

## KEJANG DEMAM KOMPLEKS PADA ANAK LAKI-LAKI USIA 4 TAHUN : LAPORAN KASUS

### *Complex Fever Sequels in a 4-year-old Boy : a Case Report* **Reno Latif Hasyim<sup>1</sup>, Sudarmanto<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran Umum, Universitas Muhammadiyah Surakarta

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Kedokteran Anak, RSUD dr. Harjono S. Ponorogo

Korespondensi: Reno Latif Hasyim. Alamat email: renola30@gmail.com

#### **ABSTRAK**

Kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh lebih dari 38 derajat yang disebabkan karena adanya proses Ekstrakranium pada anak berusia kurang dari 6 tahun, tidak terdapat adanya bukti infeksi sistem saraf pusat maupun gangguan metabolik sistemik akut. Kejang demam sederhana sekitar 80% diantara seluruh kejang. Diagnosis kejang demam hanya dapat ditegakkan dengan menyingkirkan hal-hal lain yang dapat menyebabkan kejang, di antaranya : infeksi susunan saraf pusat, perubahan emendadak pada keseimbangan homeostasis air dan elektrolit, dan adanya lesi struktural pada sistem saraf seperti epilepsi. Diperlukan anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang menyeluruh untuk menegakkan diagnosis ini. Pasien yang terdiagnosis mengalami kejang demam perlu ditatalaksana dengan segera untuk mencegah kerusakan neuron lebih lanjut. Anak Laki-laki Usia 4 Tahun 3 Bulan Dengan Kejang Demam Kompleks. An.I usia 4 tahun 3 bulan datang dengan keluhan kejang. Kejang sejak 1 hari SMRS. Kejang terjadi >1 kali selama <15 menit dalam kurun waktu 24 jam. Pasien sebelumnya mengalami demam tinggi sejak sebelum kejang, demam tinggi secara tiba-tiba 2 hari yang lalu dan masih di rasakan sampai saat ini, suhu tubuh pasien mencapai 39., refleks fisiologis normal, refleks patologis dan rangsang meningeal. Hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin dalam batas normal. Terapi medikamentosa yang dilakukan, yaitu O2 Nasal 1 lpm, Infus RL 15 tpm, Inj. Cefotaxim 3x250mg, Inj. Santagesic 3x200 mg, Inj. Dexamethason 3x1/3 amp, Inj. Phentoin 3x100 mg, PO Sanmol syr 3 x1 cth serta edukasi kepada keluarga. Simpulan : Tatalaksana kejang demam kompleks dilakukan secara menyeluruh, mulai dari tatalaksana fase akut, mencari dan Mengobati penyebab, profilaksis terhadap berulangnya kejang demam, dan edukasi kepada keluarga.

Kata Kunci: KDK, tatalaksana

#### **ABSTRACT**

Febrile seizures are seizures that occur at an increase in body temperature of more than 38 C caused by an extracranial process in children aged less than 6 years, there is no evidence of central nervous system infection or acute systemic metabolic disorders. Simple febrile seizures account for 80% of all seizures. The diagnosis of febrile seizures can only be made by excluding other diseases that can cause seizures, including: central nervous system infections, acute changes in the balance of water and electrolyte homeostasis, and the presence of structural lesions of the nervous system such as epilepsy. A thorough history, physical examination, and investigations are required to establish this diagnosis. Patients diagnosed with febrile seizures need to be treated immediately to prevent further neuronal damage. Case: Boy 4 Years 3 Months Old With Complex Fever Seizure. An.I aged 4 years 3 months came with complaints of seizures. Seizures since 1 day of SMRS. Seizures occur >1 time for <15 minutes in a 24 hour period. The patient previously had a high fever since before the seizure, a sudden high fever 2 days ago and is still being felt today, the patient's body temperature reached 39., normal physiological reflexes, pathological reflexes and meningeal stimulation were not found. The results of routine blood laboratory tests were within normal limits. Medical therapy was carried out, namely O2 Nasal 1 lpm, RL Infusion 15 tpm, Inj. Cefotaxim 3x250mg, Inj. Santagesic 3x200 mg, Inj. Dexamethasone 3x1/3 amp, Inj. Phenytoin 3x100 mg, PO Sanmol syr 3 x1 eg and education to the family. Conclusion: The management of complex febrile seizures is carried out comprehensively, starting from the management of the acute phase, finding and treating the cause, prophylaxis of the recurrence of febrile seizures, and education to the family

Keywords: Complex febrile seizures and their management

## PENDAHULUAN

Kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu di atas 38 derajat celcius dengan metode pengukuran suhu apapun) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium. Kejang demam terjadi pada 2-4% anak berumur 6 bulan – 5 tahun. Anak yang pernah mengalami kejang tanpa demam, kemudian kejang demam kembali tidak termasuk dalam kejang demam. Kejang disertai demam pada bayi berumur kurang dari 1 bulan tidak termasuk dalam kejang demam. Bila anak berumur kurang dari 6 bulan atau lebih dari 5 tahun mengalami kejang didahului demam, pikirkan kemungkinan lain misalnya infeksi SSP, atau epilepsi yang kebetulan terjadi bersama demam. (Hardiono D Puspongoro, Dwi Putro Widodo, & Sofyan Ismael, 2006)

Klasifikasi kejang deman dibagi menjadi dua yaitu kejang demam sederhana (Simple febrile seizure) dan kejang demam kompleks (Complex febrile seizure).

1. Kejang demam sederhana (Simple febrile seizure)

Kejang demam yang berlangsung singkat, kurang dari 15 menit, dan umumnya akan berhenti sendiri. Kejang berbentuk umum tonik dan atau klonik, tanpa gerakan fokal. Kejang tidak berulang dalam waktu 24 jam. Kejang demam sederhana merupakan 80% di antara seluruh kejang demam.

2. Kejang demam kompleks (Complex febrile seizure)

Kejang lama > 15 menit., kejang fokal atau parsial satu sisi, atau kejang umum didahului kejang parsial, berulang atau lebih dari 1 kali dalam 24 jam.

Etiologi dan patogenesis kejang demam sampai saat ini belum diketahui. Kejang demam biasanya diawali dengan infeksi virus atau bakteri. Penyakit yang paling sering dijumpai menyertai kejang demam adalah penyakit infeksi saluran pernapasan, otitis media, dan gastroenteritis. Umur anak, serta tinggi dan cepatnya suhu meningkat mempengaruhi terjadinya kejang. Faktor hereditas juga mempunyai peranan yaitu 8-22 % anak yang mengalami kejang demam memiliki orangtua yang memiliki

riwayat kejang demam pada masa kecilnya. Faktor predisposisi timbulnya bangkitan kejang demam berhubungan dengan riwayat keluarga, riwayat kehamilan dan persalinan, gangguan tumbuh kembang anak, seringnya menderita infeksi, dan kadar elektrolit, seng dan besi darah rendah. (Abdul Aziz Bizly & Nur Cahya, 2021)

Dalam praktek sehari-hari orang tua sering cemas bila anaknya mengalami kejang, karena setiap kejang kemungkinan dapat menimbulkan epilepsy dan trauma pada otak. Kejang merupakan gangguan syaraf yang sering dijumpai pada anak. 1-3 Insiden kejang demam 2,2-5% pada anak di bawah usia 5 tahun. 1-3 Anak laki-laki lebih sering dari pada perempuan dengan perbandingan 1,2-1,6:1.1,2 Saing B (1999), menemukan 62,2%, kemungkinan kejang demam berulang pada 90 anak yang mengalami kejang demam sebelum usia 12 tahun, dan 45% pada 100 anak yang mengalami kejang setelah usia 12 tahun. Kejang demam kompleks dan khususnya kejang demam fokal merupakan prediksi untuk terjadinya epilepsi. Sebagian besar peneliti melaporkan angka kejadian epilepsi kemudian hari sekitar 2 – 5 % . (J Agrawal, P

Poudel, & G S Shah, 2016)

## LAPORAN KASUS

Pasien seorang anak laki- laki usia 4 tahun 3 bulan datang dengan keluhan kejang. Kejang sejak 1 hari SMRS. Kejang terjadi >1 kali selama <15 menit dalam kurun waktu 24 jam. Pasien sebelumnya mengalami demam tinggi sejak sebelum kejang, demam tinggi secara tiba-tiba 2 hari yang lalu dan masih di rasakan sampai saat ini, suhu tubuh pasien mencapai 39. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien kejang sehari sekitar > 10 kali kejang dengan durasi <15 menit dan kejang terakhir kalinya pada pagi hari pukul 04.30 selama >15 menit, saat kejang tangan pasien mengepal dan kedua lengan atas dan kedua tungkai bawah bergetar seperti orang menggigil, mata melirik keatas. Setelah kejang pasien sadar. Setelah itu pasien di bawa ke RS RSUD Harjono Ponorogo. Keluhan lain seperti batuk (-) pilek (-), Mual (-), Muntah disangkal, Nyeri perut disangkal, sesak nafas disangkal BAB dan BAK dalam batas normal

Pasien tidak mempunyai keluhan serupa ataupun keluhan yang lainnya sebelumnya begitu juga keluarga tidak memiliki riwayat yang serupa dengan pasien. Pada riwayat prenatal, merupakan kehamilan yang diinginkan

dan merupakan kehamilan kedua. ibu penderita selama hamil tidak ada masalah. Ibu kontrol rutin ke Klinik Bidan dan konsumsi vitamin. Persalinan ditolong oleh Dokter Kandungan. Pada riwayat perinatal, persalinan caesar dengan usia kehamilan 40 minggu dengan berat bayi lahir 4500 gram. Ketuban berwarna jernih, pasien menangis spontan, gerak aktif dan kulit tampak kemerahan. Pada riwayat postnatal, pasien dapat meminum ASI dan diakui pasien tidak ada riwayat trauma sebelumnya.

Penderita adalah anak kedua. Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga. Pada riwayat sosio-ekonomi, penderita tinggal bersama ayah dan ibunya. Ibu pasien bekerja sebagai guru. Ayah pasien bekerja sebagai wiraswasta. Diakui dilingkungan rumah tidak ada yang merokok. Pada riwayat makanan pasien usia 0-6 bulan ASI eksklusif, 6 bulan – 2 tahun ASI dan makanan pendamping ASI, 2 tahun sampai sekarang susu formula dan makanan tambahan. Riwayat imunisasi diakui pasien sudah melakukan imunisasi lengkap sesuai dengan usia pasien.

Dari hasil pemeriksaan fisik keadaan umum pasien lemah, GCS E4V5M6, kesadaran compos mentis frekuensi nadi

110x/menit, nafas 26x/menit, suhu 39oC, BB 20 kg, SpO2 98 %. Pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk normocephal, rambut hitam tidak mudah dicabut, mata konjungtiva tidak anemis dan tidak ada sclera ikterik, leher tidak didapatkan pembesaran KGB. Pada pemeriksaan thorax didapatkan bunyi jantung I dan II intensitas normal, reguler, suara pernapasan dasar vesicular (+/+), ronki (-/-). Pada pemeriksaan abdomen dalam batas normal Pada ekstremitas superior/inferior didapatkan CRT <2 detik, akral hangat.

Pada pemeriksaan penunjang darah lengkap didapatkan hasil berikut

Keterangan	Hasil	Nilai Normal
<b>6 April 2022</b>		
<b>Darah Lengkap</b>		
<b>Hemoglobin</b>	11.2	11.0-16.0
<b>Eritrosit</b>	4.29	3.60-4.80
<b>Hematokrit</b>	33,9 (L)	36.0-56.0
<b>Lekosit</b>	15,2 (H)	4.5-13.0
<b>Trombosit</b>	424	150-450
<b>Index Eritrosit</b>		
<b>MCV</b>	79.0 (L)	80.0-100.0
<b>MCH</b>	26,1 (L)	28.0-36.0
<b>MCHC</b>	33,0	31.0-37.0
<b>RDW-CV</b>	11,2	10.0-16.5
<b>PDW</b>	16.8	12.0-18.0
<b>MPV</b>	7,5	5.0-10
<b>Hitung Jenis (diff)</b>		
<b>Neutrofil</b>	67,5	42.0-85.0
<b>Limfosit</b>	23,5	11.0-49.0
<b>Monosit</b>	3,5	0.0-9.0
<b>Eosinofil</b>	5.1	0.0-6.0
<b>Basofil</b>	0.4	0.0-2.0

Tabel 1. Hasil pemeriksaan darah lengkap

Berdasarkan hasil pemeriksaan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang maka ditegakkan diagnosis Kejang Demam Kompleks.

Penatalaksanaan symptomatic dengan terapi medikamentosa yaitu O2 Nasal 1 lpm, Infus RL 15 tpm, Inj. Cefotaxim 3x250mg, Inj. Santagesic 3x200 mg, Inj. Dexamethason 3x1/3 amp, Inj. Phenitoin 3x100 mg, PO Sanmol syr 3 x1 cth serta edukasi kepada keluarga.

## PEMBAHASAN

Demam adalah kenaikan suhu tubuh di atas 38 C atau di atas 37,8 C. Hiperpireksia adalah suatu keadaan demam dengan suhu > 40°C. Kejang demam ialah kejang yang terkait dengan demam dan umur, bangkitan kejang terjadi pada kenaikan suhu tubuh yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium. Kejang demam diklasifikasikan menjadi dua, yaitu kejang demam kompleks dan kejang demam sederhana. Diagnosa kerja pada pasien ini adalah kejang demam kompleks (Jyoti Agrawal, et al., 2016).

Diagnosis kejang demam hanya dapat ditegakkan dengan menyingkirkan penyakit-penyakit lain yang dapat menyebabkan kejang, di antaranya: infeksi susunan saraf

pusat, perubahan akut pada keseimbangan homeostasis air dan elektrolit, dan adanya lesi struktural pada sistem saraf misalnya epilepsi. Diperlukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang menyeluruh untuk menegakkan diagnosis ini (Indriani Ausi, Risan Nelly Amalia, & Nurhayati Titing, 2016).

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik yang hasilnya disesuaikan dengan kriteria Livingston yang telah dimodifikasi sebagai pedoman untuk membuat diagnosis kejang demam kompleks. Dari anamnesa di dapatkan umur penderita < 6thn (2 tahun 8 bulan), kejang didahului demam, kejang berlangsung tiga kali selama 24 jam, lebih dari 15 menit, kejang umum, tonik-klonik, kejang tidak berhenti sendiri, pasien tetap sadar setelah kejang. Pada pemeriksaan fisik didapatkan suhu tubuh 39 C dan tidak ditemukan kelainan neurologis setelah kejang (Carlson, Bella Kurnia, 2020).

Dari hal yang di uraikan di atas sesuai dengan kriteria kejang demam kompleks berdasarkan kriteria livingston . Dari anamnesa juga didapatkan batuk dan pilek kurang lebih sudah 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Kemudian pasien dibawa

keluarganya ke rumah sakit,. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Prof. Dr. dr. Lumbantobing pada 297 anak penderita kejang demam, infeksi yang paling sering menyebabkan demam yang akhirnya memicu serangan kejang demam salah satunya adalah gastroenteritis 27% (Ni Made Restianing Rimadhanti, Masayu Rita Dewi, & Hendarmin Aulia, 2018).

Pemeriksaan penunjang yang digunakan adalah pemeriksaan darah lengkap. Pemeriksaan laboratorium tidak dikerjakan secara rutin pada kejang demam, tetapi dapat dikerjakan untuk mengevaluasi sumber infeksi penyebab demam. Pada pasien ini pemeriksaan darah lengkap dilakukan dan didapatkan hasil dalam batas normal. Pungsi lumbal untuk memeriksa cairan serebrospinal dilakukan untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Risiko terjadinya meningitis bakterialis adalah 0,6 – 6,7%. Pungsi lumbal menjadi pemeriksaan rutin pada kejang demam bila usia pasien kurang dari 18 bulan. Pada kasus ini pasien berumur 2 tahun 8 bulan dan secara klinis tidak ditemukan gejala yang mengarah pada infeksi intrakranial sehingga pemeriksaan pungsi tidak perlu dilakukan.

Pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan elektrolit dan gula darah sewaktu. Hal ini kurang sesuai karena kenaikan suhu 1 C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10 % – 15 %. Mengakibatkan peningkatan glukosa dan oksigen. Selain itu, dapat terjadi perubahan keseimbangan dari membrane sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium maupun ion natrium. Di lain pihak cek elektrolit juga penting untuk memastikan apakah ketidakseimbangan elektrolit dalam tubuh yang menjadi pencetus kejang demam (J Agrawal, P Poudel, & G S Shah, 2016).

Tatalaksana kejang demam berdasarkan rekomendasi penatalaksanaan kejang demam IDAI 2016 yang pertama adalah tatalaksana saat anak kejang dengan pemberian diazepam intravena dengan dosis 0,2-0,5 mg/kg perlahan-lahan dengan kecepatan 2 mg/menit atau dalam waktu 3-5 menit, dengan dosis maksimal 10 mg (Melda Deliana, 2002).

Pada kejadian kejang saat di rumah dapat diberikan Dosis diazepam rektal adalah 0,5- 0,75 mg/kg atau diazepam rektal 5 mg untuk anak dengan berat badan kurang dari 12 kg dan 10 mg untuk berat badan lebih

dari 12 kg. Bila setelah pemberian diazepam rektal kejang belum berhenti, dapat diulang lagi dengan cara dan dosis yang sama dengan interval waktu 5 menit. Bila setelah 2 kali pemberian diazepam rektal masih tetap kejang, dianjurkan ke rumah sakit. Yang kedua dengan pemberian antipiretik yaitu paracetamol dosis yang digunakan adalah 10-15 mg/kg/kali diberikan tiap 4-6 jam. Dosis ibuprofen 5-10 mg/kg/kali, 3-4 kali sehari. Pemberian antikonvulsan intermitten (profilaksis saat anak demam) dengan obat yang digunakan adalah diazepam oral 0,3 mg/kg/kali per oral atau rektal 0,5 mg/kg/kali (5 mg untuk berat badan <12 kg dan 10 mg untuk berat badan > 12 kg), sebanyak 3 kali sehari, dengan dosis maksimum diazepam 7,5 mg/kali. Diazepam intermitten diberikan selama 48 jam pertama demam (Asticaliana Erwika, 2014).

Antikonvulsan rumatan diberikan jika ada indikasi seperti kejang > 15 menit, kejang fokal, terdapat kelainan neurologis nyata sebelum atau sesudah kejang. Pemberian obat fenobarbital atau asam valproat setiap hari efektif dalam menurunkan risiko berulangnya kejang. Dosis asam valproat adalah 15-40 mg/kg/hari

dibagi dalam 2 dosis, dan fenobarbital 3-4 mg/kg/hari dalam 1-2 dosis. Lama pengobatan rumatan diberikan selama 1 tahun, dan tidak perlu dilakukan tapering off (Hardiono D Pusponegoro, Dwi Putro Widodo, & Sofyan Ismael, 2006).

Pada kasus ini pasien diberikan pengobatan berupa infus RL 15tpm, injeksi cefotaxime 3 x 500mg, injeksi santagesic 3 x ½ ampul , PO sanmol syrup 3xcthl, PO asam palvroat syrup 3xcthl.

Terdapat faktor-faktor yang berperan dalam terjadinya rekurensi kejang demam pada anak. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa anak dengan usia kejang demam pertama kali sebelum usia 12 bulan mempunyai kemungkinan untuk mengalami kejang demam kembali 2,7 kali lebih besar daripada anak yang mengalami kejang demam pertama pada usia lebih dari 12 bulan. Penelitian yang telah dilakukan oleh Verity dkk dan Reza dkk menunjukkan hal yang sama bahwa rekurensi dari kejang demam meningkat pada anak yang mengalami kejang demam pada usia lebih muda (Helena Golang Nuhan, 2020).

Edukasi yang dapat diberikan kepada orangtua pasien adalah kejang selalu

merupakan peristiwa yang menakutkan bagi orang tua. Pada saat kejang sebagian besar orang tua beranggapan bahwa anaknya telah meninggal. Kecemasan ini harus dikurangi dengan cara yang diantaranya adalah sebagai berikut :

5. Menyakinkan bahwa kejang demam umumnya mempunyai prognosis baik.
6. Memberitahukan cara penanganan kejang
7. Memberikan informasi mengenai kemungkinan kejang kembali
8. Pemberian obat untuk mencegah rekurensi memang efektif tetapi harus diingat adanya efek samping obat.
9. Menjelaskan penanganan bila pasien kejang :
  - Orang tua harus tetap tenang dan tidak panik
  - Longgarkan pakaian yang ketat terutama disekitar leher
  - Bila tidak sadar, posisikan anak terlentang dengan kepala miring. Bersihkan muntahan atau lendir di mulut dan hidung. Walaupun kemungkinan lidah tergigit, jangan memasukkan sesuatu kedalam mulut

- Observasi dengan mencatat lama dan bentuk kejang
- Tetap bersama pasien selama kejang
- Segera bawa ke dokter atau rumah sakit
- Menjaga kebersihan lingkungan dan makanan yang dikonsumsi. (Helena Golang Nuhan, 2020)

Prognosis kejang demam baik, namun bangkitan kejang demam membawa kekhawatiran yang sangat bagi orang tuanya. Di India, hasil penelitian Parmar dkk melaporkan 77,9% orang tua pasien kejang demam tidak mempunyai pengetahuan tentang kejang demam dan 90% menganggap anaknya akan meninggal. Maka atas dasar pertimbangan kekhawatiran dan kebingungan orang tua terhadap anaknya ketika mengalami bangkitan kejang, maka diperlukan tindakan pencegahan terhadap berulangnya bangkitan kejang demam tersebut (J Agrawal, P Poudel, & G S Shah, 2016).

## **SIMPULAN**

Kasus ini menggambarkan seorang anak laki - laki usia 4 tahun 3 bulan dengan gejala klinis kejang yang berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan

penunjang dapat ditegakkan sebagai diagnosis kejang demam kompleks. Penatalaksanaan yang diberikan sesuai dengan rekomendasi penatalaksanaan kejang demam IDAI 2016 yaitu dengan pemberian antikonvulsan dan antipiretik serta obat-obatan lain untuk gejala tambahannya. Evaluasi kejang yang dapat terjadi berulang, serta edukasi kepada orang tua ketika kejang berulang kembali adalah hal yang penting untuk mengantisipasi terjadinya kejang dan komplikasi yang dapat terjadi di kemudian hari.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Abdul azis bizly, & nur cahaya. (2021). Evaluasi etiologi kejang demam di rumah sakit umum haji medan. *Jurnal Ilmiah Sistematis*, 5(2550-0414), 157-161.
- Asticaliana Erwika. (2014). Therapy Management Of Simple Febrile Seizure With Hyperpirexia. *J Medula Unila*, 3.
- Carlson, Bella Kurnia. (2020). Tatalaksana Demam pada Anak. *CKD*, 47, 698-702.
- Hardiono D Pusponogoro, Dwi Putro Widodo, & Sofyan Ismael. (2006). *Konsensus Penatalaksanaan Kejang Demam*. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Helena Golang Nuhan. (2020, Janurai-Juli). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kejang Demam Berulang Pada Anak Belita. *Buletin Kesehatan*, 4(2614-8080), 24-36.
- Helena Golang Nuhan. (2020). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kejang Demam Berulang pada Anak Balita. *Buletin Kesehatan*, 4(2614-8080), 24-36.
- IDAI. (2016). Rekomendasi Penatalaksanaan Kejang Demam. Badan Penerbit IDAI: Jakarta
- Indriani Ausi, Risan Nelly Amalia, & Nurhayati Titing. (2016). Five Years Study of Recurrent Febrile Seizure Risk Factors. *Althea Medical Journal*, 4, 282-285.
- J Agrawal, P Poudel, & G S Shah. (2016). Recurrence Risk of Febrile Seizures in Children. 192-196.
- Jyoti Agrawal, Prakash Poudel, Gauri S Shah, Satish Yadav, Shipra Chaudhary, & Shyam Kafle. (2016, Mei). Recurrence Risk of Febrile Seizures in Children. *JNHRC*, 14(34), 192-196.
- Melda Deliana. (2002). Tatalaksana Kejang pada Anak. *Sari Pediatri*, 4(2), 59-62.
- Ni Made Restianing Rimadhanti, Masayu Rita Dewi, & Hendarmin Aulia. (2018, Mei). Hubungan Riwayat Kejang dalam Keluarga dengan Kejadian Kejang Demam Anak Usia 1-5 Tahun di RSUP Moh. Hoesin Palembang. 4, 76-84.