Status Lokalis

Kepala: konjungtiva anemis (-), sklera ikterik (-), mata cekung (-),

Thorax: Dinding dada simetris , suara paru vesikuler (+/+), wheezing (-/-), rhonki

Abdomen: distensi (+), peristaltik (+) meningkat, NT -

Ekstremitas: akral teraba hangat, CRT <2 dtk , nadi lemah dan regular, udem (-)

A Kejang Demam Komplek; observasi febris H6 ec demam tifoif

P R/ inf KAEN 3B 10 tpm

R/ Inj Ceftriaxon 2x400mg

R/ inj Paracetamol 100mg (bila demam >38.5)

R/ Inj Diazepam 2,5mg (bila kejang)

R/ Paracetamol 4x1/4tab

R/ Lbio 2x1sach

R/ Zinc 1x1tab

■ 28 November 2022 pk. 22.00

S Demam (-) semlenget, hari ini pasien BAB cair 1x  
O KU: sedang , CM

VS: S= 36,8°C ; RR= 24 x/mnt ; HR= 92 x/mnt ; SpO2= 98%

Status Lokalis

Kepala: konjungtiva anemis (-), sklera ikterik (-), mata cekung (-),

Thorax: Dinding dada simetris , suara paru vesikuler (+/+), wheezing (-/-), rhonki

Abdomen: distensi (+), peristaltik (+) meningkat, NT -

Ekstremitas: akral teraba hangat, CRT <2 dtk , nadi lemah dan regular, udem (-)

A Kejang Demam Komplek; observasi febris H7 ec demam tifoif, DCA

P R/ inf KAEN 3B 10 tpm

R/ Inj Ceftriaxon 2x400mg

R/ inj Paracetamol 100mg (bila demam >38.5)

R/ Inj Diazepam 2,5mg (bila kejang)

R/ Paracetamol 4x1/4tab

R/ Lbio 2x1sach

R/ Zinc 1x1tab

R/ A ...

■ 29 November 2022 pk. 10.00

S Sudah tidak demam, hari ini pasien BAB sedikit tidak cair

O KU: sedang , CM

VS: S= 36,1°C ; RR= 20 x/mnt ; HR= 96 x/mnt ; SpO2= 98%

Status Lokalis

Kepala: konjungtiva anemis (-), sklera ikterik (-), mata cekung (-),

Thorax: Dinding dada simetris , suara paru vesikuler (+/+), wheezing (-/-), rhonki

Abdomen: distensi (+), peristaltik (+) meningkat, NT -

Ekstremitas: akral teraba hangat, CRT <2 dtk , nadi lemah dan regular, udem (-)

A Kejang Demam Komplek; observasi febris H8 ec demam tifoif, DCA

P R/ inf KAEN 3B 10 tpm

R/ Inj Ceftriaxon 2x400mg

R/ inj Paracetamol 100mg (bila demam >38.5)

R/ Inj Diazepam 2,5mg (bila kejang)

R/ Paracetamol 4x1/4tab

R/ Lbio 2x1sach

R/ Zinc 1x1tab

R/ Asam Valproat 2x2cc

BLPL

# **LANDASAN TEORI**

# DEFINISI

26

## **Demam**

adalah peningkatan suhu tubuh akibat infeksi atau peradangan sebagai respon terhadap masuknya mikroba dimana sel-sel fagosit tertentu (makrofag) mengeluarkan bahan kimia yang dikenal sebagai pirogen endogen yang bekerja pada pusat termoregulasi di hipotalamus.

## **Kejang demam**

ialah bangkitan kejang yang terjadi pada berumur 6 bulan sampai 5 tahun yang mengalami suhu tubuh (suhu di atas 38°C dengan metode pengukuran suhu apapun) yang tidak disebabkan oleh suatu proses intrakranial.

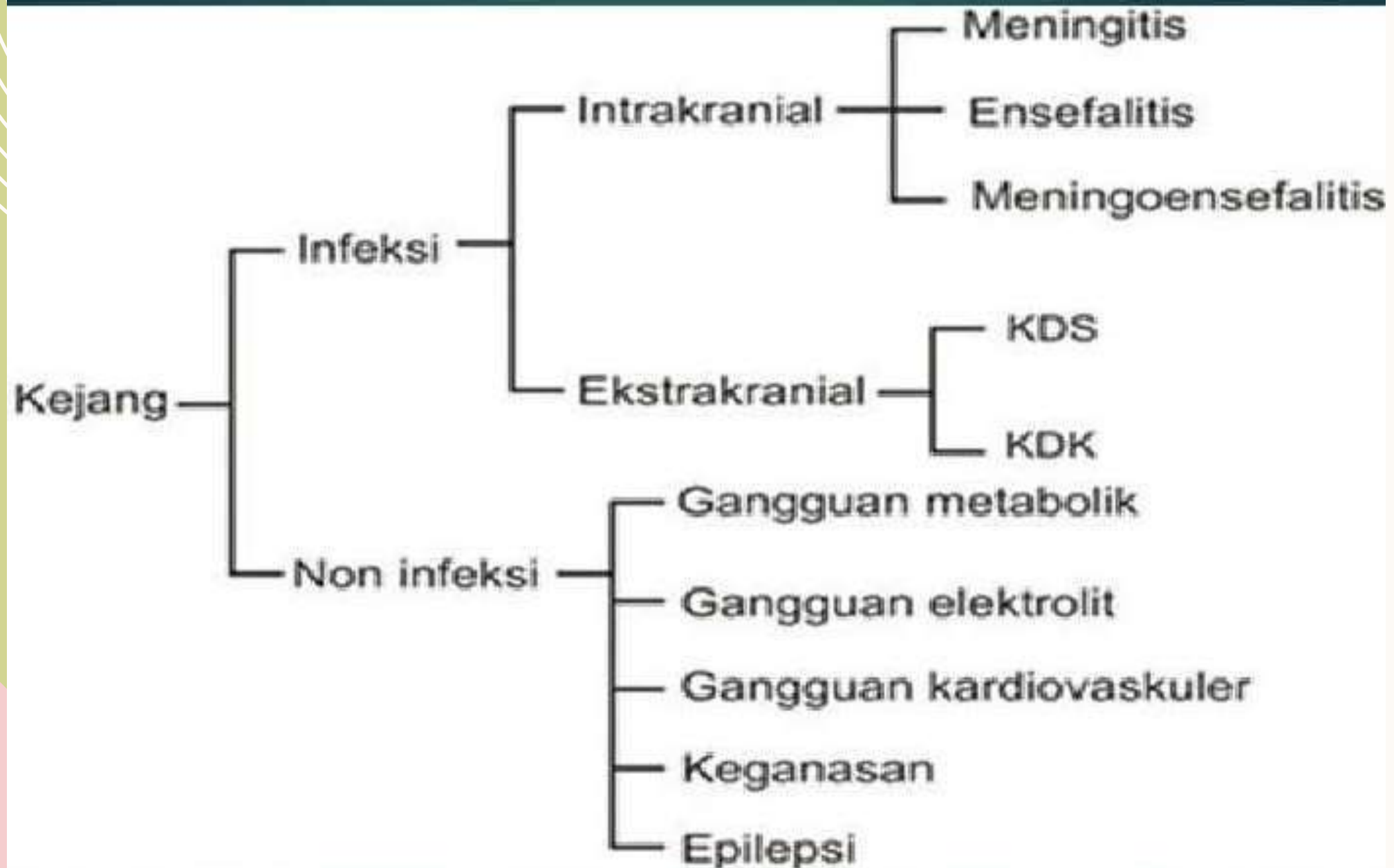
# KDS

- Kejang demam yang berlangsung singkat (  $< 15$  menit ), dan umumnya akan berhenti sendiri.
- Setelah kejang diikuti dengan periode mengantuk / tertidur pasca iktal (  $> 15$  menit ).
- Kejang berbentuk umum tonik dan atau klonik, tanpa gerakan fokal.
- Kejang tidak berulang dalam waktu 24 jam.
- Tanpa kelainan neurologis sebelum dan sesudah kejang

# KDK

27

- Kejang lama  $> 15$  menit
- Kejang fokal atau parsial satu sisi, atau kejang umum didahului kejang parsial selama maupun sesudah kejang ( pergerakan 1 tungkai saja, atau 1 tungkai terlihat lebih lemah )
- Berulang atau lebih dari 1 kali dalam 24 jam.
- Kelainan neurologis sebelum atau sesudah kejang
- Risiko lebih tinggi terjadinya kejang demam berulang dan epilepsi di kemudian hari.



# ETIOLOGI

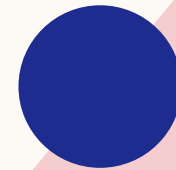
Infeksi saluran napas akut

Otitis Media Akut

Roseola

Infeksi Saluran Kencing

Infeksi gastrointestinal



Kejang demam secara umum disebabkan oleh lepasnya sitokin inflamasi IL 1 beta, hiperventilasi yang menyebabkan alkalosis yang kemudian menyebabkan pH otak meningkat, serta dimungkinkan adanya kelainan genetik.

Terdapat interaksi 3 faktor sebagai penyebab kejang demam yaitu :

1. Imaturitas otak dan termoregulator
2. Demam, dimana kebutuhan oksigen meningkat
3. Predisposisi genetik ( autosomal dominan )



# ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN

## FISIK

Mencari fokus infeksi penyebab demam

Tipe kejang

Pengobatan yang telah diberikan

Riwayat trauma

Riwayat kejang pada keluarga

Riwayat perkembangan

Pemeriksaan Fisik : Vital sign, fungsi neurologis normal. Tidak ditemukan tanda tanda meningitis maupun ensefalitis misalnya kaku kuduk atau penurunan kesadaran

# PEMERIKSAAN

## Pemeriksaan Laboratorium

Darah Perifer Lengkap,

Elektrolit

Gula darah

Tidak dikerjakan secara rutin pada kejang demam, tetapi dapat dikerjakan untuk mengevaluasi sumber infeksi penyebab demam, atau keadaan lain misalnya gastroenteritis dehidrasid disertai demam, hipoglikemi.

## **Pungsi lumbal LCS**

Untuk menegaskan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis.

Pemeriksaan pungsi lumbal tidak dilakukan secara rutin pada anak < 12 bulan yang mengalami KDS dengan keadaan umum baik.

## **Indikasi pungsi lumbal (derajat rekomendasi B )**

1. Terdapat tanda dan gejala rangsangan meningeal
2. Terdapat kecurigaan adanya infeksi SSP ( anamnesis dan PF )
3. Dipertimbangkan pada anak yang sebelumnya telah mendapat antibiotik dapat mengaburkan tanda dan gejala meningitis

## **Elektroensefalografi (EEG)**

- Tidak dapat memprediksi berulangnya kejang, atau memperkirakan kemungkinan kejadian epilepsy pada pasien kejang demam. Oleh karenanya tidak diperlukan untuk kejang demam kecuali apabila bangkitan bersifat fokal.
- Pemeriksaan EEG hanya dilakukan pada kejang fokal untuk menentukan adanya fokus kejang di otak yang membutuhkan evaluasi lebih lanjut.

# Foto X-ray kepala dan CT-scan atau MRI<sup>36</sup>

- Jarang sekali dikerjakan, tidak rutin
- Indikasi seperti:
  1. Kelainan neurologik fokal yg menetap (hemiparesis)
  2. 2. Paresis nervus VI

# **PENATALAKSANA AN**

- Kejang di rumah
- Kejang di klinik

## Kejang di rumah

Diazepam rektal 0,5-0,75 mg/kg atau

Diazepam rektal 5 mg -> BB < 12 kg

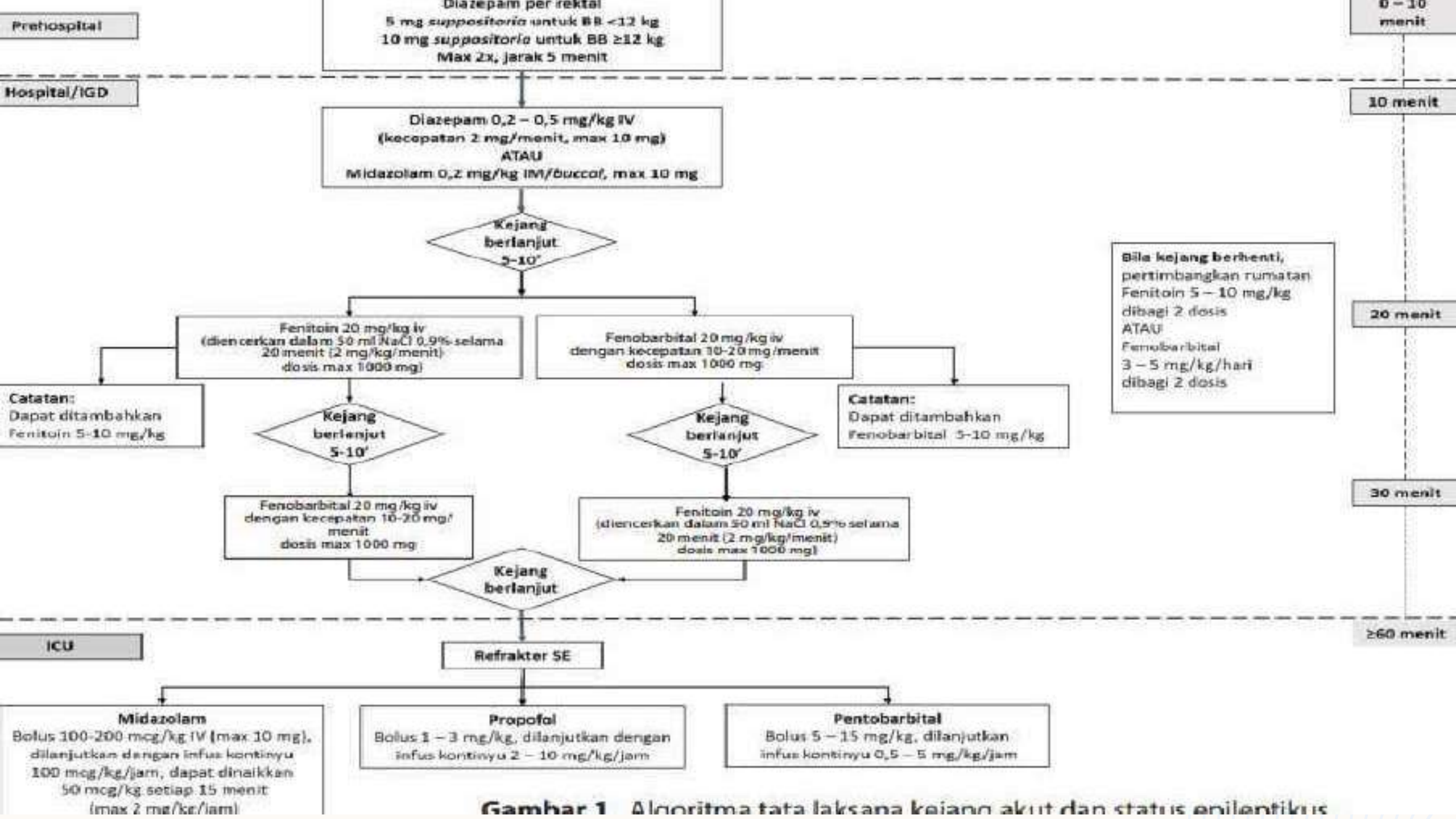
dan 10 mg -> BB > 12 kg atau

Diazepam rektal 5 mg -> < 3 thn dan

7,5 mg -> > 3 thn

Bila kejang belum berhenti -> ulangi dg interval waktu 5 menit.

Bila setelah 2 kali masih tetap kejang -> rumah sakit.



## Penatalaksanaan di klinik / UGD

40

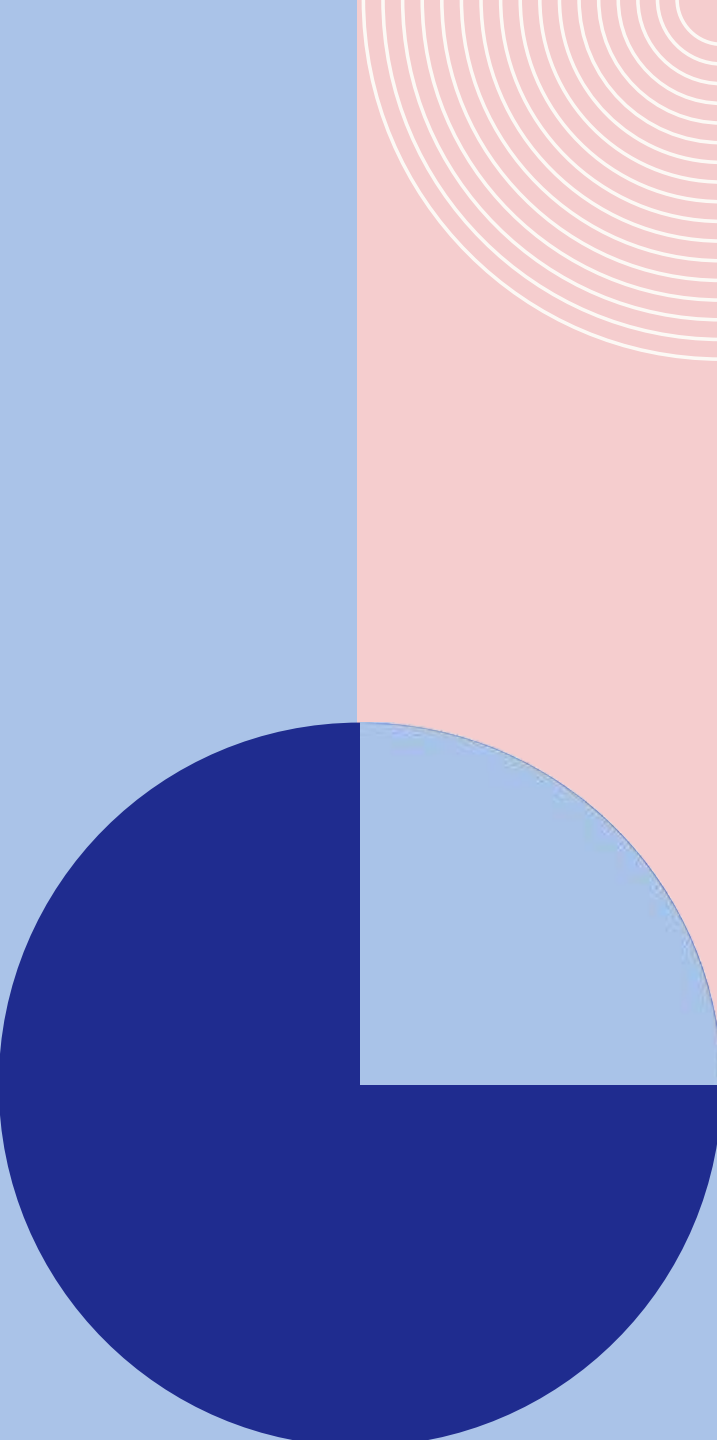
Umumnya kejang berlangsung singkat (rerata 4 menit) dan pada waktu pasien datang, kejang sudah berhenti.

Apabila datang dalam keadaan kejang

->

diazepam IV 0,2-0,5 mg/kg secara perlahan lahan dengan kecepatan 2 mg/menit atau dalam waktu 3-5 menit, dengan dosis maksimal 10 mg

- Tenangkan dan yakinkan orangtua bahwa kejang demam memiliki prognosis yang sangat baik dengan risiko kematian dan kemungkinan terjadinya epilepsi dikemudian hari sangat kecil.
- Pastikan jalan napas tidak terhalang
- Pakaian dilonggarkan
- Anak diposisikan miring agar lendir / cairan keluar
- Periksa tanda vital ( pernapasan, nadi, suhu )

- 
- Bila kejang tetap (+) -> fenitoin inisial secara IV 10-20 mg/kg/kali dengan kecepatan 1 mg/kg/menit atau kurang dari 50 mg/menit.
  - Fenitoin -> iritasi vena -> diencerkan dengan NaCl 0,9% dg komposisi 10 :1
  - Bila kejang berhenti, dosis (rumatan) selanjutnya 4-8 mg/kg/hari dibagi 2 dosis dimulai 12 jam setelah dosis awal.
  - Bila kejang tetap (+) -> inisial fenobarbital IV 20 mg/kg dengan kecepatan 20 mg/ menit. Dosis inisial maksimal 1 gr.
  - Setelah kejang berhenti, lanjutkan dengan dosis rumatan 4-6 mg/ kg/hr dibagi 2 dosis yang diberikan 12 jam kemudian.
  - Bila kejang tetap tidak berhenti lakukan *knock down* dengan Midazolam, tiopental atau propofol dan pasien harus dirawat di ruang rawat intensif.
  - Bila kejang telah berhenti, pemberian obat selanjutnya

# PEMBERIAN OBAT PADA SAAT DEMAM

## Antipiretik

Penggunaan antipiretik tidak mengurangi risikoterjadinya KD

Dosis parasetamol : 10 – 15 mg/kg/kali diberikan 4 - 5 xsehari.

Dosis Ibuprofen 5-10 mg/ kg/kali 3-4 kali sehari

Asam asetil salisilat tidak dianjurkan -> sindrom Reye terutama pada anak < 18 bulan.

# ANTI-KONVULSAN

## Pemberian antikonvulsan intermiten

- Adalah obat antikonvulsan yang diberikan hanya pada saat demam.
- Diberikan sebagai pengobatan sesudah kejang ataupun pencegahan rekurensi kejang

# Profilaksis intermiten diberikan pada KD dengan salah satu faktor risiko :

Kelainan neurologis berat, misalnya palse serebral

- Berulang 4 kali atau lebih dalam 1 tahun
- \* Usia < 6 bulan
- \* Bila kejang terjadi pada suhu tubuh < 39 derajat C
- \* Apabila pada episode kejang demam sebelumnya, suhu tubuh meningkat dengan cepat.

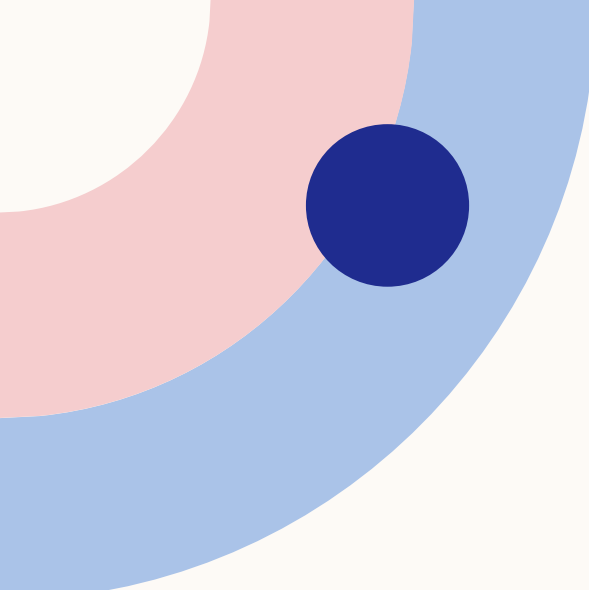
- Obat yang digunakan adalah :

Diazepam oral 0,3 mg/kg/x atau rektal 0,5 mg/kg/kali( 5 mg ->  $BB \leq 12$  kg dan 10 mg ->  $BB \geq 12$  kg) sebanyak 3 kali sehari dengan dosis maksimum diazepam 7,5 mg/kali.

- Diazepam diberikan selama 48 jam pertama demam.

- Perlu diinformasikan kepada orangtua bahwa dosis tersebut cukup tinggi dan dapat menyebabkan ataksia, iritabilitas serta sedasi. Efek samping ini dapat dikurangi dengan cara mengurangi dosis yang sesuai.

- Disarankan diberikan pada kejang demam kompleks yang rekuren



## **Pemberian obat antikonvulsan rumat / Terus menerus**

Berdasarkan bukti ilmiah bahwa kejang demam tidak berbahaya dan penggunaan obat dapat menyebabkan efek samping yang tidak diinginkan, maka pengobatan rumat hanya diberikan terhadap kasus selektif dan dalam jangka pendek.

## Indikasi pengobatan rumat :

1. Kejang fokal
  2. Kejang lama > 15 menit
  3. Adanya kelainan neurologis yang nyata sebelum atau sesudah kejang, misalnya hemiparesis, cerebral palsy, hidrosefalus.
- Kelainan neurologis tidak nyata misalnya keterlambatan perkembangan, bukan merupakan indikasi pengobatan rumat.
  - Pada anak dengan kelainan neurologis berat dapat diberikan edukasi untuk pemberian terapi profilaksis intermiten terlebih dahulu, jika tidak berhasil atau orangtua khawatir, dapat diberikan terapi antikonvulsan rumat

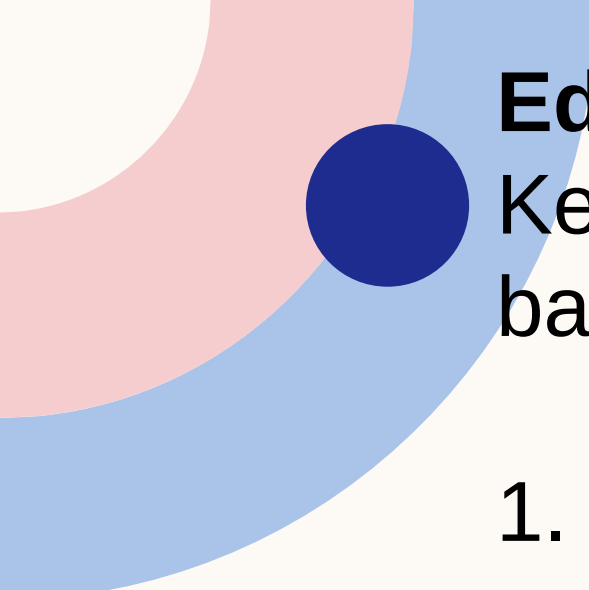


## **Pengobatan rumat dipertimbangkan bila :**

- Kejang berulang  $\geq 2$  x dalam 24 jam.
- Kejang demam terjadi pada bayi  $< 12$  bulan.
- Kejang demam  $> 4$  kali per tahun
- Kejang demam  $> 15$  menit merupakan indikasi pengobatan rumat

## Jenis antikonvulsan untuk pengobatan rumat <sup>50</sup>

- Dosis asam valproat 15-40 mg/kg/hari dibagi dalam 2-3 dosis
- Dosis fenobarbital 3-4 mg/kg/hari dalam 1-2 dosis.
- Lama pengobatan rumat : selama 1 tahun bebas kejang, kemudiandihentikan secara bertahap selama 1-2 bulan.
- Obat obat ini efektif dalam menurunkan risiko berulangnya kejang.
- Fenobarbital -> ggn perilaku dan kesulitan belajar pada 40-50% kasus.
- Obat pilihan saat ini adalah asam valproat.
- Sebagian kecil kasus (umur < 2 tahun) asam valproate -> ggn fungsi hati

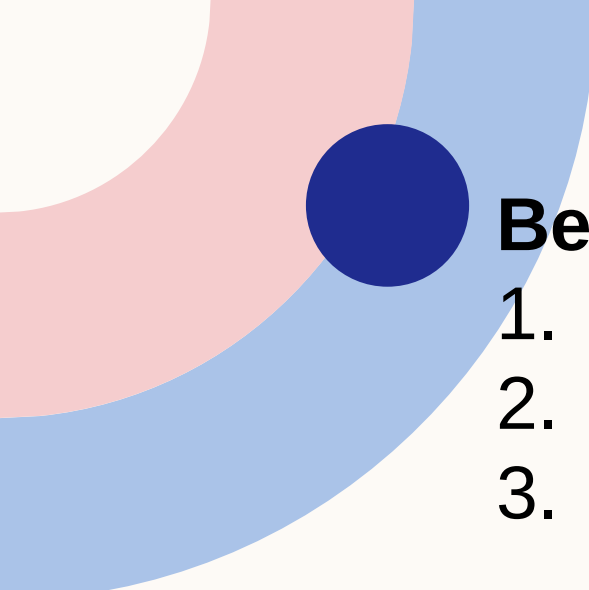


## **Edukasi pada orang tua :**

51

Kejang selalu merupakan peristiwa yang menakutkan bagiorang tua

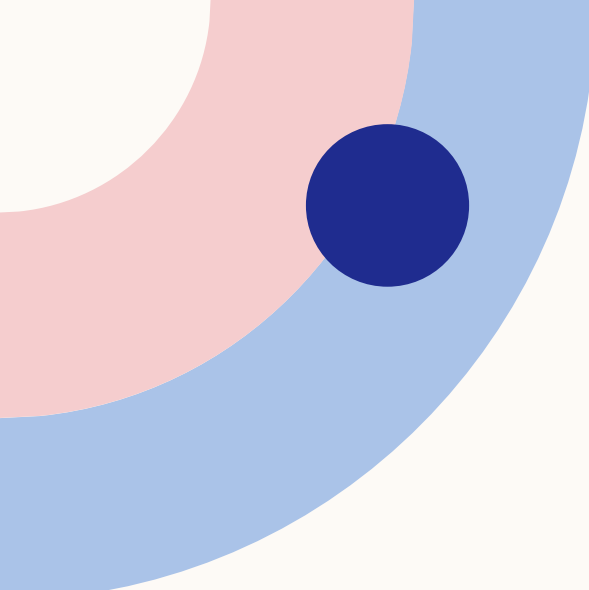
1. Menyakinkan bahwa kejang demam umumnya mempunyai prognosis baik dan orang tua tidak perlu cemas
2. Memberitahukan cara penanganan kejang
3. Informasi mengenai kemungkinan kejang Kembali
4. Pemberian obat untuk cegah rekurensi memang efektif tetapi harus diingat adanya efek samping obat.



## **Beberapa hal yang harus dikerjakan bila kembalikejang**

1. Tetap tenang dan tidak panik
2. Kendorkan pakaian yang ketat terutama disekitar leher
3. Bila tidak sadar, posisikan anak terlentang dengan kepala miring. Bersihkan muntahan atau lendir di mulut atau hidung. Walau kemungkinan lidah tergigit, jangan masukkan sesuatu kedalam mulut.
4. Ukur suhu, observasi dan catat lama dan bentuk kejang.
5. Tetap bersama pasien selama kejang
6. Berikan diazepam rektal bila kejang masih berlangsung lebih dari 5 menit. Jangan diberikan bila kejang telah berhenti.

Diazepam rektal hanya boleh diberikan 1 kali oleh orang tua



## **Bawa kedokter atau rumah sakit bila :**

- Kejang berlangsung 5 menit atau lebih
  - \* Suhu tubuh lebih dari 40 derajat C
  - \* Kejang tidak berhenti dengan diazepam rektal
  - \* Kejang fokal
  - \* Setelah kejang anak tidak sadar
  - \* Terdapat kelumpuhan
-

# DIAGNOSA BANDING

Kejang demam : peningkatan suhu tubuh secara cepat dan diikuti oleh kejang

Proses intrakranial : demam terjadi bersamaan atau setelah kejang.

Anak < 1 thn : Meningitis ( letargi, ubun ubun besar menonjol, leukositosis )

# PROGNOSIS

## **Kemungkinan mengalami kecacatan atau kelainan neurologis**

- Prognosis kejang demam secara umum sangat baik.
- Kejadian kecacatan sebagai komplikasi kejang demam (-).
- Perkembangan mental dan neurologis umumnya tetap normal pada pasien yang sebelumnya normal.
- Kelainan neurologis dapat terjadi pada kasus kejang lama atau kejang berulang, baik umum maupun fokal.
- Anak dengan kejang demam memiliki kemungkinan 30-50% mengalami kejang demam berulang, dan 75% nya terjadi dalam 1 tahun setelah awitan yang pertama.

## Kemungkinan berulangnya kejang demam

Faktor risiko berulangnya kejang demam adalah :

1. Riwayat kejang demam atau epilepsi dalam keluarga
2. Usia kurang dari 12 bulan
3. Temperatur yang rendah ( $39^{\circ}\text{C}$ ) saat kejang
4. Cepatnya kejang setelah demam
5. Apabila kejang demam pertama merupakan KDK

Jika seluruh faktor (+) -> risiko kejang demam berulang<sup>↑</sup> hingga 80%

Jika seluruh faktor (-) -> kemungkinan berulang 10-15%

Kemungkinan besar berulangnya kejang demam pada tahun pertama.

## Faktor risiko terjadinya epilepsi

Anak yang mengalami KDS tidak memiliki risiko lebih tinggi mengidapepilepsi dibandingkan dengan populasi normal

1. Kelainan neurologis atau perkembangan yang jelas sebelum kejangdemam pertama.
  2. Kejang demam kompleks
  3. Riwayat epilepsi pada orang tua atau saudara kandung
  4. Kejang demam sederhana yang berulang  $\geq 4$  episode dalam 1 tahun.
- Masing-masing faktor risiko me↑kemungkinan kejadian epilepsi 4%-6%,kombinasi dari faktor risiko tersebut me↑kemungkinan epilepsi 10%-49%.
  - Kemungkinan menjadi epilepsi tidak dapat dicegah dengan pemberianobat rumat

## Faktor risiko kematian

- Kematian langsung karena kejang demam tidak pernah dilaporkan.
- Angka kematian pada kelompok anak yang mengalami kejang demam sederhana dengan perkembangan normal dilaporkan sama dengan populasi umum

# Vaksinasi

- Tidak ada kontra indikasi untuk vaksinasi terhadap anak yang mengalami kejang demam ( sangat jarang ).
- Pada keadaan tersebut, dianjurkan pemberiandiazepam intermiten dan parasetamol profilaksis.
- Beberapa dokter anak merekomendasikan parasetamol pada saat vaksinasi hingga 3 hari kemudian

# DAFTAR PUSTAKA

1. Pedoman Pelayanan Medis; Ikatan Dokter Anak Indonesia; edisi 2, 2011
2. Konsensus Penatalaksanaan Kejang Demam; Unit Kerja Koordinasi Neurologi; Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2016
3. Nelson; Ilmu Kesehatan Anak Esensial; edisi ke enam; Saunders Elsevier; 2011, hal 740
4. Sherwood L; Fisiologi Manusia; Dari sel ke sistem; edisi ke 6; Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2012 hal 716
5. Kapita Selekta Kedokteran; Essentials medicine; edisi 4; 2014 hal 102