
	<p><b>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) KSM THT RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</b></p>	<p>Pekanbaru, April 2024 Ditetapkan,</p> <p><b>DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</b></p>  <p><b>drg. Wan Fajriatul Mamnunah, Sp.KG</b> <b>NIP. 19780618 200903 2 001</b></p>
<p><b>ENSEFALITIS</b></p>		
<p>1. Pengertian</p>	<p>Infeksi jaringan otak yang dapat disebabkan oleh berbagai macam mikroorganisme (virus, bakteri, jamur, dan protozoa), Sebagian besar kasus tidak dapat ditentukan penyebabnya.</p>	
<p>2. Anamnesis</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam tinggi mendadak, sering ditemukan hiperpireksia</li> <li>2. Penurunan kesadaran dengan cepat.</li> <li>3. Anak agak besar sering mengeluh nyeri kepala, kejang, dan kesadaran menurun.</li> <li>4. Kejang bersifat umum atau fokal, dapat berupa status konvulsivus.</li> <li>5. Dapat ditemukan sejak awal ataupun kemudian dalam perjalanan penyakitnya.</li> </ol>	
<p>3. Pemeriksaan Fisik</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam, dapat ditemukan hiperpireksia</li> <li>2. Kejang dapat berupa kejang umum, fokal, atau status konvulsivus</li> <li>3. Kesadaran menurun sampai koma</li> <li>4. Gejala serebral lainnya, seperti kelumpuhan tipe upper motor neuron (spastis, hiperefleks, refleks patologis, dan klonus).</li> <li>5. Gejala peningkatan tekanan intrakranial</li> </ol>	
<p>4. Kriteria Diagnosis</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam</li> <li>2. Kejang</li> <li>3. Penurunan kesadaran</li> <li>4. Defisit neurologis dan gejala serebral lainnya</li> <li>5. Peningkatan tekanan intrakranial</li> </ol>	
<p>5. Diagnosis kerja</p>	<p>Ensefalitisvirus</p>	
<p>6. Diagnosis Banding</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ensefalitis HSV</li> <li>2. Meningitis bakterialis</li> </ol>	
<p>7. Pemeriksaan Penunjang</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Darah perifer lengkap bila ada indikasi</li> <li>2. Gula darah bila ada indikasi</li> <li>3. Elektrolit bila ada indikasi</li> </ol>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pungsi lumbal</li> <li>5. Serologik darah sesuai indikasi</li> <li>6. CT scan atau MRI kepala, gambaran edema otak umum maupun foka..</li> <li>7. EEG gambaran perlambatan / gelombang epileptiform baik umum maupun focal.</li> <li>8. PCR Herpes Simpleks Ensefalitis bila dicurigai ensefalitis akibat Herpes Simpleks Virus</li> <li>9. PCR virus lain (jika fasilitas laboratorium tersedia)</li> </ol>	
8. Terapi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebaiknya rawat di ruang rawat intensif</li> <li>2. Mengatasi dan mencegah kejang berulang dengan pemberian fenitoin atau fenobarbital sesuai standard terapi.</li> <li>3. Pemberian cairan intravena</li> <li>4. Obat anti epilepsy</li> <li>5. Kadang diberikan kortikosteroid</li> <li>6. Menjaga keseimbangan cairan, dan elektrolit, serta pemantauan kadar Natrium darah.</li> <li>7. Tata laksana peningkatan tekanan intrakranial dengan manitol 0,5-1 gram/kg/kali sampai 3x/hari (jangan lupa diencerkan 1:1 dengan NaCl 0,9%, kecuali apabila pasien memiliki akses vena dalam) atau furosemid 1 mg/kg/kali, tiap 12 jam. Jika terdapat kontra-indikasi pemberian manitol atau furosemid dapat diberikan NaCl 3 % 1-3 ml/kgBB/kali, diberikan 3 kali sehari, dengan kecepatan 1 ml/kgBB/jam.</li> <li>8. Mengatasi demam/hiperpireksia</li> <li>9. Antibiotik sebagai pengobatan bila dicurigai adanya infeksi sekunder.</li> <li>10. Pemberian asiklovir 30 mg/kg/hari dibagi 3 dosis selama 14-21 hari bila dicurigai ensefalitis herpes simpleks. Pada keadaan yang meragukan pasien dapat diberikan tata laksana ensefalitis herpes simpleks sampai terbukti bukan.</li> <li>11. Konsultasi ke Departemen Rehabilitasi Medik jika keadaan umum pasien sudah stabil.</li> </ol>	
9. Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angka kematian masih tinggi (35-50%)</li> <li>2. Diantara pasien yang hidup, 20-40% mempunyai gejala sisa berupa palsiserebral, epilepsi, gangguan penglihatan. Retardasi</li> </ol>	

	<p>mental dan gangguan perilaku.</p> <p>3. Pasien yang sembuh tanpa kelainan yang nyata, dalam perkembangan selanjutnya masih mungkin terjadi retardasi mental, gangguan perilaku, dan epilepsi</p>	
10. Prognosis	<p>Ad vitam : dubia ad malam</p> <p>Ad sanationam : dubia ad bonam</p> <p>Ad fungsionam : dubia ad malam</p>	
11. Tingkat Evidens	I/II/III/IV	
12. Tingkat Rekomendasi	A/B/C	
13. Penelaah Kritis	-	
14. Indikator Medis	Kasus ensefalitis mengalami perbaikan klinis setelah pengobatan selama 10 hari kecuali pada kasus ensefalitis akibat virus Herpes Simpleks. Kasus Herpes Simpleks ensefalitis akan mengalami perbaikan klinis setelah pengobatan selama 17 hari.	
15. Kepustakaan	<p>1. Whitley RJ, Kimberlin DW. Viral encephalitis. <i>Pediatr Rev.</i> 1999;20:192-8.</p> <p>2. Lewis P, Glaser CA. Encephalitis. <i>Pediatr Rev.</i> 2005;26:353-63.</p> <p>3. Bale JF. Viral infection of the nervous system. Dalam: Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM, penyunting. <i>Pediatric neurology principles and practice</i>. Edisi ke-4. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. H. 1595-1630.</p> <p>4. Pedoman pelayanan medis IDAI 2010; Jilid 1 : 67- 71</p>	