



Sebuah Laporan Kasus: Kejang Demam Sederhana

Lifkha Afriyana¹, Inggrit Anggraini²,
Supriadi³, Siska Silviana⁴

Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran, Universitas Abdurrab

Email: lifkha.afriyana19@student.univrab.ac.id

Alamat : Jl. Riau Ujung No 73 Pekanbaru, Riau, Indonesia

Abstract. Febrile seizures are seizures that occur in children aged 6 months to 5 years who experience an increase in body temperature (temperature above 38.0C, by any temperature measurement method) which is not caused by an intracranial process. (1) Febrile seizures are divided into febrile seizures simple and complex. Simple febrile seizures are common at onset, last less than 15 minutes, and do not occur more than once in 24 hours. Complex seizures are longer lasting, have focal symptoms, and can recur within 24 hours. We report a case of sudden high fever since 1 day ago accompanied by with seizures lasting 1 day for < 5 minutes. During a seizure, the patient is unconscious with his eyes upturned, his whole-body stiff. Denied cough complaints. Nausea and vomiting denied. Defecate once a day, the consistency is soft and yellowish in color. Urination no complaints.

Keywords: Febrile seizures, complex febrile seizures, simple febrile seizure

Abstrak. Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada anak berumur 6 bulan sampai 5 tahun yang mengalami kenaikan suhu tubuh (suhu di atas 38.0C, dengan metode pengukuran suhu apa pun) yang tidak disebabkan oleh proses intrakranial.⁽¹⁾ Kejang demam terbagi kepada kejang demam sederhana dan kompleks. Kejang demam sederhana umum terjadi saat onset, berlangsung kurang dari 15 menit, dan tidak terjadi lebih dari sekali dalam 24 jam. Kejang kompleks lebih tahan lama, memiliki gejala fokal, dan bisa kambuh dalam 24 jam. Kami melaporkan kasus demam tinggi tiba-tiba sejak 1 hari lalu disertai dengan kejang berlangsung 1 hari selama < 5 menit. Saat kejang pasien tidak sadar dengan mata ke atas, seluruh badan kaku. Keluhan batuk disangkal. Mual muntah disangkal. Buang air besar sebanyak 1 kali dalam sehari, konsistensi lembek, dan berwarna kekuningan. Buang air kecil tidak ada keluhan.

Kata Kunci: Kejang demam, kejang demam kompleks, kejang demam sederhana

PENDAHULUAN

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada anak berumur 6 bulan sampai 5 tahun yang mengalami kenaikan suhu tubuh (suhu di atas 38.0C, dengan metode pengukuran suhu apapun) yang tidak disebabkan oleh proses intrakranial.⁽¹⁾ Kejang tanpa disertai penyebab atau penyakit lain yang memicu terjadinya kejang seperti infeksi sistem saraf pusat (SSP), gangguan elektrolit, trauma, atau epilepsy, yang mengenai 2%-4% anak usia 6 bulan - 5 tahun.⁽⁵⁾

Kejang demam sederhana Kejang demam yang berlangsung singkat (kurang dari 15 menit), bentuk kejang umum (tonik dan atau klonik), serta tidak berulang dalam waktu 24 jam.⁽¹⁾

Manifestasi klinis kejang demam Kejang pada anak dapat terjadi bangkitan kejang dengan suhu tubuh mengalami peningkatan yang cepat dan disebabkan karena infeksi di luar susunan saraf pusat seperti otitis media akut, bronkitis, tonsilitis dan furunkulosis. Kejang

demam biasanya juga terjadi dalam waktu 24 jam pertama pada saat demam dan berlangsung singkat dengan sifat bangkitan dapat berbentuk tonik-klonik, klonik, tonik dan fokal atau akinetik. Pada umumnya kejang demam dapat berhenti sendiri dan pada saat berhenti, anak tidak dapat memberikan reaksi apapun untuk sejenak tetapi setelah beberapa detik atau bahkan menit kemudian anak akan sadar kembali tanpa adanya kelainan saraf.⁽¹⁸⁾

Ikatan Dokter Anak Indonesia merumuskan kriteria diagnosis kejang demam sederhana berdasarkan data yang didapat dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Melalui anamnesis yaitu:

1. Bayi kecil (usia 7 bulan) demam tinggi malam hari kejang sebanyak 1 kali selama 1 hari dengan durasi 2 menit.
2. Minum ASI eksklusif

Pada pemeriksaan fisik didapatkan:

1. Tampak sakit sedang
2. Dengan suhu tubuh 37,5 °C

Pada pemeriksaan penunjang didapatkan:

1. Darah perifer lengkap menunjukkan kadar hemoglobin yang menurun 10,0 g/dl

HASIL DAN PEMBAHASAN

Ilustrasi Kasus

Pasien datang bersama orang tua ke IGD RSUD Dumai dengan keluhan demam tinggi tiba-tiba sejak 1 hari. Demam dirasakan terus menerus tanpa disertai menggigil. Saat sedang diobservasi di IGD pasien mengalami kejang. Kejang berlangsung 1 kali selama <5 menit. Sebelum kejang pasien tampak tidur, saat kejang pasien tidak sadar dengan mata ke atas, seluruh badan kaku, mulut berbusa (), menggigit lidah (-), kemudian setelah kejang pasien sadar serta menangis. Keluhan batuk disangkal. Mual muntah disangkal. Buang air besar sebanyak 1 kali dalam sehari, konsistensi lembek, dan berwarna kekuningan. Buang air kecil tidak ada keluhan. Pasien sudah ada melakukan pengobatan dengan pemberian obat proris. Pasien belum pernah mengeluhkan hal yang serupa. Riwayat kejang di dalam keluarga tidak ada. Tidak ada riwayat alergi. Pada pemeriksaan laboratorium darah rutin kadar hemoglobin menurun yaitu 10,0 g/dl dan pemeriksaan gula darah sewaktu dalam batas normal.

Pembahasan

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada anak berumur 6 bulan sampai 5 tahun yang mengalami kenaikan suhu tubuh (suhu di atas 38°C, dengan metode pengukuran suhu apa pun) yang tidak disebabkan oleh proses intrakranial. Kejang demam terbagi atas 2 yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks. Kejang demam sederhana merupakan kejang yang berlangsung singkat (kurang dari 15 menit), bentuk kejang umum (tonik dan atau klonik), serta tidak berulang selama 24 jam. Pada kasus ini pasien laki-laki usia 7 bulan datang ke IGD RSUD kota Dumai dengan demam tinggi tiba-tiba sejak 1 hari. Demam dirasakan terus menerus tanpa disertai menggigil. Saat sedang diobservasi di IGD pasien mengalami kejang. Kejang berlangsung 1 kali selama < 5 menit. Sebelum kejang pasien tampak tidur, saat kejang pasien tidak sadar dengan mata ke atas, seluruh badan kaku, mulut berbusa (-), menggigit lidah (-), kemudian setelah kejang pasien sadar serta menangis.

Diagnosis Kejang Demam Sederhana ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk menentukan penyakit penyerta pada pasien. Dari anamnesis anak mengalami demam tinggi dengan suhu 38,2⁰C kemudian kejang pada pasien berlangsung selama <5 menit dan tidak mengalami pengulangan selama 24 jam. Pada pemeriksaan laboratorium darah rutin kadar hemoglobin menurun yaitu 10,0 g/dl dan pemeriksaan gula darah sewaktu dalam batas normal.

Penatalaksanaan untuk kasus kejang demam sebagai antipiretik diberikan paracetamol 1015mg/kgbb diberikan tiap 4-6 jam, pemberian antikonvulsan jika pasien mengalami kejang dengan memberikan diazepam rektal saat kejang sebanyak 0,5 mg/kgbb/kali, pemberian antibiotik diberikan golongan sefalosporin sebagai profilaksis pada anak, antibiotik yang digunakan adalah ceftriaxone injeksi dengan dosis 50mg/kgbb/12 jam. Edukasi terhadap orangtua mengenai penatalaksanaan awal jika pasien mengalami kejang adalah pemberian diazepam rektal 0,5mg/kgbb/kali jika anak mengalami kejang kembali serta pemberian edukasi untuk mengurangi kecemasan pada orangtua jika anak mengalami kejang.

Penatalaksanaan pada kasus pasien saat di IGD diberikan IVFD 4:1 20 tpm mikro, sebagai antipiretik diberikan paracetamol syr 3 x ¾ cth, injeksi ceftriaxone 400mg/12jam, injeksi dexamethasone 1 mg/ 8 jam dan diazepam 5mg rectal bila mengalami kejang berulang, pada hari kedua pasien diberikan IVFD 4:1 20 tpm mikro, paracetamol syr 3 x ¾ cth, injeksi ceftriaxone 400 mg/12jam, injeksi dexamethason 1 mg/ 8 jam dan diazepam 5mg rectal bila kejang. Pada hari ketiga pemberian IVFD 4:1 20 tpm mikro, paracetamol syr 3 x ¾ cth, injeksi ceftriaxone 400mg/12jam, injeksi dexamethasone 1 mg/ 8 jam dan diazepam 5 mg rectal bila kejang kemudian pasien dapat dipulangkan.

Pasien dapat mengalami kejang kembali dan tidak terdapat hubungan apakah kejang yang pertama kali terjadi termasuk kejang demam sederhana ataupun kompleks dengan kejadian kejang berikutnya. Resiko terjadinya epilepsi 2,4% pada anak dengan kejang demam sederhana dan 6-8% pada anak dengan kejang demam kompleks.

KESIMPULAN

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada anak berumur 6 bulan sampai 5 tahun yang mengalami kenaikan suhu tubuh (suhu di atas 38.0°C, dengan metode pengukuran suhu apapun) yang tidak disebabkan oleh proses intrakranial. Kejang demam terdiri dari kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks untuk membedakan kedua klasifikasi ini dapat dilihat dari durasi kejang, bentuk kejang dan frekuensi kejang dalam 24 jam. Untuk membedakan kejang akibat demam (infeksi ekstrakranial) dengan kejang yang diakibatkan infeksi intrakranial (meningitis, ensefalitis) dan epilepsi dapat dilakukan pemeriksaan fisik kemudian jika perlu dapat dilakukan pemeriksaan penunjang. lanjutan.

Penatalaksanaan pada saat kejang demam dapat menggunakan algoritma kejang. dan dapat diberikan tatalaksana antipiretik serta antikonvulsan rumatan dan intermiten sesuai indikasinya masing-masing. Prognosis kejang demam baik, tetapi kejang demam dapat berulang bahkan dapat menjadi epilepsi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Rekomendasi Penatalaksanaan Kejang Demam. 1st ed. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2016.
- Pelealu A, Palendeng, O. Pemberian Pendidikan Kesehatan Tentang Penanganan Kejang Demam Pada Anak Balita Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Ibu. 2019; 7(2):1-
- Mohammad, Rohaiza. Identifikasi Faktor Risiko Kejang Demam Sederhana Pada Anak. 2017;5 (3): 8
- Talebian A, Vafaei S, Sharif M., et al. *Comparison of the effects of clobazam and diazepam in prevention of recurrent febrile seizure. J Res Medical and Science.*
- Ayu P, Nandari P, Agung A. et al. Hubungan Berulangnya Kejang Demam pada Anak Dengan Riwayat Kejang di Keluarga. e-Journal AMJ (Aesculapius Med Journal). 2021;1(1):32-7.
- Dewanti A, Widjaja JA, Tjandrajani A, Burhany AA. Kejang Demam dan Faktor yang Mempengaruhi Rekurensi. Sari Pediatri. 2016;14(1):57.
- Kumar Kundu G, Rabin F, Nandi E, et al. *Etiology and Risk Factors of Febrile Seizure.* 2010;34(3):103-12.

- Maharani D, Yani FF, Lestari Y. Profil Balita Penderita Infeksi Saluran Nafas Akut Atas di Poliklinik Anak RSUP DR. M. Djamil Padang Tahun 2012-2013. *J Kesehatan Andalas*. 2017;6(1):152.
- Widodo YP, Dewi RC, Saputri LD. Hubungan perilaku keluarga terhadap kejadian infeksi saluran pernafasan atas (ISPA). *Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2016;7(2):103–13.
- Anderson J PE. Tonsilitis. Ncbi. 2022; Available from: Institute fo Quality and Efficiency in Health Care 2006. Tonsilitis. Ncbi [Internet].
- Newman RK, Johnson JT. Pharyngitis Approach to diagnosis and treatment. *Postgrad Med*. 1980;68(2):184–91.
- Paul CR, Moreno MA. Acute Otitis Media. *JAMA Pediatr*. 2020;174(3):308.
- Venekamp RP, Damoiseaux RAMJ, Schilder AGM. *Acute otitis media in children*. 2017;95(2):109–10.
- Indonesia. KKR. Petunjuk Teknis Manajemen dan Tatalaksan TB anak. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. 2016.
- Samuel A. Bronkopneumonia on Pediatric Patient. *J Agromed Unila*. 2014;1:2.
- Wu Yz, Liu YH, Tseng CM, *et al*. *Comparison of Clinical Characteristics Between Febrile and Afebrile Seizures Associated With Acute Gastroenteritis in Childhood*. *Front Pediatr*. 2020;8:1–8.
- Ngastiyah. Perawatan Anak Sakit. Available 2nd ed. Jakarta: EGC;from: 2014<http://ojs.stikesbhama>.
- Purwati OS. Kegawatdaruratan Kejang Demam. In Jakarta; 2008. p. 97–100.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana 2022; Available from: <https://>
- Epilepsi Pada Anak. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia 2017.
- Anwar, H., Khan, U. Q., Nadeem, N., Pervaiz, I., Ali, M., & Cheema, F. F. *Epileptic Seizures*. *Discoveries Journals*, 2021 : 9(2) ; 128.
- Aninditha, T., & Wiratman, W. *Buku Ajar Neurologi*. Jakarta : Penerbit Kedokteran Indonesia: 2017.
- Vasudava. Shikha S, Meningitis