

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2. 1. DEFINISI KEJANG DEMAM

National Institutes of Health (1980) telah membuat suatu "Consensus Statement" dimana kejang demam didefinisikan sebagai berikut:

Kejang yang timbul pada masa bayi atau anak-anak, biasanya antara umur 3 bulan sampai 5 tahun, berhubungan dengan adanya demam, tanpa adanya infeksi intrakranial atau sebab intrakranial lainnya.

Tidak termasuk kejang yang dialami oleh anak yang pernah menderita kejang tanpa demam. Kejang demam dapat dibedakan dengan epilepsi, yang khas ditandai dengan timbulnya kejang tanpa demam.

Hirtz and Nelson (1992) menyusun ciri-ciri kejang demam yaitu :

Ciri pembeda :

Kejang yang timbul pada saat demam.

Ciri yang harus terdapat pada kejang demam :

1. Tidak terdapat riwayat adanya kejang tanpa demam
2. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi susunan syaraf pusat.

Ciri varian pada kejang demam:

1. Sering pada usia 3 bulan sampai 5 tahun
2. Fokal atau general
3. Mungkin terjadi multiple pada satu periode demam
4. Onset biasanya singkat, namun bisa juga lama.
5. Riwayat kejang demam dalam keluarga.

Definisi yang dibuat oleh Livingstone yang membagi kejang demam menjadi kejang demam sederhana dan epilepsi yang diprovokasi oleh kejang demam tidak dipakai lagi, karena hanya sedikit terbukti menggambarkan timbulnya epilepsi di kemudian hari (Hirtz dan Nelson,1992).

Untuk meramalkan prognosinya, maka kejang demam dibagi atas kejang demam sederhana (simpleks) dan kejang demam kompleks. Hirtz dan Nelson (1992) menyusun kriteria sebagai berikut :

No.		Simpleks	Kompleks
1.	Lama kejang	<15 menit	>15 menit
2.	Tipe kejang	General	General/fokal
3.	Jumlah kejang dalam satu periode demam	Satu kali	Mungkin multipel
4.	Diikuti defisit neurology transient	tidak pernah	mungkin
5.	Riwayat kejang demam dalam keluarga	mungkin	mungkin
6.	Riwayat kejang tanpa demam dalam keluarga	mungkin	mungkin
7.	Adanya praabnormalitas neurologis	mungkin	Mungkin

2. 2. ETIOLOGI KEJANG DEMAM

Penyebab kejang demam sampai saat ini belum diketahui dengan pasti. Namun ada beberapa faktor predisposisi yang berperan dalam menyebabkan kejang demam. Faktor tersebut adalah umur, derajat kenaikan suhu, penyakit yang menimbulkan demam, faktor genetik dan kemungkinan faktor perinatal anak (Nelson, 1982).

Kejang demam berhubungan dengan kenaikan suhu tubuh yang cepat pada saat demam, mencapai 39°C atau lebih (Haslam,1992). Sesuai definisi kejang demam, Menkes (1995) menyatakan bahwa temperatur tubuh sekitar 37,8-38,5°C pada saat kejang, maka kejang tersebut dapat dikatakan kejang demam.

Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai $\pm 65\%$ dari seluruh sirkulasi tubuh, dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya $\pm 15\%$. Jadi pada kenaikan suhu tubuh tertentu dapat terjadi perubahan

keseimbangan dari membran sel neuron. Difusi ion kalium maupun natrium melalui membran tadi akan mengakibatkan terjadinya lepas muatan listrik sehingga bisa terjadi kejang (Hasan dan Alatas, 1985).

Tiap anak memiliki ambang kejang yang berbeda, dan ini menentukan sekali kepekaan seorang anak untuk kejang pada kenaikan suhu tubuh tertentu (Hasan dan Alatas, 1985).

2. 3. MANIFESTASI KLINIS

Serangan kejang biasanya terjadi pada 24 jam pertama demam (Hasan dan Alatas, 1985). Kejang biasanya bersifat umum, tonik klonik untuk beberapa detik sampai ± 10 menit, setelahnya biasanya diikuti perasaan lelah dan mengantuk (Haslam, 1992).

Kejang bersifat selain tonik klonik ini bisa juga terjadi. Kejang bisa dimulai dengan kakunya tubuh atau malah lemahnya tubuh, atau mata membeliak ke atas. Badan bisa menyentak-nyentak tanpa didahului oleh kakunya tubuh dan pergerakan ini bisa terjadi fokal, dimana gerakan dimulai pada salah satu ekstremitas atau satu sisi tubuh yang kemudian diikuti atau tidak diikuti oleh seluruh tubuh (Hirtz dan Nelson, 1992).

2. 4. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Jika infeksi penyebab penyakit sudah dapat ditentukan dan keadaan anak cukup baik, maka pemeriksaan lebih lanjut mungkin tidak diperlukan lagi. Pada keadaan-keadaan tertentu pemeriksaan darah, sputum, analisis urin dan pemeriksaan elektrolit serum termasuk kadar glukosa dan kalsium darah mungkin diperlukan (Hirtz dan Nelson, 1994).

Kegunaan lumbal pungsi pada kasus kejang demam masih sering diperdebatkan. Lumbal pungsi biasanya dilakukan pada anak-anak yang masih sangat muda (<18 bulan), karena tanda-tanda rangsangan meningeal tidak selalu ditemukan, dan dilakukan jika terjadi keragu-raguan diagnosis. Jika terjadi keraguan diagnosis maka lumbal pungsi menjadi pemeriksaan yang utama (Nelson dan Hirtz, 1994).

EEG (Elektroencephalografi) tidak selalu berguna pada kasus kejang demam terkecuali pada anak yang mengalami kejang fokal yang berlangsung lama untuk mengidentifikasi ada tidaknya abnormalitas struktur sebagai penyebabnya (Nelson dan Hirtz, 1994).

Roentgen foto tengkorak hampir-hampir tidak berguna untuk diagnosis kejang demam, sedangkan CT Scan atau MRI dilakukan jika lesi struktural yang dicurigai sebagai penyebab terjadinya kejang demam (Hirtz dan Nelson, 1994).

2. 5. MORTALITAS

Dengan penatalaksanaan yang baik dan tepat, prognosis baik dan tidak perlu menyebabkan kematian. Angka kematian hanya berkisar antara 0 -0.08% (Nelson dan Ellenberg, 1978 dan Menkes 1995).