



# KEJANG DEMAM

## DEFINISI:

Kejang demam ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal  $> 38^{\circ}\text{C}$ ) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium

## KLINIS :

Kejang demam terjadi pada 2-4% anak berusia 6 bulan - 5 tahun. Kejang disertai demam pada bayi  $< 1$  bulan tidak termasuk kejang demam. Jika anak berusia  $< 6$  bulan atau  $> 5$  tahun mengalami kejang didahului demam, pikirkan kemungkinan lain seperti infeksi SSP, atau epilepsi yang kebetulan terjadi bersama demam. Anak yang pernah mengalami kejang tanpa demam, kemudian kejang saat demam, tidak termasuk dalam kejang demam.

Kejang demam dibagi atas 2 jenis:

1. Kejang demam sederhana (simple febrile seizure) ; yaitu :  
Kejang demam yang berlangsung singkat,  $< 15$  menit dan umumnya akan berhenti sendiri. Kejang berupa kejang umum tonik atau klonik, tanpa gerakan fokal. Kejang demam tidak berulang dalam 24 jam. Kejang jenis ini merupakan 80% dari seluruh kejang demam
2. Kejang demam kompleks (complex febrile seizure) ; yaitu :  
Kejang dengan salah satu ciri berikut :
  - a. Kejang lama  $> 15$  menit
  - b. Kejang fokal atau parsial satu sisi, atau kejang umum didahului kejang parsial
  - c. Berulang atau lebih dari satu kali dalam 24 jam

## PEMERIKSAAN PENUNJANG :

Pemeriksaan laboratorium tidak dikerjakan secara rutin; dilakukan untuk evaluasi penyebab demam, atau keadaan lain; misalnya pemeriksaan darah perifer, elektrolit dan gula darah.

Pungsi lumbal dilakukan untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis; risiko meningitis bakterialis adalah 0.6% - 6.7 %. Jika yakin klinis bukan meningitis, tidak perlu dilakukan.

Mengingat manifestasi klinis meningitis sering tidak jelas pada bayi ; maka pada:

1. Bayi  $< 12$  bulan sangat dianjurkan punksi lumbal
2. Bayi antara 12 - 18 bulan dianjurkan
3. Bayi  $> 18$  bulan tidak rutin

EEG tidak direkomendasikan karena tidak dapat memprediksi berulangnya kejang atau memperkirakan risiko epilepsi di kemudian hari. Pemeriksaan EEG dapat dilakukan pada kejang demam tak khas; misalnya pada anak usia  $> 6$  tahun atau kejang demam fokal.

Pencitraan seperti foto X ray, CT scan atau MRI kepala hanya dilakukan jika ada :

1. Kelainan neurologik fokal menetap (misal hemiparesis)
2. Paresis n.VI (n.abdusens) - bola mata tidak dapat melirik ke lateral
3. Papiledema

## PENATALAKSANAAN

### Saat kejang

Umumnya kejang berlangsung singkat dan berhenti sendiri. Jika masih kejang diberikan diazepam intravena 0.3 - 0.5 mg/kg.bb iv diberikan dalam waktu 3 - 5 menit, dosis maksimal 20 mg. Atau diazepam per rektal 5 mg. untuk anak dengan berat badan  $< 10$  kg., dan 10 mg. jika berat badan  $> 10$  kg. Atau diazepam per rektal 5 mg. untuk usia  $< 3$  tahun dan 7.5 mg. untuk usia  $> 3$  tahun. Jika setelah pemberian diazepam per rektal kejang belum berhenti, dapat diulang dengan dosis sama setelah selang waktu 5 menit. Jika setelah dua kali pemberian diazepam per rektal masih belum berhenti, dianjurkan ke rumah sakit.

### Di rumahsakit :

Diberikan diazepam intravena 0.3 - 0.5 mg/kg.bb. Jika masih tetap kejang, berikan fenitoin intravena 10-20 mg/kg.bb/kali dengan kecepatan 1 mg/menit atau  $< 50$  mg/menit. Jika berhenti dosis selanjutnya fenitoin 4-8 mg/kg.bb/hari dimulai 12 jam setelah dosis awal. Jika masih belum berhenti, rawat di ruang intensif.

### Pemberian obat saat demam

Tidak ada bukti bahwa pemberian antipiretik mengurangi risiko kejang demam; tetapi dapat diberikan parasetamol dengan dosis 10 -15 mg/kg.bb/kali diberikan 4 kali sehari, tidak lebih dari 5 kali sehari. Obat lain ibuprofen dengan dosis 5-10 mg/kgbb/kali, 3 - 4 kali sehari. Asam asetil salisilat tidak dianjurkan terutama pada usia  $< 18$  bulan karena risiko sindrom Reye Diazepam oral 0.3 mg/kg.bb tiap 8 jam saat demam menurunkan risiko berulangnya kejang demam pada 30% - 60 % kasus, begitu pula diazepam rektal 0.5 mg/kg.bb setiap 8 jam pada suhu  $> 38.5^{\circ}\text{C}$ .



Hati-hati dengan efek samping ataksia, iritabel dan sedasi berat yang terjadi pada 25% - 39% kasus.

Fenobarbital, fenitoin dan karbamazepin saat demam tidak berguna untuk mencegah kejang demam.

### Pengobatan rumat/pencegahan/profilaksis

Diberikan jika:

1. Kejang lama > 15 menit
2. Ada kelainan neurologis nyata sebelum atau sesudah kejang, misalnya paresis Todd, cerebral palsy, retardasi mental, hidrosefalus.
3. Kejang fokal

Dipertimbangkan jika :

1. Kejang berulang dua kali atau lebih dalam 24 jam
2. Terjadi pada bayi < 12 bulan
3. Kejang demam  $\geq$  4 kali/tahun

Jenis obat :

Pilihan pertama saat ini ialah asam valproat dengan dosis 15-40 mg/kg.bb/hari dibagi 2-3 dosis; atau fenobarbital 3-4 mg/kg. bb/hari dibagi dalam 1-2 dosis.

Asam valproat dapat menyebabkan gangguan fungsi hati pada sebagian kecil kasus terutama pada usia < 2 tahun; fenobarbital dapat menimbulkan gangguan perilaku dan kesulitan belajar pada 40% - 50% kasus.

Lama pengobatan :

Diberikan selama 1 tahun bebas kejang; kemudian dihentikan bertahap dalam 1-2 bulan.

### PROGNOSIS

Risiko cacat akibat komplikasi kejang demam tidak pernah dilaporkan.

Perkembangan mental dan neurologis umumnya tetap normal pada pasien yang sebelumnya normal.

Ada penelitian retrospektif yang melaporkan kelainan neurologis pada sebagian kecil kasus, biasanya terjadi pada kasus dengan kejang lama atau kejang berulang.

Kematian akibat kejang demam tidak pernah dilaporkan.

### Risiko berulang

Faktor risiko berulangnya kejang demam :

1. Riwayat kejang demam dalam keluarga
2. Usia < 12 bulan
3. Suhu rendah saat kejang demam
4. Cepatnya kejang setelah demam

Jika semua faktor risiko ada , risiko berulang 80%; jika tidak ada hanya 10-15%. Sebagian besar berulang pada tahun pertama (setelah kejang).

### Risiko epilepsi

Faktor risiko epilepsi adalah jika ada :

1. Kelainan neurologis atau perkembangan yang jelas sebelum kejang demam pertama.
2. Kejang demam kompleks
3. Riwayat epilepsi pada orangtua atau saudara kandung.

Masing-masing faktor risiko meningkatkan risiko epilepsi sampai 4% - 6%; kombinasi faktor risiko tersebut meningkatkan risiko epilepsi menjadi 10%- 49%.

Risiko epilepsi tidak dapat dicegah dengan pemberian obat rumat/profilaksis pada kejang demam.

### EDUKASI PADA ORANGTUA

Orangtua sering panik menghadapi kejang karena merupakan peristiwa yang menakutkan.

Kecemasan ini dapat dikurangi dengan antara lain:

1. Meyakinkan bahwa kejang demam umumnya mempunyai prognosis baik
2. Memberitahukan cara penanganan kejang
3. Memberi informasi tentang risiko kejang berulang
4. Pemberian obat pencegahan memang efektif, tetapi harus diingat risiko efek samping obat

Jika anak kejang, lakukan hal berikut :

1. Tetap tenang dan tidak panik
2. Kendorkan pakaian yang ketat, terutama sekitar leher
3. Jika tidak sadar, posisikan anak telentang dengan kepala miring. Bersihkan muntahan atau lendir di mulut dan/atau hidung. Walaupun ada risiko lidah tergigit, jangan masukkan apapun ke dalam mulut.
4. Ukur suhu tubuh, catat lama dan bentuk/sifat kejang
5. Tetap bersama anak selama kejang
6. Berikan diazepam per rektal. Jangan diberikan jika kejang telah berhenti.
7. Bawa ke dokter atau rumahsakit jika kejang berlangsung  $\geq$  5 menit. (BRW)

Disarikan dari :

Pusponegoro HD, Widodo DP, Ismael S. (eds.).  
Konsensus Penatalaksanaan Kejang Demam. UKK Neurologi IDAI, 2006.

