
 <p>TERAKREDITASI PARIPURNA</p>	<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>KEJANG DEMAM</b></p>		
1. Pengertian	Bangkitan kejang yang terjadi pada anak berumur 6 bulan sampai 5 tahun yang mengalami kenaikan suhu tubuh (di atas 38°C dengan metode pengukuran suhu apapun) yang tidak disebabkan oleh proses intra kranial.	
2. Anamnesis	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Adanya kejang, jenis kejang, kesadaran, lama kejang</li><li>2. Suhu sebelum/saat kejang, frekuensi dalam 24 jam, interval, kesadaran anak pasca kejang, penyebab demam di luar infeksi susunan saraf pusat (ISPA, ISK, OMA)</li><li>3. Riwayat perkembangan, riwayat kejang demam dan epilepsi dalam keluarga</li><li>4. Menyingkirkan penyebab kejang lain , seperti diare, muntah, asupan kurang, sesak. ( kemungkinan gangguan elektrolit, hipoksemia, hipoglikemia).</li></ol>	
3. Pemeriksaan Fisik	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Suhu tubuh : apakah terdapat demam di atas 38°C saat kejang</li><li>2. Kesadaran: apakah terdapat penurunan kesadaran sebelum maupun sesudah kejang</li><li>3. Tanda rangsang meningeal : kaku kuduk, brudzinski I dan II, kernique dan laseque</li><li>4. Pemeriksaan nervus kranialis</li><li>5. Tanda peningkatan tekanan intra kranial (UUB membonjol, papil edema)</li><li>6. Tanda infeksi di luar SSP (ISPA, OMA, ISK dll)</li><li>7. Pemeriksaan neurologis lain : tonus, motorik, refleks fisiologis, refleks patologis.</li></ol>	
4. Kriteria Diagnosis	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kenaikan suhu tubuh di atas 38°C</li><li>2. Kejang</li><li>3. Tidak disertai penurunan kesadaran</li><li>4. Tidak didapatkan infeksi susunan saraf pusat</li><li>5. Tidak didapatkan penyebab kejang lain seperti gangguan metabolik,</li></ol>	

	<p>kejang tanpa demam sebelumnya</p> <p>6. Kejang demam sederhana (kejang umum, kejang kurang dari 15 menit dan kejang tidak berulang dalam 24 jam)</p> <p>7. Kejang demam kompleks ((Kejang fokal atau kejang lebih dari 15 menit atau kejang berulang dalam 24 jam)</p>
5. Diagnosis kerja	Kejang demam
6. Diagnosis Banding	<p>1. Infeksi SSP</p> <p>2. Kejang karena sebab lain seperti metabolik</p>
7. Pemeriksaan Penunjang	<p>1. Pemeriksaan darah perifer, gula darah, elektrolit, urinalisis dan biakan tergantung indikasi.</p> <p>2. Lumbal pungsi bilateraldapatdandangejalarangsang meningeal, curiga infeksi SSP berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis, dan dipertimbangkan pada anak dengan kejang disertai demam yang sebelumnya telah mendapat anti biotic dan pemberian anti biotic tersebut dapat mengaburkan tanda dan gejala meningitis.</p> <p>3. EEG hanya dilakukan pada kejang fokal.</p> <p>4. CT scan atau MRI dilakukan jika ada indikasi misalnya kelainan neurologi yang menetap, kejang selalu fokal atau terdapat tanda peningkatan tekanan intrakranial, hemiparesis atau paresis nervuskraniel.</p>
8. Terapi	<p>1. Pengobatan kejang sesuai algoritme status epileptikus</p> <p>2. antipiretik yaitu parasetamol 10-15 mg/kgBB/kali diberikan 4-6jam atau ibuprofen 5-10 mg/kgBB/kali diberikan 3-4 kali sehari</p> <p>3. Diazepam intra vena 0.2 – 0.5 mg/kg , kecepatan 2 mg/menit/ dalam waktu 3-5 menit maksimal 10 mg.</p> <p>4. Dapat diberikan oleh orang tua dirumah→ diazepam rektal 0.5 – 0.75 mg/kg atau 5 mg rektalanakdengan BB &lt; 12 kg dan 10 mg untuk anak dengan BB &gt; 12 kg, bila kejang belum berhenti, diulangi dengan cara dan dosis yang sama dengan interval waktu 5 menit. Bila 2 kali diazepam rectal masih kejang, dianjurkan kerumah sakit, diberikan diazepam intravena.</p> <p>5. Pengobatan jangka panjang fenobarbital 3-4 mg/kgBB/hari dalam 1 - 2 dosis atau asam valproat (dosis 15-40 mg/kg/hari dibagi 2dosis). Diberikan pada kejang lama&gt;15 menit atau kelainan neurologis yang nyata sebelum/sesudah kejang,kejang fokal.Terapiprofilaksisintermiten: Obat anti konvulsan diberikan hanya saat demam dengan salah satu factor risiko seperti kelainan neurologi berat (palsi serebral), berulang ≥ 4 x dalam setahun, usia</p>

	<p>&lt; 6 bulan, kejang dengan suhu &lt; 39° C, pada kejang sebelumnya, suhu tubuh meningkat dengan cepat obat yang digunakan diazepam oral 0.3 mg/kg/kali atau rektal 0.5 mg/kg/kali (5mg → BB &lt; 12 kg dan 10 mg untuk BB &gt; 12 kg, sebanyak 3 x sehari, dosis maksimum 7.5 mg/kali. Diberikan selama 48 jam pertama demam.</p>
9. Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejang demam tidak berbahaya, tidak menyebabkan kematian</li> <li>2. Faktor risiko berulang jika terdapat riwayat kejang demam dalam keluarga, usia kurang dari 12 bulan, temperatur yang rendah pada saat kejang, cepatnya kejang setelah demam.</li> <li>3. Faktor risiko terjadi epilepsi yaitu kelainan neurologis atau perkembangan jelas sebelum kejang demam pertama, kejang demam kompleks, riwayat epilepsi pada orang tua atau saudara kandung.</li> <li>4. Indikasi rawat yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kejang demam kompleks</li> <li>b. Hiperpireksia</li> <li>c. Usia dibawah 6 bulan</li> <li>d. Kejang demam pertama kali</li> <li>e. Terdapat kelainan neurologis.</li> </ol> </li> </ol>
10. Prognosis	<p>Ad vitam : bonam, kecuali pada kasus kejang lama / berulang  Ad sanationam : dubia ad bonam  Ad fungsionam : bonam</p>
11. Tingkat Evidens	I/II/III/IV
12. Tingkat Rekomendasi	A/B/C
13. Penelaah Kritis	-
14. Indikator Medis	Kejang demam tidak berbahaya, sebagian besar menghilang pada usia 5-6 tahun. Perawatan sampai anak tidak demam tinggi.
15. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsensus penatalaksanaan kejang demam UKK Neurologi IDAI 2006</li> <li>2. ILAE. Commission on Epidemiology and Prognosis. Epilepsia. 1993; 34: 592-8.</li> <li>3. AAP. The neurodiagnostic evaluation of the child with simple febrile seizures. Pediatr 1996; 97: 769-95.</li> <li>4. Wong V, dkk. Clinical guidelines on management of febrile convulsion. HK J pediatr; 7: 143-51.</li> <li>5. Van Esch A, dkk. Antipyretic efficacy of ibuprofen and</li> </ol>

	<p>acetaminophen in children with febrile seizures. Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149: 632-5.</p> <p>6. Knudsen FU. Intermitten diazepam prophylaxis in febrile convulsions: Pros and cons. Acta Neurol Scand 1991; 83(suppl. 135): 1-24</p> <p>7. AAP. Practice parameter. Longterm treatment of the child with simple febrile seizure. Pediatr 1999. 103: 1307-9.</p> <p>8. Knudsen FU. Febrile seizures-treatment and outcome. Epilepsia 2000; 41: 2-9</p> <p>9. Rekomendasipenatalaksanaankejangdemam UKK Neurologi IDAI 2016.</p> <p>10. Pedomanpelayanan medis IDAI 2010, Jilid 1</p>
--	--