

Diagnosis dan Tatalaksana Epilepsi Fitriyani¹, Putri Puspa Devi², Ria Wahyu Januarti²

¹Bagian Ilmu Penyakit Saraf, RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

²Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstract

Epilepsi didefinisikan sebagai kelainan otak yang ditandai oleh adanya kecenderungan untuk menimbulkan bangkitan epilepsi secara terus menerus dengan konsekuensi neurobiologis, kognitif, psikologis, dan sosial. Definisi epilepsi membutuhkan setidaknya satu kali kejadian kejang epileptik. Di negara berkembang, insidens epilepsi sebesar 61-124/100.000 anak per tahun. Prevalensi kasus epilepsi di Indonesia sebanyak 8,2 per 1.000 penduduk dengan angka insiden mencapai 50 per 100.000 penduduk. Penelitian ini bertujuan untuk menegakkan diagnosis secara sistematis pada pasien pria berusia 42 tahun sehingga pasien dapat diterapi dengan tepat. Metode yang digunakan adalah *case report* dengan analisis data primer diperoleh melalui autoanamnesis, alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Seorang laki-laki berusia 42 tahun datang dengan keluhan kejang berulang dilakukan anamnesis secara sistematis dan pemeriksaan fisik untuk menegakkan diagnosis secara etiologi. Pasien dalam kasus ini didiagnosis epilepsi. Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien ini terdiri dari penatalaksanaan umum berupa tirah baring disertai pemantauan terhadap tanda vital pasien, dan diberikan terapi medikamentosa berupa infus RL XV gtt/menit, drip ca gluconas/8 jam, KSR 3x1 tab, drip KCL 1 fls/8 jam, Phenytoin 1 ampul/8 jam dalam 100 cc normosaline, dan Asam Folat 2x1. Untuk lebih menunjang diagnosis, pasien disarankan untuk melakukan pemeriksaan EEG.

Kata Kunci: Diagnosis, epilepsi, tatalaksana

Diagnosis and Management of Epilepsy

Abstract

Epilepsy is defined as a brain disorder characterized by a tendency to cause continuous epileptic seizures with neurobiological, cognitive, psychological, and social consequences. The definition of epilepsy requires at least one epileptic seizure. In developing countries, the incidence of epilepsy is 61-124/100,000 children per year. The prevalence of epilepsy cases in Indonesia is 8.2 per 1,000 population with an incidence rate of 50 per 100,000 population. This study aims to systematically establish a diagnosis in a 42-year-old male patient so that the patient can be treated appropriately. The method used is case report with primary data analysis obtained through autoanamnesis, alloanamnesis, physical examination and supporting examination. A 42-year-old man came with complaints of recurrent seizures, a systematic anamnesis and physical examination were carried out to establish an etiologic diagnosis. The patient in this case was diagnosed with epilepsy. The patient in this case was diagnosed with epilepsy. The management given to this patient consisted of general management in the form of bed rest accompanied by monitoring of the patient's vital signs, and given medical therapy in the form of RL infusion XV gtt/min, gluconas ca drip/8 hours, KSR 3x1 tab, KCL drip 1 fls/8 hours, Phenytoin 1 ampoule/8 hours in 100 cc normosaline, and Folic Acid 2x1. To further support the diagnosis, the patient was advised to do an EEG examination.

Keywords: Diagnose, epilepsy, treatment

Korespondensi: Fitriyani, alamat Jl. P. Antasari, Perum Bukit Kencana, Blok J No. 23 a, Bandar Lampung, Nomor HP 08122358108, e-mail: dr.fitriyani@yahoo.com

Pendahuluan

Studi berbasis populasi menunjukkan bahwa sekitar 8-10 populasi akan mengalami bangkitan dalam masa hidupnya. Hanya sekitar 2-3 yang akan berlanjut menjadi epilepsi. Insiden epilepsi di seluruh dunia adalah 50,4 per 100.000 per tahun. Secara konseptual, epilepsi didefinisikan sebagai kelainan otak yang ditandai oleh adanya kecenderungan untuk menimbulkan bangkitan epilepsi secara terus menerus dengan konsekuensi neurobiologis, kognitif, psikologis, dan sosial. Definisi epilepsi membutuhkan setidaknya satu kali kejadian kejang epileptik.¹

Di negara berkembang, insidens epilepsi sebesar 61-124/100.000 anak per tahun. Prevalensi kasus epilepsi di Indonesia sebanyak 8,2 per 1.000 penduduk dengan angka insiden mencapai 50 per 100.000 penduduk.² Diperkirakan ada 1,8 juta pasien epilepsi yang butuh pengobatan. Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien epilepsi antara lain depresi, psikosis, ansietas, dan gangguan kognitif. Problem psikososial pada penderita epilepsi ditemukan lebih tinggi dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya.²

Salah satu masalah dalam penanggulangan epilepsi ialah menentukan dengan pasti diagnosis epilepsi, oleh karena

sebelum pengobatan dimulai epilepsi harus ditegakkan terlebih dahulu. Diagnosis dan pengobatan epilepsi tidak dapat dipisahkan sebab pengobatan yang sesuai dan tepat hanya dapat dilakukan dengan diagnosis epilepsi yang tepat pula. Penelitian ini bertujuan untuk menegakkan diagnosis secara sistematis pada pasien pria berusia 42 tahun sehingga pasien dapat diterapi dengan tepat.

Kasus

Seorang laki-laki berusia 42 tahun datang dengan keluhan kejang berulang 2 kali sejak 15 menit SMRS. Kejang dialami berlangsung selama \pm 5 menit, kejang seperti kaku dan kelonjotan pada seluruh anggota gerak, mata mendelik keatas, tampak pucat dan berkeringat, lidah tidak tergigit dan tidak keluar busa dari mulut. Pada saat kejang pasien dalam keadaan berbaring dan tidak sadarkan diri, setelah kejang pasien langsung tertidur, setelah pasien bangun, pasien tampak bingung selama beberapa saat kemudian kembali sadar dan dapat kembali berkomunikasi seperti biasa. Kemudian, saat di RS, pasien mengalami kejang Kembali selama 10 menit dengan bentuk kejang yang sama. Pasien pernah mengalami keluhan serupa pada 2 hari SMRS. Sebelum mengalami kejang pasien sering merasa nyeri pada seluruh bagian kepala terutama dalam 1 minggu terakhir. Keluhan serupa dalam keluarga disangkal. Riwayat trauma disangkal. Pasien memiliki Riwayat darah tinggi dan penyakit leukimia limfoblastik akut yang dalam pengobatan.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang; kesadaran GCS E4V5M6 = 15 ; frekuensi nadi 68x/menit; frekuensi napas 18x/menit; suhu 36,5°C; tekanan darah 160/80 mmHg. Bentuk kepalanya bulat, persebaran rambut merata dan tidak rontok. Mata normal (konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik), telinga normal (normotia (+/+), sekret (-/-), hiperemis (-/-), nyeri tekan (-/-)), hidung normal (deviasi (-/-), sekret (-/-), normosmia ki=ka, hiperemis (-/-). Leher, JVP tidak meningkat, tidak ada pembesaran KGB, kelenjar tiroid tidak mengalami pembesaran. Paru, gerak dada dan fremitus taktil simetris, nyeri tekan (-), masa (-), ekspansi simetris, sonor kedua lapang paru pada perkusi, dan tidak didapatkan rhonki dan wheezing, kesan dalam batas normal. Jantung,

iktus cordis tidak teraba, batas jantung dalam batas normal, bunyi jantung I dan bunyi jantung II regular, tidak ada bunyi jantung tambahan. Ekstremitas superior dekstra sinistra dan inferior dekstra sinistra teraba hangat, edema (-), CRT <2 detik.

Pada pemeriksaan abdomen didapatkan pada inpeksi perut tampak datar, tidak terdapat asites, bising usus 8x/menit, nyeri tekan (-), hepatomegaly (-), timpani seluruh lapang abdomen. Pada pungung belakang pasien tidak didapatkan deformitas, benjolan, edema, dan kemerahan. Pada kedua lengan atas pasien tidak didapatkan deformitas, benjolan, edema, dan kemerahan. Hasil pemeriksaan nervus cranialis dalam batas normal, rangsal meningeal (-), reflek fisiologis bisep +2/+2, trisep +2/+2, patella +2/+2, achilles +2/+2. Refleks patologis tidak ditemukan. Kekuatan motorik dan sensorik dalam batas normal.

Pada pemeriksaan hematologi didapatkan kadar Hb 8,6 g/dL, eritrosit 3 juta/ μ L, hematokrit 25%, trombosit 58.000/ μ L, gula darah sewaktu 140 mg/dL, Kalium 3,3 mmol/L, kalsium 7,7 mg/dL dan klorida 106 mmol/L. Hasilnya didapatkan pasien mengalami anemia, trombositopenia, hipokalemia dan hipokalsemia. Pada pemeriksaan CT scan kepala tanpa kontras, didapatkan adanya iskemi lobus parietalis sinistra aspek posterosuperior.

Pasien dalam kasus ini didiagnosis dengan diagnosis klinis konvulsi tipe umum tonik klonik, diagnosis topic pada daerah cerebri dan diagnosis etiologi adalah epilepsy. Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien ini terdiri dari penatalaksanaan umum berupa tirah baring disertai pemantauan terhadap tanda vital pasien, dan diberikan terapi medikamentosa berupa infus RL XV gtt/menit, drip ca gluconas/8 jam, KSR 3x1 tab, drip KCL 1 fls/8 jam, Phenytoin 1 ampul/8 jam dalam 100 cc normosaline, dan Asam Folat 2x1.

Pembahasan

Epilepsi merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan kejang berulang yang terjadi lebih dari 24 jam tanpa pemicu. Kejang epilepsi mengacu pada manifestasi klinis kejang stereotipik yang berlebihan dan abnormal yang terjadi secara tiba-tiba dan sementara, dengan atau tanpa perubahan kesadaran, dan

disebabkan oleh aktivitas listrik yang berlebihan dari sekelompok neuron di otak yang yang bukan disebabkan oleh suatu penyakit otak akut (*unprovoked*).¹

Diagnosis epilepsi ditegakkan secara sistematis dengan 3 langkah, yaitu: Langkah pertama, melalui anamnesis.⁴ Pada sebagian besar kasus, diagnosis epilepsi dapat ditegakkan berdasarkan informasi akurat yang diperoleh dari anamnesis yang mencakup autoanamnesis maupun alloanamnesis. Langkah kedua : untuk menentukan jenis bangkitan, dilakukan dengan memperhatikan klasifikasi ILAE. Menurut ILAE 2014, epilepsi dapat ditegakkan pada salah satu kondisi berikut yaitu terdapat minimal dua episode kejang tanpa diprovokasi dengan jarak episode kejang lebih dari 24 jam; terdapat satu episode kejang tanpa diprovokasi, tetapi memiliki risiko rekurensi dalam waktu 10 tahun sama dengan rekurensi yang terjadi setelah dua episode kejang tanpa provokasi ; dan sindrom epilepsi berdasarkan pemeriksaan EEG.⁵

Berdasarkan ILAE 2017, klasifikasi epilepsi dibagi menjadi onset fokal, generalisata, dan tidak diketahui. Epilepsi generalisata adalah kejang yang melibatkan dua hemisfer dan menyebabkan hilangnya kesadaran. Epilepsi fokal adalah kejang yang melibatkan satu sisi hemisfer dan disertai atau tidak penurunan kesadaran⁶. Menurut ILAE, etiologi epilepsi dibagi menjadi tiga kategori, yaitu Idiopatik yangmana tidak ada kerusakan otak atau defisit neurologis. Diperkirakan bahwa berhubungan dengan genetik dan terkait dengan usia; kemudian kriptogenik yaitu epilepsi yang menimbulkan gejala, tetapi penyebabnya tidak diketahui; dan epilepsi bergejala yaitu kejang disebabkan oleh kelainan/kerusakan struktur otak, misal: trauma kepala, infeksi sistem saraf pusat, kelainan kongenital, lesi massa, gangguan perfusi serebral, toksik (alkohol, obat-obatan), gangguan metabolik dan neurodegeneratif.⁶

Penegakan diagnosis selanjutnya dengan melakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang yang data dilakukan adalah dengan pemeriksaan *electroencephalography* (EEG), yaitu untuk membantu menunjang diagnosis dan dapat menentukan jenis bangkitan maupun sindrom epilepsi. Selain itu, pada keadaan tertentu dapat menentukan prognosis dan menentukan perlu

atau tidaknya pengobatan dengan obat antiepilepsi. Dapat pula dilakukan pemeriksaan CT scan dan MRI yang dapat mendeteksi lesi epileptogenik diotak. Dengan MRI beresolusi tinggi berbagai lesi patologi dapat terdeteksi secara non invasif, misalnya nesial temporal sklerosis, glioma, ganglioma, malformasi kavernosus, DNET. Ditemukanya lesi-lesi ini menambah pilihan terapi pada epilepsi yang refrakter terhadap obat anti epilepsy. Kemudian dapat dilakukan pemeriksaan laboratorium, pada pemeriksaan hemtologi dilakukan pada awal pengobatan, dua bulan kemudian diulang untuk mendeteksi efek samping obat anti epilepsy (OAE) dan rutin diulang tiap tahun untuk mendeteksi efek samping obat anti epilepsy atau bila timbul gejala klinis akibat efek samping obat anti epilepsy. Dapat pula dilakukan pemeriksaan kadar obat anti epilepsy bila bangkitan belum terkontrol meskipun OAE sudah mencapai dosis terapi maksimal atau untuk memonitor kepatuhan pasien.^{1,4}

Tujuan utama terapi epilepsi adalah mengupayakan pasien epilepsi dapat hidup senormal mungkin dan tercapainya kualitas hidup optimal.¹ Harapannya adalah bebas bangkitan, tanpa efek samping OAE. OAE mulai diberikan bila diagnosis epilepsy sudah ditegakkan dan pasiendan/atau keluarga menyetujuinya. Biasanya, OAE tidak diberikan pada bangkitan tanpa provokasi yang pertama, namun dapat diberikan bila ditemukan focus epilepsy yang jelas pada EEG, pada CT scan/MRI, ditemukan lesi di otak yang berhubungan dengan bangkitan (missal meningioma, neoplasma, AVM, abses otak), pada pemeriksaan neurologik dijumpai kelainan yang mengarah pada adanya kerusakan otak, terdapat Riwayat epilepsy pada saudara sekandung (bukan orang tua); terdapat sindrom epilepsi yang berisiko kekambuhan tinggi seperti JME (Juvenile Myoclonic Epilepsy), terdapat riwayat trauma kepala terutama yang disertai penurunan kesadaran, stroke, infeksi SSP serta adanya bangkitan pertama berupa status epilepticus.¹

Terapi dimulai dengan mono terapi, penggunaan OAE pilihan sesuai dengan jenis bangkitan dan jenis sindrom epilepsi. Pemberian obat dimulai dari dosis rendah dan dinaikan bertahap sampai dosis efektif tercapai atau timbul efek samping. Bila dengan

penggunaan dosis maksimum OAE tidak dapat mengontrol bangkitan, ditambahkan OAE kedua. Bila OAE kedua telah mencapai kadar terapi, maka OAE pertama diturunkan bertahap perlahan lahan^{8,9}. Penambahan OAE ketiga baru dilakukan setelah terbukti bangkitan tidak dapat diatasi dengan penggunaan dosis maksimal kedua OAE pertama.⁷

Pada dewasa, penghentian OAE secara bertahap dapat dipertimbangkan setelah 3 sampai 5 tahun bebasbangkitan. Beberapa syarat untuk menghentikan pemberian OAE adalah: minimal 3 tahun bebas bangkitan dan gambaran EEG normal, atas persetujuan pasien/keluarga, dilakukan secara bertahap (25% dari dosis semula setiap bulan dalam 3-6 bulan), bila digunakan lebih dari 1 OAE maka penghentian dimulai dari 1 OAE yang bukan utama.^{1,8}

Simpulan

Diagnosis epilepsy dapat ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Tatalaksana epilepsy dimulai dengan monoterapi sesuai jenis bangkitan dan dimulai dari dosis terendah. Penghentian OAE dilakukan bila terjadi bebas bangkitan setelah 3-5 tahun dengan gambaran EEG normal

Daftar Pustaka

1. PERDOSSI. Pedoman Tatalaksana Epilepsi Edisi 6. Surabaya: Airlangga University Press; 2019.

2. Riskesdas. 2018. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI; 2018.
3. Gomes TKC, Oliveira SL, Castro RM. Malnutrition and experimental epilepsy. *Journal epilepsy clin. neurophysiology*. 2011; 17(1): 24-9.
4. Mardjono M. Pandangan Umum tentang Epilepsi dan Penatalaksanaannya dalam Dasar-Dasar Pelayanan Epilepsi & Neurologi. Jakarta. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2013.
5. ILAE. A Practical Clinical Definition of Epilepsy. *Epilepsia*. 2014; 55:475-82 .
6. ILAE. Instruction Manual for The ILAE 2017 Operational Classification of Seizure Types. *Epilepsia*. 2017; 58(4): 531-42.
7. NICE. Epilepsies: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2012.
8. Repindo A, Zanariah Z dan Oktafany. Epilepsi Simptomatik Akibat Cidera Kepala. pada Pria Berusia 20 Tahun. *Medula*. 2017; 7(4): 26
9. Priyani R, Dwirusman CG dan Mayasari D. Penatalaksanaan Holistik Penyakit Epilepsi pada Pasien Remaja dengan Tingkat Pengetahuan yang Minimal melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Medula*. 2023; 13(2):23-33.