

Content lists available at Mara Cendekia Publisher

JURNAL ENTITAS KESEHATAN

Journal Homepage: <https://journal.marapublisher.com/index.php/jek>

ISSN: [3124-128X](#) (Print) | [3124-1298](#) (Online)

Analisis DRPs Dengan Diagnosa Kejang Demam Pasien Rawat Inap Anak di RSUD X Periode Januari 2023 - Desember 2025

Analysis of Drug-Related Problems (DRPs) in Pediatric Inpatients Diagnosed with Febrile Seizures at Regional General Hospital (RSUD) X (January 2023 – December 2025)

Heni Sintia Apriliyanti ^{1*}, Dede Handika ², Tri Yanuarto ³

¹⁻³ Program Studi S1 Farmasi Klinis Dan Komunitas, STIKES Al-Fatah Bengkulu, Indonesia

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Receipt: 26 Juni 2026

Revision: 10 Juli 2026

Accepted: 26 Juli 2026

Email Corresponding Author:

henisintiaapriyanti01@gmail.com

Kata kunci:

Drug Related Problems

DRPs

Kejang demam

Pasien anak

Keywords:

DRPs

Drug-Related Problems

Febrile seizures

Pediatric patients

ABSTRAK

Abstrak: Kejang demam merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi pada kelompok anak dan memerlukan terapi yang tepat untuk mencegah komplikasi. Ketidaksesuaian penggunaan obat dapat menyebabkan Drug Related Problems (DRPs) yang berdampak pada keberhasilan terapi. Penelitian bertujuan untuk menentukan angka kejadian serta kategori DRPs pada pasien anak dengan diagnosis kejang demam di RSUD X periode Januari 2023–Desember 2025. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif observasional dengan pendekatan retrospektif menggunakan data sekunder berupa rekam medis pasien. Sampel penelitian diperoleh dengan teknik purposive sampling sebanyak 80 pasien yang termasuk dalam kriteria inklusi. Analisis DRPs dilakukan sesuai dengan klasifikasi *Cipolle* dan hasil penelitian dipaparkan secara deskriptif dalam bentuk tabel disertai distribusi persentase. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 13 dari 80 pasien (16,25%) mengalami DRPs, sedangkan 67 pasien (83,75%) tidak mengalami DRPs. Kategori DRPs yang ditemukan yaitu dosis obat terlalu rendah sebanyak 11 pasien (13,75%) dan dosis berlebih sebanyak 2 pasien (2,50%). Tidak ditemukan kejadian DRPs kategori obat tanpa indikasi maupun butuh tambahan obat (0%). Paracetamol merupakan obat yang digunakan pada seluruh pasien (100%), sedangkan diazepam diberikan pada 67 pasien (83,8%).

Abstract: Febrile seizures are a common health issue among children, requiring appropriate therapy to prevent complications. Inappropriate medication use can lead to Drug-Related Problems (DRPs), which impact therapeutic outcomes. This study aimed to determine the incidence and categories of DRPs in pediatric patients diagnosed with febrile seizures at Regional General Hospital (RSUD) X between January 2023 and December 2025. It was a descriptive observational study with a retrospective design, utilizing secondary data from patient medical records. A purposive sampling technique was used to select 80 patients who met the inclusion criteria. DRP analysis was conducted based on the *Cipolle* classification, and the results were presented descriptively in tables showing percentage distributions. The results showed that 13 out of 80 patients (16.25%) experienced DRPs, while 67 patients (83.75%) did not. The identified DRP categories were drug dosage too low (11 patients; 13.75%) and drug dosage too high (2 patients; 2.50%). No instances of DRPs involving drugs without indication or the need for additional medication were found (0%). Paracetamol was administered to all patients (100%), while diazepam was given to 67 patients (83.8%).

PENDAHULUAN

Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa sekitar 216.000 anak di seluruh dunia meninggal karena adanya penyakit kejang demam (WHO, 2019). Di Amerika Serikat, sebanyak 1,5 juta anak berusia 6 bulan hingga 36 bulan pernah mengalami kejang demam. Angka kejadiannya juga cukup tinggi di Jepang (8,8%), India (5-10%), dan Eropa (2-4%) (Nelson & Ellenberg, 1981). Kejang demam lebih sering terjadi di Asia dari pada di tempat lain, dan 80-90% kasusnya tidak menimbulkan masalah serius (Patel et al., 2021). Di Indonesia, Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2019, tercatat ada 14.251 kasus kejang demam (Kemenkes RI, 2019).

Kejang demam dapat didefinisikan sebagai kejang yang sering muncul saat suhu tubuh anak naik tinggi, bukan karena infeksi di otak atau sistem saraf pusat. Ini juga tidak terkait dengan riwayat kejang sejak bayi atau kejang tanpa alasan jelas. Kejang ini biasanya terjadi pada anak usia 6 bulan hingga 5 tahun ketika suhu tubuhnya naik di atas 38°C (diukur dengan menggunakan termometer), dan bukan karena masalah di dalam kepala (Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI, 2016). Penanganan demam pada anak perlu dilakukan secara tepat, termasuk penggunaan obat antipiretik yang sesuai indikasi dan jika mengikuti aturan penggunaan yang tepat (Sholikhah & Sarmadi, 2025).

Sebagian besar kasus kejang demam memiliki prognosis yang baik. Namun, pada kejang demam kompleks atau kejang yang berlangsung lama dan berulang, terdapat risiko kecil terjadinya gangguan perkembangan saraf. Penanganan yang cepat dan tepat diperlukan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (Patel *et al.*, 2021).

Data terbaru menunjukkan bahwa Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia mengalami penurunan. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, AKABA di Indonesia sebesar 21 per 1.000 kelahiran hidup, masih di atas target SDGs 2030 yaitu 12 per 1.000 kelahiran hidup (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK, 2023).

Berdasarkan dari penelitian Maghfiroh dan Namira pada tahun 2022 kejang kompleks pada balita dapat dibagi menjadi dua kategori pokok, yaitu kejang demam sederhana serta kejang demam kompleks. Kejang demam sederhana dicirikan oleh durasi yang pendek, yaitu kurang selama 15 menit, serta hanya terjadi satu kali dalam rentang waktu 24 jam. Di sisi lain, kejang demam kompleks didefinisikan sebagai kejang yang berlangsung lebih dari 15 menit atau kejang yang muncul berulang kali lebih dari dua kali, dengan kondisi di mana anak mengalami ketidaksadaran atau penurunan kesadaran yang signifikan selama interval tersebut. Kejang demam kompleks dapat menunjukkan salah satu dari tiga karakteristik berikut, yakni kejang yang berlangsung lebih dari 15 menit, kejang fokal atau parsial yang memengaruhi satu sisi tubuh atau kejang umum yang didahului oleh kejang parsial, serta kejang yang berulang atau terjadi lebih dari satu kali dalam periode 24 jam (Hafida & Sudarmanto, 2025).

Beberapa penelitian sebelumnya di Indonesia terkait penggunaan obat pada pasien kejang demam anak telah dilakukan. Salah satunya melaporkan bahwa golongan obat yang paling sering diberikan adalah antikonvulsan benzodiazepin, khususnya diazepam, yang diterima oleh 91 pasien atau sekitar 83%, serta golongan analgesik antipiretik yaitu parasetamol yang diberikan kepada 97 pasien atau 100% (Hafida & Sudarmanto, 2023). Penelitian lain juga menemukan karakteristik pasien kejang demam paling banyak berjenis kelamin laki-laki sebanyak 51 pasien atau 53%, dengan rentang usia dominan 1-4 tahun sebanyak 76 pasien atau 78%, dan ruangan perawatan terbanyak di poli anak sebanyak 82 pasien atau 85% (Sa'diyah et al., 2024).

KAJIAN TEORITIS

Drug Related Problems (DRPs) merupakan isu yang berhubungan dengan penggunaan obat pada penderita, baik yang sudah terjadi maupun yang berpotensi terjadi, yang dapat menghambat tercapainya hasil terapi atau kesembuhan yang diharapkan (Cipolle et al., 2012). Klasifikasi DRPs menurut Cipolle dibagi menjadi 8 kategori, yaitu: indikasi tanpa obat, obat tanpa indikasi, obat yang tidak tepat, dosis terlalu rendah, dosis terlalu tinggi, efek samping obat, interaksi obat, dan ketidakpatuhan pasien.

Kejang demam dapat didefinisikan sebagai episode insiden kejang pada anak-anak berusia antara 6 bulan hingga 5 tahun, yang dipicu oleh peningkatan temperatur tubuh melebihi 38°C diukur dengan menggunakan termometer, dan tidak dipicu oleh kondisi atau mekanisme yang berasal dari dalam tengkorak kepala (Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI, 2016). Kejang demam diklasifikasikan menjadi 2, yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks. Faktor risiko terjadinya kejang demam antara lain riwayat keluarga, usia, dan tinggi demam (Patel et al., 2021).

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan retrospektif menggunakan data sekunder yang bersumber dari rekam medis pasien anak dengan diagnosis kejang demam yang menjalani rawat inap di RSUD X. Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari–Maret 2026 dengan pengambilan data rekam medis periode Januari 2023–Desember 2025. Populasi penelitian adalah seluruh pasien anak dengan diagnosis kejang demam yang menjalani rawat inap selama periode penelitian sebanyak 130 pasien, sedangkan sampel penelitian berjumlah 80 pasien yang diambil menggunakan metode purposive sampling berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi adalah pasien anak berusia 6 bulan - 5 tahun dengan diagnosis utama dengan diagnosis kejang demam serta data rekam medis yang lengkap, sedangkan kriteria eksklusi meliputi pasien yang mengalami gangguan perkembangan otak, pasien dengan status pulang atas permintaan sendiri, pasien meninggal dunia, serta pasien dengan kelengkapan data rekam medis yang kurang lengkap. Data yang diambil meliputi karakteristik pasien, yaitu umur, jenis kelamin, berat badan, diagnosis, riwayat penyakit, serta penggunaan obat yang mencakup jenis obat, dosis, frekuensi, rute, dan lama pemberian. Instrumen penelitian berupa lembar pengumpulan data (*data collection sheet*) yang disusun berdasarkan informasi pada rekam medis pasien. Data dianalisis secara deskriptif menggunakan Microsoft Excel. Evaluasi *Drug Related Problems* (DRPs) dilakukan berdasarkan kategori obat tidak diperlukan, kebutuhan terapi obat tambahan, dosis terlalu rendah, dan dosis terlalu tinggi. Hasil analisis disajikan melalui tabel distribusi frekuensi dan persentase

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Karakteristik pasien meliputi

Jenis kelamin

Tabel 1. Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	43	53,75
Perempuan	37	46,25
Total	53	100,00

Data karakteristik jenis kelamin menggambarkan bahwa sebagian besar anak yang didiagnosis kejang demam berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 43 anak (53,75%), sedangkan anak perempuan berjumlah 37 anak (46,25%).

Umur

Tabel 2. Karakteristik Berdasarkan Umur

Umur	Frekuensi (n)	Persentase (%)
0–12 bulan	15	18,75
1–3 tahun	51	63,75
3–5 tahun	14	17,5
≥5 tahun	0	0
Total	80	100,00

Hasil data menunjukkan penelitian usia pasien, dapat diketahui bahwa proporsi terbesar pasien anak dengan diagnosis kejang demam berada pada kelompok usia 1–3 tahun, yaitu sebanyak 51 pasien (63,75%). Sementara itu, kelompok usia 0–12 bulan berjumlah 15 pasien (18,75%) dan kelompok umur 3–5 tahun sebanyak 14 pasien (17,5%). Pada penelitian ini tidak ditemukan pasien dengan usia ≥5 tahun.

Riwayat Kejang Anak

Tabel 3. Karakteristik berdasarkan riwayat kejang anak

Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Ada	27	33,80
Tidak Ada	53	66,20
Total	80	100,00

Data hasil penelitian karakteristik Riwayat Kejang Anak diketahui bahwa proporsi terbesar pasien anak tidak terdapat riwayat kejang demam sebelumnya, dengan jumlah 53 pasien (66,2%), sedangkan pasien yang memiliki anamnesis kejang demam sebelumnya dengan jumlah 27 pasien (33,8%).

Kejang Demam Kompleks

Tabel 4. Karakteristik berdasarkan kejang demam kompleks

Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
KDS	46	57,50
KDK	36	42,50
Total	80	100,00

Data hasil penelitian Karakteristik pasien berdasarkan jenis kejang demam diketahui bahwa subjek penelitian dengan diagnosis kejang demam sederhana (KDS) berjumlah 42 pasien (52,5%), sedangkan pasien dengan diagnosis kejang demam kompleks (KDK) sebanyak 38 pasien (47,5%)

Suhu Tubuh Saat Kejang

Tabel 5. Karakteristik Berdasarkan derajat suhu tubuh ketika terjadi kejang

Derajat Suhu Tubuh (°C)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
36,0–36,9	7	8,75
37,0–37,9	10	12,5
38,0–38,9	36	45
39,0–39,9	20	25
≥40,0	7	8,75
Total	80	100,00

Data hasil penelitian Karakteristik pasien berdasarkan suhu tubuh saat kejang diketahui bahwa sebagian besar pasien anak dengan diagnosis kejang demam memiliki suhu tubuh 38,0–38,9°C, yaitu sebanyak 36 pasien (45,00%). Kelompok suhu tubuh 39,0–39,9°C berada pada urutan berikutnya dengan jumlah 20 pasien (25,00%). Sementara itu, pasien dengan suhu tubuh 37,0–37,9°C sebanyak 10 pasien (12,50%), sedangkan suhu tubuh 36,0–36,9°C dan ≥40,0°C masing-masing ditemukan pada 7 pasien (8,75%).

Karakteristik Klinis

Profil Penggunaan Obat Kejang Demam

Tabel 6. Karakteristik klinis berdasarkan profil penggunaan obat kejang demam

Golongan Obat	Nama Obat	Jumlah Pasien (n)	Presentase (%)
Antipiretik/Analgesik	Paracetamol	80	100
Antikonvulsan (benzodiazepin)	Diazepam	67	83,8
Total penggunaan obat		147	183,8

Hasil penelitian, diketahui bahwa paracetamol merupakan obat yang paling sering digunakan pada pasien anak yang didiagnosis kejang demam, yaitu sebanyak 80 pasien (100,0%). Seluruh pasien dalam penelitian ini mendapatkan terapi paracetamol selama menjalani perawatan. Selain itu, diazepam diberikan kepada 67 pasien (83,8%), sedangkan 13 pasien (16,2%) tidak mendapatkan terapi diazepam.

Drug Related Problems(DRPs)

Tabel 7. Karakteristik klinis berdasarkan *Drug Related Problems*(DRPs)

Kategori DRPs	Jumlah	Presentase (%)
Butuh Tambahan Obat	0	0
Obat Tanpa Indikasi	0	0
Dosis Terlalu Rendah	11	13,75
Dosis Terlalu Tinggi	2	2,5
Total kejadian DRP	13	16,25

Hasil penelitian yang dilakukan pada pasien anak yang diagnosis kejang demam di ruang inap perawatan diperoleh sampel penelitian berjumlah 80 pasien yang memenuhi kriteria inklusi. Berdasarkan analisis *Drug Related Problems* (DRPs) menggunakan klasifikasi *Cipolle*, ditemukan dua kategori DRPs, yaitu dosis rendah, dan dosis tinggi. Dari hasil analisis tersebut diperoleh 13 kejadian *Drug Related Problems* (DRPs). Kategori DRPs dengan frekuensi tertinggi adalah dosis rendah, sedangkan dosis tinggi merupakan kategori yang paling sedikit ditemukan.

DRPs Kategori Obat Tanpa Indikasi

Tabel 8. Karakteristik klinis berdasarkan DRPs Kategori Obat Tanpa Indikasi

DRPs Kategori Obat Tanpa Indikasi	Jumlah Kejadian	Persentase Kejadian (%)
Terjadi	0	0
Tidak Terjadi	80	100
Total	80	100

Hasil penelitian terhadap 80 pasien anak dengan diagnosis kejang demam yang memenuhi kriteria inklusi, tidak ditemukan pasien yang mengalami *Drug Related Problems* (DRPs) kategori obat tanpa indikasi, sehingga persentase kejadiannya adalah 0%. Hal ini menunjukkan bahwa seluruh terapi yang diberikan telah memenuhi kebutuhan pengobatan berdasarkan kondisi klinis pasien. Distribusi jumlah dan persentase kejadian DRPs kategori butuh tambahan obat pada pasien pediatrik kejang demam.

DRPs Kategori Butuh Tambahan Obat

Tabel 9. Karakteristik Klinis Berdasarkan DRPs Kategori Butuh Tambahan Obat

DRPs Kategori Butuh Tambahan Obat	Jumlah Kejadian (Pasien)	Kejadian (%)
Terjadi	0	0
Tidak Terjadi	80	100
Total	80	100

Hasil penelitian terhadap 80 pasien anak dengan diagnosis kejang demam yang memenuhi kriteria inklusi, tidak ditemukan pasien yang terdapat masalah terkait obat (DRPs) kategori butuh tambahan obat, sehingga persentase kejadiannya adalah 0%.

Dosis Terlalu Rendah

Tabel 10. Karakteristik Klinis Berdasarkan DRPs Kategori Dosis Terlalu Rendah

DRPs Kategori Dosis Obat Terlalu Rendah	Jumlah Kejadian (Pasien)	Presentase (%)
Terjadi	11	13,75
Tidak Terjadi	69	86,25
Total Pasien	80	100,00

Hasil dari data penelitian, sebanyak 11 pasien (13,75%) mengalami masalah terkait obat pada kategori dosis obat terlalu rendah dan sebanyak 69 pasien (86,25%) tidak mengalami masalah terkait obat pada kategori dosis obat terlalu rendah yang terjadi pada pasien anak dengan kejang demam.

DRPS Kategori Dosis Terlalu Tinggi

Tabel 11. Karakteristik Klinis Berdasarkan DRPs Kategori Dosis Terlalu Rendah

DRPs Kategori Dosis Tinggi	Jumlah Kejadian (Pasien)	Persentase (%)
Terjadi	2	2,50
Tidak Terjadi	78	97,50
Total	80	100,00

Data hasil dari penelitian, sebanyak 2 pasien (2,50%) yang mengalami masalah terkait obat pada kategori dosis terlalu tinggi sebanyak 78 pasien (97,50 %) tidak mengalami DRPS kategori dosis tinggi yang terjadi pada pasien pediatrik kejang demam.

Pembahasan

Hasil tersebut menunjukkan bahwa kasus kejang demam pada penelitian ini lebih banyak dialami oleh anak laki-laki dibandingkan anak perempuan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Sa'diyah et al, (2024) yang melaporkan bahwa proporsi kejadian kejang demam lebih tinggi pada kelompok anak laki-laki (53%) dibanding anak perempuan (47%). Kesamaan hasil tersebut menunjukkan bahwa pada anak laki-laki cenderung lebih sering kejadian kejang demam dibanding anak perempuan.

Temuan penelitian ini sejalan berdasarkan pendapat Anggraini & Hasni (2022), yang menyatakan bahwa kejang demam umumnya terjadi pada kelompok usia 6 bulan sampai 5 tahun. Hal ini terjadi karena pada rentang usia tersebut sistem saraf pusat anak masih berada dalam masa pertumbuhan dan perkembangan rentan terhadap kenaikan suhu tubuh akibat demam yang dapat memicu terjadinya kejang. Oleh karena itu, anak usia 1–3 tahun menjadi kelompok usia terbanyak terjadi pada kejadian kejang demam dalam penelitian ini.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Kurniasih et al., (2025) dan melaporkan bahwa sebagian besar penderita kejang demam memiliki riwayat kejang sebelumnya. Perbedaan tersebut kemungkinan dipengaruhi oleh perbedaan jumlah sampel, karakteristik pasien, serta lokasi penelitian. Meskipun hasil yang diperoleh berbeda dalam Kurniasih et al, (2025) menyatakan bahwa anak dengan riwayat kejang demam memiliki peluang berisiko lebih besar mengalami kejang demam berulang dibandingkan dengan anak yang belum pernah mengalami kejang demam. Oleh karena itu, riwayat kejang demam pada anak hal ini perlu diperhatikan mengingat dapat menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan terjadinya kekambuhan saat anak kembali mengalami demam.

Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian Sintyawati et al., (2023) yang menyatakan bahwa terjadi kejang demam sederhana lebih sering terjadi dibandingkan kejang demam kompleks pada pasien anak. Kondisi tersebut dapat disebabkan oleh kejang demam sederhana umumnya berlangsung

selama <15 menit serta tidak berulang dalam kurun waktu 24 jam, dan tidak disertai kelainan neurologis, sehingga lebih banyak terjadi pada kelompok anak dengan kejang demam. Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa kejang demam sederhana termasuk kategori kejang yang paling sering terjadi ditemukan pada penelitian ini. Meskipun demikian, selisih proporsi antara kejang demam sederhana maupun kejang demam kompleks tidak terlalu besar, sehingga kedua kategori kejang tersebut masih banyak dijumpai pada pasien anak dengan kejang demam.

Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Sinyawati et al., (2023) yang menjelaskan bahwa kejang demam umumnya berlangsung pada anak dengan suhu tubuh $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan suhu tubuh memiliki hubungan dengan terjadinya kejang demam pada anak. Kejang demam terjadi ketika peningkatan suhu tubuh memengaruhi aktivitas sel-sel saraf di otak yang masih dalam tahap perkembangan. Pada kondisi tersebut, sel saraf menjadi lebih peka terhadap perubahan suhu tubuh sehingga anak lebih mudah mengalami kejang.

Oleh karena itu, anak dengan suhu tubuh mencapai 38 derajat Celcius atau lebih sering mengalami kejang demam dibandingkan anak dengan suhu tubuh yang lebih rendah. Meskipun demikian, peningkatan suhu tubuh dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berperan dalam kejang demam, seperti umur anak, riwayat kejang demam sebelumnya, serta faktor genetik. Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien mengalami kejang demam pada suhu tubuh $38,0\text{--}38,9^{\circ}\text{C}$, sehingga hasil penelitian ini mendukung teori bahwa kejang demam umumnya terjadi pada suhu tubuh 38°C atau lebih.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sa'diyah et al., (2024) yang melaporkan bahwa parasetamol merupakan obat yang paling banyak digunakan pada pasien kejang demam, yaitu sebesar 100%, sedangkan penggunaan diazepam mencapai 83%. Kesamaan hasil tersebut menunjukkan bahwa kedua obat tersebut hingga kini masih menjadi terapi yang sering diberikan kepada pasien kejang demam di rumah sakit.

Parasetamol digunakan sebagai obat antipiretik untuk membantu mengatasi demam pada anak. Pemberian obat bertujuan untuk mengurangi demam sehingga kondisi anak menjadi lebih nyaman selama menjalani perawatan. Sementara itu, diazepam digunakan sebagai obat antikonvulsan untuk mengatasi kejang yang sedang berlangsung atau diberikan pada pasien yang memerlukan terapi antikejang sesuai dengan kondisi klinisnya. Oleh karena itu, tidak semua pasien mendapatkan diazepam karena pemberiannya didasarkan pada indikasi medis dan hasil penilaian dokter.

Penggunaan parasetamol dan diazepam pada penelitian ini juga berdasarkan rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI, 2016). Dalam pedoman tersebut dijelaskan bahwa parasetamol digunakan sebagai terapi antipiretik untuk mengatasi demam, sedangkan diazepam digunakan sebagai terapi antikejang pada anak dengan kejang demam sesuai dengan indikasi. Berdasarkan temuan penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa pemberian parasetamol dan diazepam pada pasien anak kejang demam di RSUD X telah sesuai dengan tata laksana yang direkomendasikan dalam pedoman IDAI.

Hasil penelitian ini sejalan dengan rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) menyatakan bahwa tata laksana kejang demam berfokus pada penghentian kejang yang sedang berlangsung menggunakan diazepam apabila terdapat indikasi, sedangkan pemberian antipiretik seperti parasetamol bertujuan meningkatkan kenyamanan anak selama demam. Terapi lain diberikan berdasarkan penyebab demam dan kondisi klinis pasien sehingga setiap obat yang diberikan harus memiliki indikasi yang jelas (IDAI, 2016).

Dalam penelitian ini, obat-obatan yang digunakan pada pasien, seperti diazepam sebagai antikonvulsan, parasetamol sebagai antipiretik, serta terapi suportif lainnya, telah disesuaikan dengan kondisi klinis masing-masing pasien. Tidak ditemukannya penggunaan obat tanpa indikasi

menunjukkan bahwa seluruh terapi yang diberikan telah disesuaikan dengan kondisi klinis pasien dan tidak terdapat ketidakberian obat diperlukan selama masa perawatan (IDAI, 2016).

Pembahasan ini juga sejalan dengan artikel tinjauan oleh Syifa & Amalia (2025) yang menyatakan bahwa penatalaksanaan kejang demam dilakukan berdasarkan kondisi klinis pasien. Diazepam diberikan pada pasien yang mengalami kejang, sedangkan antipiretik diberikan untuk meningkatkan kenyamanan selama demam. Terapi lainnya diberikan sesuai penyebab demam yang mendasari sehingga setiap obat yang digunakan harus memiliki indikasi yang jelas (Syifa & Amalia, 2025). Dengan demikian, tidak ditemukannya DRPs kategori obat tanpa indikasi dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terapi pasien kejang demam di RSUD X telah sesuai dengan pedoman penatalaksanaan kejang demam, sehingga seluruh obat yang diberikan memiliki indikasi klinis yang jelas (IDAI, 2016).

Pada pasien anak dengan kejang demam, penatalaksanaan terapi berdasarkan kondisi klinis setiap pasien utama bertujuan untuk menghentikan kejang yang sedang berlangsung serta mengatasi demam sebagai faktor pencetus kejang. Diazepam diberikan sebagai terapi untuk menghentikan kejang yang masih berlangsung, terutama apabila terjadi kejang yang berlangsung >5 menit atau terjadi kejang secara berulang, sedangkan paracetamol digunakan sebagai antipiretik untuk membantu meningkatkan kenyamanan pasien yang mengalami demam. (IDAI, 2016).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa seluruh pasien telah memperoleh terapi yang sesuai dengan kebutuhan pengobatan berdasarkan kondisi klinisnya, sehingga tidak ditemukan DRPs kategori butuh tambahan obat. Kondisi tersebut mencerminkan bahwa penggunaan obat pada anak dengan diagnosis kejang demam di RSUD X telah dilakukan secara rasional, yaitu dengan memberikan terapi sesuai indikasi tanpa menambahkan obat yang tidak diperlukan. (Cipolle et al., 2012). Pemahaman dan perilaku dalam penggunaan obat juga merupakan aspek yang perlu diperhatikan dalam mendukung penggunaan obat secara tepat dan rasional (Faradiba et al., 2025)

Selain itu, rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia menyatakan bahwa penatalaksanaan kejang demam digunakan berdasarkan kondisi klinis pasien dengan tujuan utama menghentikan kejang dan mengatasi demam. Oleh karena itu, apabila tujuan terapi telah tercapai sesuai indikasi, maka tidak diperlukan pemberian terapi tambahan. Penggunaan obat yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan pasien merupakan salah satu aspek penting dalam mendukung tercapainya tujuan terapi (Teria & Sholikhah, 2025). Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa penatalaksanaan pasien anak dengan kejang demam di RSUD X telah sesuai dengan prinsip tersebut sehingga tidak ditemukan kebutuhan penambahan obat selama masa perawatan (IDAI, 2016).

Data hasil evaluasi terhadap pemberian obat, kejadian DRPs kategori dosis obat terlalu rendah ditemukan pada pemberian diazepam oral, diazepam rektal, dan paracetamol. Beberapa pasien mendapatkan diazepam oral pada rentang dosis 1–2 mg per pemberian, sedangkan berdasarkan perhitungan berat badan dosis yang dianjurkan berdasarkan Konsensus Penatalaksanaan Kejang Demam IDAI 2016 adalah dosis 0,3 mg/kgBB/kali tiap 8 jam. Saat pemberian diazepam rektal, ditemukan pasien dengan BB 10 kg yang menerima dosis 5 mg, sedangkan dosis yang direkomendasikan adalah 0,5 mg/kgBB/kali. Selain itu, ditemukan pemberian paracetamol dengan dosis 60 mg per kali pemberian pada pasien dengan berat badan 8,6 kg, sedangkan berdasarkan IDAI tahun 2016 dosis paracetamol yang dianjurkan adalah 10–15 mg/kgBB/kali. Berdasarkan hasil perbandingan tersebut, dosis yang diberikan belum mencapai dosis terapi yang direkomendasikan sehingga dikategorikan sebagai DRPs dosis obat terlalu rendah.

Terjadinya DRPs kategori dosis obat terlalu rendah dapat disebabkan oleh ketidaktepatan dalam penyesuaian dosis berdasarkan berat badan pasien. Pada pasien anak, perhitungan dosis obat perlu dilakukan secara individual karena kebutuhan dosis sangat dipengaruhi oleh berat badan. Berdasarkan pedoman IDAI 2016, pemberian diazepam dan paracetamol pada anak harus

mempertimbangkan berat badan agar jumlah obat yang diberikan dapat mencapai efek terapi yang optimal. Pemberian dosis di bawah dosis anjuran dapat menyebabkan efek terapi yang diharapkan tidak tercapai secara optimal.

Meskipun ditemukan 11 pasien yang mengalami DRPs kategori dosis obat terlalu rendah, sebagian besar pasien dalam penelitian ini yaitu sebanyak 69 pasien (86,25%) telah mendapatkan dosis obat yang sesuai. Hal ini menunjukkan bahwa ketepatan pemberian dosis pada pasien pediatrik dengan kejang demam di RS secara umum sudah baik.

Berdasarkan hasil evaluasi, kejadian DRPs kategori dosis obat terlalu tinggi ditemukan pada penggunaan obat antipiretik, yaitu paracetamol suppositoria dan propiretik suppositoria. Pemberian paracetamol suppositoria dengan dosis 160 mg termasuk dalam kategori dosis terlalu tinggi karena melebihi dosis yang dianjurkan berdasarkan pedoman Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) tahun 2016. Berdasarkan berat badan pasien, dosis paracetamol yang dianjurkan adalah 10–15 mg/kgBB/kali atau setara dengan 90–135 mg/kali, sedangkan dosis yang diberikan sebesar 160 mg/kali.

Selain itu, pemberian propiretik suppositoria dengan dosis 160 mg juga termasuk kategori dosis terlalu tinggi. Berdasarkan perhitungan berat badan pasien yaitu 9 kg, dosis yang diberikan adalah $160 \text{ mg} \div 9 \text{ kg} = 17,8 \text{ mg/kgBB/kali}$. Dosis tersebut melebihi dosis yang dianjurkan yaitu 10–15 mg/kgBB tiap kali pemberian atau sekitar 90–135 mg/kali. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian obat belum sepenuhnya disesuaikan dengan kebutuhan dosis individual pasien berdasarkan berat badan.

Pada pasien anak, penentuan dosis obat perlu dilakukan secara tepat karena karakteristik fisiologis anak berbeda dengan orang dewasa, terutama dalam proses metabolisme dan eliminasi obat. Pemberian dosis yang melebihi dosis terapi dapat meningkatkan risiko terjadinya efek samping obat. Oleh karena itu, perhitungan dosis berdasarkan berat badan menjadi faktor penting dalam penggunaan obat pada pasien pediatri untuk memastikan efektivitas terapi dan keamanan pasien.

Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini sesuai dengan temuan penelitian Syifa dan Amalia (2025) yang melaporkan bahwa pada pasien anak dengan kejang demam, penggunaan antipiretik seperti paracetamol diberikan dengan dosis 10–15 mg/kg berat badan setiap kali pemberian dan dapat diberikan tiap 4–6 jam dosis yang sesuai berat badan pasien diperlukan untuk memperoleh efek terapi yang optimal serta mengurangi risiko terjadinya ketidaktepatan penggunaan obat.

Berdasarkan pedoman IDAI 2016, terapi pada anak dengan kejang demam harus mempertimbangkan kondisi klinis dan dosis obat yang sesuai dengan berat badan pasien. Oleh karena itu, adanya kejadian Pemberian obat dengan dosis melebihi rekomendasi pentingnya evaluasi ketepatan dosis oleh tenaga kesehatan, khususnya pada pasien pediatri, agar penggunaan obat tetap aman, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

KESIMPULAN

Angka Kejadian terkait penggunaan obat (DRPs) pada pasien anak dengan diagnosis kejang demam di RSUD X di peroleh 13 dari 80 pasien (16,25%), sedangkan 67 pasien (83,75%) tidak mengalami Drug Related Problems (DRPs).

Diharapkan Temuan yang diperoleh ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan kefarmasian, terutama dalam pemantauan gambaran penggunaan obat pada pasien anak dengan diagnosis kejang demam.

DEKLARASI/ PERNYATAAN

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak RSUD X yang telah memberikan izin dan dukungan dalam pelaksanaan penelitian.

Kontribusi Penulis

HSA berkontribusi dalam desain penelitian, pengumpulan dan analisis data, serta penyusunan manuskrip. DH dan TY berkontribusi dalam supervisi penelitian, interpretasi hasil, dan penelaahan kritis manuskrip. Seluruh penulis menyetujui versi akhir manuskrip untuk dipublikasikan.

Kajian Etik

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan STIKes Sapta Bakti dengan nomor: 228/S1/KEPKSTIKesSaptaBakti/2026.

Penyanggah Dana

Penelitian ini tidak memperoleh pendanaan dari pihak mana pun.

Konflik Kepentingan

Tidak terdapat konflik kepentingan dalam penelitian maupun publikasi artikel ini.

Penggunaan *Artificial Intelligence* (AI)

Artificial Intelligence tidak digunakan dalam proses penyusunan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D., & Hasni, D. (2022). Kejang demam. *Scientific Journal*, 1(4), 327-333.
- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. (2023). Survei Kesehatan Indonesia 2023. Kementerian Kesehatan RI. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id>
- Cipolle, R. J., Strand, L. M., & Morley, P. C. (2012). *Pharmaceutical care practice: The patient-centered approach to medication management* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Faradiba, Z., Sholikhah, M., & Tedi. (2025). Korelasi tingkat pengetahuan dan perilaku masyarakat terhadap penggunaan obat gastritis di Kecamatan Seberang Ulu Satu Kota Palembang. *Jurnal Kesehatan Farmasi Nusantara*, 1(2), 57-64. <https://doi.org/10.64465/jkfn.v1i2.53>.
- Hafida & Sudarmanto. (2025). Kejang Demam Kompleks Pada Balita: Studi Kasus Anak Usia 1 Tahun 11 Bulan. *Jurnal Studi Keperawatan*, 6(2): 47-52.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia, I. D. A. I. (2016). Rekomendasi penatalaksanaan kejang demam. Kementerian Kesehatan RI. (2019). Laporan Nasional Riskesdas 2019. Lembaga Penerbit Badan Litbangkes. <http://labdata.litbang.kemkes.go.id>
- Kurniasih, A., Rokhmiati, E., & Jaya, D. (2025). Gambaran Kejadian Kejang Demam Pada Anak Di RS Unimedika Sepatan Tangerang Periode Awal Januari 2024 Sampai Agustus 2024 Overview of Febrile Seizures in Children at Unimedika Sepatan Hospital Tangerang from Early January 2024 to August 2024.
- Maghfirah, M., & Namira, I. (2022). Kejang demam kompleks. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, 71-80. <https://doi.org/10.29103/averrous.v8i1.7947>
- Nelson, K. B., & Ellenberg, J. H. (1981). Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. *Pediatrics*, 68(1), 36-44.
- Patel, N., Ram, D., Swiderska, N., Mewasingh, L. D., Newton, R. W., & Offringa, M. (2021). Febrile seizures. *BMJ*, 372, n101. <https://doi.org/10.1136/bmj.n101>

- Sa'diyah, R.H., Rochimat, I., & Dania, E. K. (2024). Gambaran Penggunaan Obat Kegawatdaruratan Demam Kejang pada Pasien Anak di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Media Informasi Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tasikmalaya*, Volume 20, Nomor 1 67-75.
- Sintyawati, K. A. A., Saniathi, N. K. E., & Evayanti, L. G. (2023). Karakteristik Kejang Demam pada Anak di RSUD Tabanan pada Tahun 2021-2022. *Aesculapius Medical Journal*, 3(3), 427-436.
- Syifa & Amalia. (2025). Kejang Demam pada Anak. *Galenical: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*, Vol.4 No.2 12-24.
- Sholikhah, M., & Sarmadi, S. (2025). Pemberdayaan kader peduli tentang penggunaan sirup obat antipiretik dalam menurunkan kecemasan orang tua. *Jurnal Entitas Pengabdian Masyarakat*, 1(1), 11–15. <https://doi.org/10.64465/jepm.v1i1.17>.
- Teria, N. P., & Sholikhah, M. A. (2025). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Minum Obat Hipertensi Di Kota Palembang. *Jurnal Kesehatan Farmasi Nusantara*, 1(2), 42-49.
- World Health Organization. (2019). Epilepsy and febrile seizures fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>