

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *GUILLAIN BARRE*  
*SYNDROME* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN  
MOBILITAS FISIK DI RSUD dr. SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung.

Oleh

**MAYKE INDRA YENI**

**AKX.15.057**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2018**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Mayke Indra Yeni

NPM : AKX.25.057

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Guillain Barre*  
*Syndrome* Dengan Masalah Keperawatan Hambatan  
Mobilitas Fisik

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 20 April 2018  
Yang Membuat Pernyataan



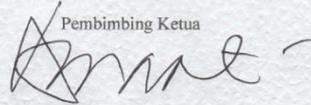
Mayke Indra Yeni

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *GUILLAIN BARRE SYNDROME (GBS)*  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK  
DI RSUD dr. SLAMET GARUT

MAYKE INDRA YENI  
AKX.15.057

KARYA TULIS INI TELAH DI SETUJUI  
TANGGAL 25 APRIL 2018  
Oleh

Pembimbing Ketua  


Agus Mi'raj Darajat, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes  
NIK : 10105036

Pembimbing Pendamping



Tuti Suprapti, S.Kp. M.Kep  
NIK : 1011603

Mengetahui,  
Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep  
NIK : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN GUILLAIN BARRE SYNDROME  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI  
RUANG KALIMAYA ATAS RSUD dr. SLAMET GARUT  
TAHUN 2018

Oleh  
MAYKE INDRA YENI  
AKX.15.057

Telah diuji  
Pada tanggal, 01 Mei 2018  
Panitia Penguji

Ketua : Agus Miraj Darajat, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes  
(Pembimbing Utama)



Anggota :

1. Sri Sulami, S.Kep  
(Penguji I)
2. Sumbara, M.Kep  
(Penguji II)
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep  
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua,  
  
Rd. Siti Lujdhah, S.Kp., M.Kep  
NIP : 10107064



## KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT, yang telah memberi rahmat dan karunia-Nya sehingga tugas akhir ini dapat di selesaikan dengan baik. Serta salawat dan salam di junjungkan kepada Nabi besar Muhammad SAW rahmatanlil ‘alamin. Penulisan karya tulis ini tak lepas dari hambatan dan kesulitan yang penulis temui, namun berkat bimbingan dari dosen serta doa dari kalian semua, karya tulis ini dapat di selesaikan dengan baik.

Karya tulis yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien *Guillain Barre Syndrome* Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Monilitas Fisik “ ini di susun peneliti untuk dapat menyelesaikan pendidikan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Dalam kesempatan kali ini, penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. H. Mulyana, SH., MPd., MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung
2. R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.

3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung. Sekaligus pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan karya tulis ilmiah.
4. Agus Mi'raj Darajat, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes selaku pembimbing utama dalam penulisan karya tulis ilmiah ini yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan karya tulis ilmiah.
5. Seluruh dosen dan staf program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik yang telah memberikan dukungan, motivasi, bimbingan, arahan, dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah.
6. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur RSUD dr Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Santy Rindiany, S.Kep., Ners. Selaku CI Ruang Kalimaya Atas yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr Slamet Garut.
8. Ucapan terimakasih yang sebesar – besarnya untuk Ayahanda tercinta Kasri Indra Yanto, beserta Ibunda Endang Syafriani, dan adik M. Fadhil Alvendri dan seluruh keluarga yang telah memberikan dukungan, doa, semangat serta motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

9. Teman – teman Angkatan 11. Sahabat – sahabat yang telah mendukung serta memberi semangat yaitu kak Novi, Mida, Mala, Puja dan Aura yang telah berjuang bersama, suka duka yang telah di lewati bersama dalam pembuatan karya tulis ilmiah dan selama pendidikan, Mega Rosi H, Septi dkk yang tidak bisa di sebutkan satu persatu. Kepada Sari Maryani yang selalu ada memberikan semangat serta motivasi.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Akhirnya penulis sampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan serta kerjasamanya selama penulis menjalani pendidikan dan penulisan karya tulis ilmiah ini, Semoga Allah SWT, membalas seluruh jasa, baik, dan cinta kasih dan ketulusan Bapak/Ibu/ saudra/I berikan kepada penulis selama ini.

Bandung, 18 April 2018

Penulis

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Guillain Barre Syndrome* adalah sekumpulan gejala poliradikuloneuropati autoimun yang terjadi pasca infeksi, terutama mengenai neuron motorik, namun dapat juga mengenai neuron sensorik dan otonom. Manifestasi klinis tersering adalah paralisis flaksid di sertai menurunnya refleks tendon dalam, dan keseluruhan gejala dapat pulih setelah beberapa minggu atau bulan. Tujuan penelitian ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien yang mengalami *Guillain Barre Syndrome* dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik di Ruang Kalimaya Atas RSUD dr Slamet Garut. **Metode :** Desain penelitian ini menggunakan studi kasus untuk mengetahui masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *Guillain Barre Syndrome* dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Subyek yang digunakan 2 klien, An.K dan An.R dalam jangka waktu penelitian 3 hari yang bertempat di Ruang Kalimaya Atas RSUD dr Slamet Garut. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini. Metode pengumpulan data menggunakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi. **Hasil:** Dari penelitian didapatkan bahwa kedua klien yang mengalami *Guillain Barre Syndrome* dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan dengan teknik *Range Of Motion (ROM)*, proses penyembuhan dibutuhkan waktu yang lama dan secara bertahap. Klien 1, mengalami peningkatan yang cepat, sedangkan klien 2, perkembangannya lebih lambat dibandingkan dengan klien 1. **Diskusi :** Teknik ini terbukti efektif. klien dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik tidak memiliki respon yang sama, antara klien 1 dan klien 2, hal itu dipengaruhi oleh kondisi serta sistem imun yang dimiliki keduanya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

**Kata Kunci :** *Hambatan Mobilitas Fisik. Guillain Barre Syndrome*

**Daftar Pustaka :** 13 Buku (2009-2016), 4 Jurnal (2009-2016), 6 Website

## ABSTRACT

**Introduction.** *Guillain Barre Syndrome is asset of poliradikuloneuropati autoimmune indication which happen after infection, especially for motoric neuron, also for sensoric and autonom. The most often klinik manifestation is flacid paralysis with tendon-in reflects decreased, and all of the indication can be repaired after several weeks or motiths. This research purpose is to do nursing education comprehensively to Guillain Barre Syndromes client with nursing obstacle physic mobility problem in Kalimaya Atas room RSUD dr Slamet Garut. Method :* The research design use case study to knowing education nursing problem to Guillain Barre Syndromes client with nursing obstacle physic mobility problem. There are two subjects here, they are medical clients An.K and An.R for three days research in Kalimaya Atas room RSUD dr Slamet Garut. The way of data analysis is arising facts then comparing them and tell them in opinion form. Theseresearch method are interview, observation, body checking and documentation. **Result:** From this research's we get the fact if both of Guillain Barre Syndromes clients with nursing obstacle physic mobility problem. After do education nursing that begiven by nursing intervention with Range Of Motion (ROM) technique, the repaired process need long time and move forward a little. First client, increasing quickly, and the second client more slowly than first client. **Discussion:** This technique effectively proved. Clients whose nursing obstacle physic mobility problem don't have same response, both of the first client and the second client, because of their condition and immune system. So that nurse have to do education nursing comprehensively to handle each client's problem.

**Keywords :** *Obstacle Physic Mobility, Guillain Barre Syndrome*

**References :** 13 Books (2009-2016), 4 Journal (2009-2016), 6 Website

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Gambar .....	xii
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Bagan .....	xiv
Daftar Singkatan .....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>B. Rumusan Masalah .....</b>	<b>4</b>
<b>C. Tujuan Penelitian .....</b>	<b>4</b>
1. Tujuan Umum .....	4
2. Tujuan khusus .....	4
<b>D. Manfaat .....</b>	<b>6</b>
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
<b>A. Konsep Penyakit .....</b>	<b>8</b>
1. Anatomi Fisiologi .....	8

2.	Definisi .....	28
3.	Patofisiologi .....	29
4.	Tanda dan Gejala .....	32
5.	Penatalaksanaan .....	33
6.	Konsep Tumbuh Kembang .....	34
7.	Konsep Range Of Motion .....	35
8.	Konsep Asuhan Keperawatan .....	37
9.	Analisa Data .....	51
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>		<b>53</b>
<b>A. Desain Penelitian .....</b>		<b>53</b>
<b>B. Batasan Istilah .....</b>		<b>53</b>
<b>C. Partisipasi/ Responden/ Subyek Penelitian .....</b>		<b>54</b>
<b>D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....</b>		<b>54</b>
<b>E. Pengumpulan Data .....</b>		<b>55</b>
<b>F. Uji Keabsahan Data .....</b>		<b>55</b>
<b>G. Analisa Data .....</b>		<b>56</b>
<b>H. Etik Penelitian .....</b>		<b>58</b>
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>		<b>61</b>
<b>A. HASIL .....</b>		<b>61</b>
1.	Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	61
2.	Pengkajian .....	61
3.	Analisa Data .....	71
4.	Diagnosa Keperawatan .....	73

5.	Perencanaan .....	74
6.	Implementasi .....	80
7.	Evaluasi .....	82
<b>B.</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>83</b>
1.	Pengkajian .....	83
2.	Diagnosa Keperawatan .....	85
3.	Intervensi .....	86
4.	Implementasi .....	87
5.	Evaluasi .....	89
<b>BAB V</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>91</b>
1.	Kesimpulan .....	91
2.	Saran .....	92

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Sistem Saraf .....	8
---	---

## DAFTAR TABLE

Tabel 2.1 Intervensi dan Rasionalisasi.....	44
Tabel 4.1 Pengkajian .....	61
Tabel 4.2 Aktifitas Sehari – hari .....	63
Tabel 4.3 Pertumbuhan dan Perkembangan.....	65
Tabel 4.4 Imunisasi .....	66
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik .....	66
Tabel 4.6 Pemeriksaan Psikologi .....	69
Tabel 4.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	70
Tabel 4.8 Program dan Perencanaan Pengobatan .....	70
Tabel 4.9 Analisis Data .....	71
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan .....	73
Tabel 4.11 Perencanaan .....	74
Tabel 4.12 Implementasi .....	80
Tabel 4.13 Evaluasi .....	82

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 .....	31
-----------------	----

## DAFTAR SINGKATAN

CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
BPH	: <i>Benign Prostatic Hyperplasia</i>
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
CSF	: <i>Cerebrospinal Fluid</i>
DNA	: <i>Deoxyribo Nucleic Acid</i>
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
SOP	: <i>Standar Operasional Prosedur</i>

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi
- Lampiran II Surat Persetujuan Justifikasi
- Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV Lembar Observasi
- Lampiran V SOP *Range Of Motion*
- Lampiran VI Leaflet ROM
- Lampiran VII SAP Guillain Barre Syndrome
- Lampiran VIII Leaflet GBS
- Lampiran IX Jurnal
- Lampiran X Daftar Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Menurut *World Health Organization (WHO)*, untuk kasus *Guillain Barre Syndrome (GBS)* kebanyakan orang pulih sepenuhnya bahkan untuk kasus yang paling parah dari sindrom Guillain-Barré itu sendiri, meskipun ada beberapa yang terus mengalami kelemahan. Bahkan, 3% -5% pasien *Guillain Barré Syndrome* meninggal karena komplikasi. Komplikasi tersebut termasuk kelumpuhan otot yang mengontrol pernapasan, infeksi darah, pembekuan paru, atau serangan jantung (*World Health Organization, 2016*).

Data di Indonesia menunjukkan belum banyak didapatkan gambaran epidemiologik pada GBS Candra pada pengamatan selama 16 tahun di Surabaya (1 Januari 1957 – 1 Januari 1973) mendapatkan pasien terbanyak pada dekade I - III (Budiarto, 1998). Pada penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Hasan Sadikin (RSHS) Bandung oleh Hamiprodjo selama 1,5 tahun (1 Mei 1984 – 31 Oktober 1985) telah dirawat penderita GBS sebanyak 81 penderita, didapatkan 75 % pria dan 25 % wanita. Dari hasil penelitian Nugraha di RSHS selama 5 tahun (1 Januari 1993 – 31 Desember 1997) didapatkan jumlah penderita sebanyak 87 orang. GBS bukan termasuk penyakit genetik, tidak dapat diturunkan, tidak menular dan bisa

menyerang semua umur. Pada sebagian kasus penyakit GBS bisa meninggalkan gejala sisa secara fisik berupa kelumpuhan (Asbury, 1981)

Pada 30 tahun yang lalu di salah satu puskesmas di Indonesia, ada seorang laki – laki berusia 37 tahun dengan keluhan kedua tungkai lemah dan semakin susah di bawa berjalan, tidak ada kesemutan. Makin lama semakin berat setelah itu mengenai bagian lengan atas. Penderita mengalami lumpuh anggota gerak. Sebelumnya penderita terserang *influenza* selama 2 minggu, dengan keluhan demam di sertai dengan nyeri sendi dan penderitapun langsung di rujuk ke RS.

Pada kasus lain, seorang wanita dewasa muda di rawat di RS dengan kelumpuhan anggota gerak, setelah berapa lama sesudahnya mengalami sesak. Sementara itu, pada kasus lainnya yang tak kalah menarik adalah seorang penderita dengan keluhan melihat kembar (suatu objek terlihat 2) mendadak, tidak ada demam, dan tidak ada mual muntah, mempunyai riwayat sebelumnya demam, nyeri dan diare, penderita di rawat setelah itu mulai membaik dan pulang ke rumah. Kasus – kasus di atas memperlihatkan pada kita kalau keluhan lumpuh layu dapat tertolong dengan pengelolaan biasa, serta keluhan seperti ini bukan hanya di alami oleh pasien polio tapi juga *Guillain Barre Syndrome* (Kemenkes, 2016).

Menurut dr. Darma Imran, SpS (K), data RSCM pada akhir tahun 2010-2011 tercatat ada 48 kasus *Guillain Barre Syndrome* dalam satu tahun dengan berbagai variannya. (Kompas.com, 2012).

Di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung, jumlah pasien dengan GBS yang di rawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) pada bulan Oktober 2010 – Oktober 2011 sebanyak 7 pasien. Rata – rata waktu lama rawat di ruang ICU lebih dari 1 bulan dengan terpasang ventilasi mekanik dan rata – rata berusia sekitar 19 – 20 tahun, semua pasien mengalami perbaikan status hemodinamik dan mampu melewati kondisi kritis walaupun masih meninggalkan gejala sisa secara fisik. (Wahyu Rima A , 2011).

Berdasarkan data Reka Medik di RSUD dr. Slamet Garut kasus *Guillain Barre Syndrome* (GBS) hanya terjadi 6 kali dalam kurun waktu 1 tahun. Sedangkan di ruang Kalimaya Atas sendiri, hanya terdapat 2 pasien yang mengalami penyakit ini dalam kurun waktu 6 bulan terakhir. Adapun 10 penyakit terbesar di RSUD dr Slamet Garut yaitu, *Thalasemia* sebanyak 1828 atau sekitar 18,28% kasus, CHF 1772 atau 17,72% kasus, *Axphisia* sebanyak 1691 atau 16,91% kasus, BHP sebanyak 1317 atau 13,17% kasus, Diare 1313 kasus atau 13,13%, TB Paru sebanyak 1141 atau 11,41%, Stroke Infark 1128 atau 11,28% kasus, *Typoid* sebanyak 996 atau 9,96% kasus, BBLR terdapat 937 kasus yaitu sekitar 9,37% dan *Anemia* ada 929 atau 9,29% kasus.

Data tersebut di atas, perawat sebagai tim kesehatan mempunyai tanggung jawab untuk ikut serta dalam perawatan *Guillain Barre Syndrome*, upaya yang dilakukan perawat kepada klien diantaranya dengan memberikan Asuhan keperawatan yang optimal di sertai dengan

pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien, serta mengajarkan dan menganjurkan keluarga klien untuk melakukan latihan *Range Of Motion (ROM)* agar dapat mengurangi resiko kelumpuhan total pada klien.

Melihat fenomena di atas, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan keperawatan pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome (GBS)* dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

## **B. Rumusan masalah**

Bagaimanakah Asuhan keperawatan pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* dengan masalah hambatan mobilitas fisik di ruang kalimaya atas RSUD dr. Slamet Garut.

## **C. Tujuan**

Adapun tujuan yang di harapkan adalah sebagai berikut :

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome (GBS)* yang mengalami hambatan mobilitas fisik di ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.

### **2. Tujuan Khusus**

Mahasiswa dapat :

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* yang mengalami hambatan mobilitas fisik di ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.

- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* yang mengalami hambatan mobilitas fisik di ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Membuat perencanaan yang ingin di capai dan menyusun langkah – langkah pemecahan masalah yang di hadapi pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* yang mengalami hambatan mobilitas fisik di ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* yang mengalami hambatan mobilitas fisik di ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* yang mengalami hambatan mobilitas fisik di ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan yang telah di lakukan pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* yang mengalami hambatan mobilitas fisik di ruangan Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.
- g. Mengetahui manfaat ataupun pengaruh tindakan *Range of Montion (ROM)* pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* yang mengalami hambatan mobilitas fisik di ruang Kalimaya Atas RSUD dr. Slamet Garut.

## **D. Manfaat**

Adapun manfaat yang akan di dapatkan adalah sebagai berikut :

### **1. Teoritis**

#### a. Perkembangan ilmu keperawatan

Hasil dari karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat menambah wawasan dan referensi mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

### **2. Praktis**

#### a. Bagi Perawat

Hasil dari karya tulis ilmiah ini di harapkan *Range Of Montion (ROM)* dapat menjadi salah satu pilihan dalam perencanaan keperawatan non farmakologi pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* dalam upaya mengatasi masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

#### b. Bagi Rumah Sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat dijadikan sebagai masukan bagi pengembangan praktik keperawatan terutama pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

#### c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat meberikan informasi ilmiah yang dapat bermanfaat dan menambah kepustakaan serta bacaan bagi mahasiswa/I untuk melakukan asuhan keperawatan

terutama pada klien dengan *Guillain Barre Syndrome* dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

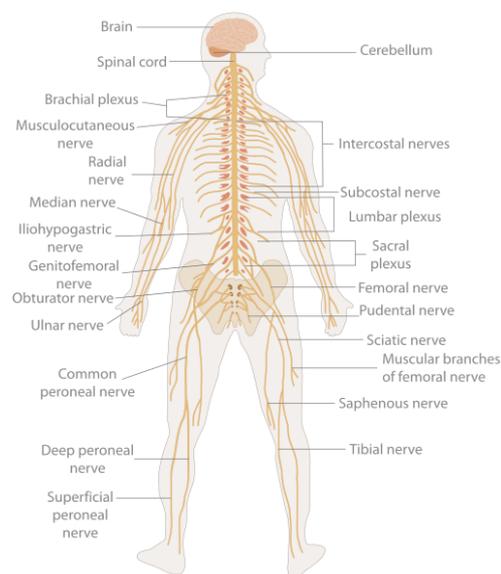
## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. KONSEP PENYAKIT

##### 1. Anatomi Fisiologi

**Gambar 2.1**



*Sumber : Wikipedia*

##### a. Sistem Persarafan

Sistem persarafan dibagi menjadi dua bagian, yaitu :

###### 1) Sistem Saraf Pusat (SSP)

Terdiri atas otak dan medulla spinalis

## 2) Sistem Saraf Tepi (SST)

Terdiri atas neuron aferen dan eferen sistem saraf somatik (SSS) serta neuron sistem saraf otonom/visceral (SSO).

(Arif Muttaqin, 2012)

### a) Neuron

Neuron adalah unit fungsional dasar sistem syaraf yang terjadi dari badan sel dan perpanjangan sitoplasma. Berdasarkan fungsinya, sel syaraf di bagi menjadi dua macam, yaitu neuron dan neuroglia. Neuron berfungsi sebagai pembawa impuls dari organ ke saraf pusat atau sebaliknya, sedangkan neuroglia berperan untuk mendukung neuron melaksanakan tugasnya dengan baik. (Setiadi, 2016)

### b) Transmisi Sinaps

Neuron menyalurkan sinyal – sinyal saraf ke seluruh tubuh. Kejadian listrik ini yang kita kenal dengan **impuls saraf**. Impuls saraf bersifat listrik di sepanjang neuron dan bersifat kimia diantara neuron. Secara anatomis, neuron – neuron tersebut tidak bersambungan satu sama lain. Tempat neuron mengadakan kontak dengan neuron lain atau dengan organ – organ efektor di sebut **sinaps**. Sinaps merupakan satu –

satunya tempat suatu impuls dapat lewat dari satu neuron ke neuron lainnya atau efektor. (Arif Muttaqin, 2012)

### c) Neurotransmitter

Neurotransmitter merupakan zat kimia yang disintesis dalam neuron dan di simpan dalam gelembung sinaptik pada ujung akson. Zat kimia ini dilepaskan dari akson terminal melalui eksositosis dan juga direabsorpsi untuk daur ulang. Neurotransmitter merupakan cara komunikasi antar neuron. (Arif Muttaqin, 2012)

### d) Otak

#### (1) Perkembangan otak

- (a) Otak depan menjadi hemisfer serebri, korpus striatum, telamu serta hipotalamus. Fungsi menerima dan mengintegrasikan informasi mengenai kesadaran dan emosi.
- (b) Otak tengah, mengkoordinir otot yang berhubungan dengan penglihatan dan pendengaran.
- (c) Otak belakang (*pons*), bagian otak yang menonjol kebanyakan tersusun dari lapisan fiber (berserat) dan termasuk sel yang terlibat dalam pengontrolan pernafasan.

**e) Cairan Serebrospinalis**

Diantara arakhnoid dan piameter di sebut ruang subrakhnoid, yang berisi cairan serebrospinal dan pembuluh – pembuluh darah.

Cairan serebrospinal mempunyai fungsi :

- (1) Menyediakan keseimbangan dalam sistem saraf, dimana unsur – unsu pokok pada *cairan serebrospinal* (CSS) berada dalam keseimbangan cairan otak ekstraseluer, jadi mempertahankan lingkungan luar yang konstan terhadap sel – sel dalam sistem saraf.
- (2) Mengakibatkan otak di kelilingi cairan, mengurangi berat otak dalam tengkorak dan menyediakan bantalan mekanik, melindungi otak dari keadaan/trauma yang mengenai tulang tengkorak.
- (3) Mengalirkan bahan – bahan yang tidak diperlukan dari otak, seperti CO<sub>2</sub> laktat, dan ion hydrogen. Hal ini penting karena otak hanya mempunyai sedikit sistem limfatik. Dan untuk memindahkan produk seperti darah, bakteri, materi purulen, dan nekrotik lainnya yang akan di irigasi dan di keluarkan melalui villi arakhnoid.
- (4) Bertindak sebagai saluran untuk transport intraserebral.
- (5) Mempertahankan tekanan intrakranial. Sebagai buffer

(6) Melindungi otak dan sumsum tulang belakang dari goncangan dan trauma.

(7) Menghantarkan makanan ke sistem saraf pusat.

(Setiadi, 2016)

**f) Ventrikel**

Ventrikel merupakan rangkaian dari empat rongga dalam otak yang saling berhubungan dan dibatasi oleh ependima (semacam sel epitel yang membatasi semua rongga otak dan medulla spinalis serta mengandung CSF).

**g) Suplai Darah**

Suplai darah arteria ke otak merupakan satu jalinan pembuluh – pembuluh darah yang bercabang – cabang, berhubungan erat satu dengan yang lain sehingga dapat menjamin suplai darah yang adekuat untuk sel. Suplai darah ini dijamin oleh dua pasang arteria, yaitu arteria vertebralis dan arteria karotis interna, yang memiliki cabang yang beranastomosis membentuk sirkulus arteriosus serebri Willisii.

## **h) Serebrum**

Serebrum merupakan bagian otak yang paling besar dan paling menonjol. Di sini terletak pusat – pusat saraf yang mengatur semua kegiatan sensorik dan motorik, juga mengatur prose penalaran, memori dan inteligensi. Hemisfer serebri kanan mengatur bagian tubuh sebelah kiri dan hemisfer serebri kiri mengatur bagian tubuh kanan. Konsep fungsional ini disebut **pengendalian kontralateral**.

## **i) Korteks serebri**

Korteks serebri adalah lapisan permukaan hemisfer yang disusun oleh substansi grisea. Hemisfer otak dibagi dalam beberapa lobus atau daerah sesuai dengan tulang cranium. (Syarifuddin, 2013)

Korteks serebri atau mantel abu – abu (*grey matter*) dari serebrum mempunyai banyak lipatan yang disebut *giri* (tunggal *girus*). Susunan seperti ini memungkinkan permukaan otak menjadi luas (diperkirakan seluas 2200 cm<sup>2</sup>) yang terkandung dalam rongga tengkorak yang sempit. Korteks serebri adalah bagian otak yang paling maju dan bertanggung jawab untuk mengindra lingkungan.

Koteks serebri menentukan perilaku yang bertujuan dan beralasan. (Arif Muttaqin, 2012)

**j) Serebelum**

Serebelum terletak pada frosa kranii posterior dan di tutupi oleh durameter yang menyerupai atap tenda, yaitu tentorium yang memisahkannya dari bagian posterior serebrum. Sebelum di hubungkan dengan batang otak oleh tiga berkas serabut yang di sebut *pedunkulus*. Pedunkuli serebeli superior berhubungan dengan masensefalon; pedunkuli serebeli media menghubungkan kedua hemisfer otak; sedangkan pedunkulus serebeli inferior berisi serabut – serabut trakrus spinosereberaris dorsalis dan berhubungan dengan medulla ablongata. Semua aktivitas serebelum berada di bawah kesadaran.

**k) Formasio Retikularis**

Formasio retikularis terdiri atas jaringan kompleks badan sel dan serabut yang saling terjalin membentuk inti sentral batang otak. Bagian ini berhubungan kebawah dengan sel – sel intemunsial medulla spinalis serta meluas ke atas dan kedalam diensefalon serta telensefalon.

## **l) Batang Otak**

### **(1) Pons**

Pons (dalam bahas latin “jembatan”) merupakan serabut yang menghubungkan kedua hemisfer serebelum serta menghubungkan mesensefalon di sebelah atas dengan medulla oblongata di bawah. Pons merupakan mata rantai penghubung yang penting pada jaras kortikoserebelaris yang menyatukan hemisfer serebri dan serebelum.

Bagian bawah pons berperan dalam pengaturan pernapasan. Nukleus saraf kranial V (trigeminus), VI (abduksen), dan VII (fasialis) terdapat di sini.

### **(2) Medulla Oblongata**

Medulla Oblongata merupakan pusat reflek yang paling penting untuk jantung, vasokonstriktor, pernapasan, bersin, batuk, menelan, mengeluarkan air liur, dan muntah. Semua jaras ascendens dan descendens medulla spinalis dapat terlihat disini. Pada permukaan anterior terdapat dua pembesaran yang disebut pyramid yang terutama mengandung serabut – serabut motorik volunteer.

**m) Mesensefalon**

Mesensefalon (otak tengah) merupakan bagian pendek dari batang otak yang layaknya di atas pons. Bagian ini mencakup *bagian posterior*, yaitu tektum yang terdiri atas kolikuli superior dan kolikuli inferior serta *bagian anterior*, yaitu pedunkulus serebri. Kolikuli superior berperan dalam reflek penglihatan dan koordinasi gerakan penglihatan, kolikuli inferior berperan dalam reflek pendengaran, misalnya menggerakkan kepala kearah datangnya suara.

**n) Diensefalon**

Diensefalon adalah istilah yang digunakan untuk menyatakan struktur – struktur di sekitar ventrikel ketiga dan membentuk inti bagian dalam serebrum. Diensefalon biasanya dibagi menjadi empat wilayah yaitu telamus, subtalamus, epitalamus dan hipotalamus. Diensefalon memproses rangsang sensorik dan membantu mencetuskan atau memodifikasi reaksi tubuh terhadap rangsang – rangsang tersebut.

**(1) Talamus**

Terdiri atas dua struktur avoid yang besar, masing – masing mempunyai kompleks nukleus yang saling berhubungan dengan korteks serebri, ipsilateral,

serebelum dan dengan berbagai kompleks nuclear subkortikal seperti yang ada didalam hipotalamus, farmasio retikuaris batang otak, ganglia basalis, dan mungkin juga substansia nigra.

### **(2) Subthalamus**

Subthalamus mempunyai hubungan dengan nukleus ruber, substansia nigra, dan globus pallidus, dari ganglia basalis. Fungsinya belum diketahui sepenuhnya, tetapi lesi pada subthalamus dapat menimbulkan diskinesia dramatis yang disebut **hemibalismus**.

### **(3) Epithalamus**

Epithalamus merupakan pita sempit jaringan saraf yang membentuk atap diensefalon. Epithalamus berhubungan dengan sistem limbik dan berperan pada beberapa dorongan emosi dasar dan integrasi informasi olfaktorius.

### **(4) Hipotalamus**

Hipotalamus terletak di bawah thalamus. Hipotalamus berkaitan dengan pengaturan rangsangan dari sistem susunan saraf otonom perifer yang menyertai ekspresi tingkah laku dan emosi.

**o) Sistem Limbik**

Secara fungsional sistem limbik berkaitan dengan hal – hal di bawah ini :

- (1) Suatu pendirian atau respons emosional yang mengarahkan pada tingkah laku individu.
- (2) Suatu respon sadar terhadap lingkungan.
- (3) Memberdayakan fungsi intelektual korteks serebri secara tidak sadar dan mengfungsikan secara otomatis batang otak untuk merespon keadaan.
- (4) Memfasilitasi penyimpanan memori dan menggali kembali simpanan memori yang diperlukan
- (5) Merespon suatu pengalaman dan ekspresi alam perasaan, terutama reaksi takut, marah dan emosi yang berhubungan dengan perilaku seksual.

**p) Saraf Kranial**

Saraf - saraf kranial langsung berasal dari otak dan keluar meninggalkan tengkorak melalui lubang – lubang pada tulang yang disebut foramina (tunggal, foramen). Saraf kranial terdiri dari 12 nervus yaitu, N.I Olfaktorius, N.II optikus, N.III okulomotorius, N.IV troklearis, N.V trigeminus, N.VI abduksen, N.VII fasialis, N.VIII koklea

vestibulris, N. IX faringeus, N.X vagus, N.XI asesorius, N.XII hipoglosus

**q) Saraf Spinal**

Saraf – saraf spinal pada manusia dewasa berukuran panjang sekitar 45 cm dan lebar 14 mm. pada bagian permukaan dorsal dari saraf spinal terdapat alur yang dangkal secara longitudinal pada bagian medial posterior berupa sulkus dan bagian yang dalam dari anterior berupa fisura.

Medulla spinalis terdiri atas 31 segmen jaringan saraf dan masing – masing memiliki sepasang saraf spinal yang keluar dari kanalis vertebralis melalui foramina intervertebrales (tubing pada tulang vertebra)

**r) Saraf Otonom**

Sistem saraf otonom (SSO) merupakan sistem persyarafan campuran. Serabut – serabut aferennya membawa masukan dari organ – organ visceral (berkaitan dengan pengaruh denyut jantung, diameter pembuluh darah, pernapasan, pencernaan makanan, rasa lapar, mual, pembuangan, dan sebagainya). Sistem saraf otonom terdiri atas dua bagian, yaitu sistem saraf simpatis dan parasimpatis.

**(1) SSO Simpatis**

(a) Ganglia kolateral. Visera abdominipelvis menerima inervasi simpatis melalui serabut praganglionik yang menerobos rantai simpatis tanpa sinaps. Serabut ini dimulai pada neuron – neuron praganglionik di segmen bawah torakal dan segmen atas lumbal. Serabut ini menjalar pada dinding rongga dada dan abdomen serta mengatur secara otonom keadaan di dalam rongga dada dan abdomen.

(b) Medulla adrenal, dimodifikasi oleh ganglion simpatetik. Sinaps serabut praganglionik pada sel – sel neurondokrin berfungsi untuk melepaskan neurotransmitter epinefrin dan noefrineprin ke dalam sirkulasi umum.

**(2) SSO Parasimpatis**

Fungsi sistem parasimpatis adalah sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam, kondisi tanpa stress, impuls dari serabut – serabut parasimpatis (kolenerjik) menonjol.

### **(3) Konsep Reflek**

Reflek merupakan kejadian involunter dan tidak dapat di kendalikan oleh kemauan. Secara fisiologis dengan ringkas dapat dijelaskan bahwa suatu respons refleksi terjadi bila suatu otot rangka dengan persyarafan utuh diregangkan otot ini akan berkontraksi. Respon seperti ini disebut **refleks regang**.

### **(4) Sensibilitas**

Informasi mengenai lingkungan dalam dan lingkungan luar dapat mencapai SPP melalui berbagai reseptor sensorik. Reseptor sensorik seringkali bersatu dengan sel – sel non saraf yang melingkupinya dan membentuk alat indra. Bentuk – bentuk energi yang diubah oleh neurotransmitter, misalnya mekanis (raba-tekan), suhu (derajat sensasi hangat), elektromagnetik (cahaya), dan energi kimia (bau, kecap, dan kandungan oksigen dalam darah).

(Arif Muttaqin, 2012)

## **b. Sistem Imunitas**

Imunitas mengacu pada kemampuan tubuh menahan atau mengeliminasi benda asing atau sel abnormal yang potensial berbahaya.

Faktor yang mempengaruhi sistem imun :

- 1) Usia. Frekuensi dan intensitas infeksi meningkat pada usia lanjut, juga terjadi penurunan kemampuan untuk bereaksi secara memadai terhadap mikroorganisme yang menginvasi.
- 2) Gender (jenis kelamin)
  - a) *Estrogen* memodulasi aktifitas limfosit T (sel superior).
  - b) *Endrogen* berfungsi untuk mempertahankan produksi interkulin 2 dan aktivitas sel suksesor.
  - c) *Estrogen* cenderung menggalakkan imunitas sedangkan endrogen bersifat immunosuperasif.
- 3) Nutrisi
  - a) *Gangguan fungsi imun* yang disebabkan oleh insufisiensi protei kalori terjadi akibat kekurangan vitamin yang diperlukan untuk sintesis DNA dan protein.
  - b) *Vitamin* akan membantu dalam pengaturan proliferasi sel dan maturasi sel imun.
  - c) Kelebihan atau kekurangan unsur – unsur renik (tembaga, besi, managan selesium, zink) akan mempengaruhi sitem imun.
- 4) Faktor psikoneuroimunologi
  - a) *Limfosit dan makarofag*, memiliki reseptor yang dapat bereaksi terhadap neurotransmitter dan hormon – hormon endokrin.

- b) Proses imun dapat mempengaruhi fungsi neural dan endokrin termasuk perilaku.
- 5) Kelainan organ lain . keadaan seperti luka bakar atau bentuk cedera lain (infeksi dan kanker) turut mengubah fungsi imun. Hilangnya serum dalam jumlah besar akan menimbulkan deplesi (kehilangan) protein tubuh yang esensial, termasuk imunoglobulin stresor fisiologis dan psikologis, disertai stres karena pembedahan atau cedera akan menstimulasi (mendorong) pelepasan kortisol dari kortex adrenal turut menyebabkan supresi respon imun yang normal.

Abnormalitas fungsi sistem imun menyebabkan timbulnya penyakit imun melalui dua cara, yaitu :

- 1) Penyakit difensiasi, terjadi apabila sistem imun gagal berspon secara adekuat terhadap invasi (serangan) benda asing.
- 2) Serangan imun spesifik yang tidak sesuai yang menimbulkan reaksi yang merugikan tubuh mencakup :
  - a) Respon autoimun, yaitu sistem imun yang menyerang jaringan tubuh sendiri.
  - b) Penyakit kompleks imun. Respons antibodi yang berlebihan dan merusak jaringan normal.
  - c) Alergi. Akuisisi (pemindahan) reaktifitas imun spesifik yang tidak sesuai atau hipersensitivitas terhadap bahan

lingkungan yang dalam keadaan normal tidak berbahaya  
(misalnya debu, serbuk sari)

### 1) Respons imun non-spesifik

Respons imun non-spesifik, merupakan imunitas bawaan (*innate Immunity*) yaitu respon terhadap zat asing, dapat terjadi walaupun tubuh sebelumnya tidak pernah terpapar pada zat tersebut. Pertahanan non spesifik yang bereaksi tanpa memandang apakah agens pencetus pernah atau belum pernah dijumpai. Misalnya :

- a) Peradangan, suatu respons non-spesifik terhadap cedera jaringan.
- b) Interferon, sekelompok protein yang secara non-spesifik mempertahankan tubuh terhadap infeksi virus.
- c) Sel *natural killer*: sel jenis khusus mirip limfosit yang secara spontan dan relative non-spesifik menyebabkan fraktur dan menghancurkan sel pejamu yang terinfeksi virus dan sel kanker.
- d) Sistem komplemen, sekelompok protein plasma inaktif yang apabila di aktifkan secara sekuensial, menghancurkan sel asing dengan menyerang membran plasma.

## 2) Respon imun spesifik

Merupakan respon didapat (dari luar organisme). Sel – sel leukosit memegang peran penting dalam respons imun terutama limfosit, yang merupakan inti dari proses imun spesifik. Respon imun spesifik adalah serangan selektif yang ditujukan untuk membatasi atau menetralisasi serangan tertentu yang oleh tubuh telah disiapkan untuk di hadapi, karena tubuh sebelumnya sudah pernah terpajan ke sasaran tersebut.

Terdapat dua kelas respons imun spesifik:

- a) Imunitas yang diperantarai oleh antibodi atau imunitas humoral yang melibatkan pembentukan antibodi oleh turunan Limfosit B.
- b) Imunitas yang diperantarai oleh sel atau imunitas seluler, melibatkan pembentukan Limfosit T aktif yang secara langsung menyerang sel – sel yang tidak diinginkan.

## 3) Imunitas Seluler dan Humoral

- a) Respon imunitas seluler

Pada respon ini kekebalan terjadi karena adanya limfosit ( sel limfosit) yang aktif dibuat oleh sel Limfosit T.

Perlawanan seluler dalam sistem imun non-spesifik :

- (1) Fagosit sel utama yang berperan pada pertahanan non spesifik adalah sel monocular (monosit dan makrofag) antara sel *polimorf nuclear* seperti neutofil.
- (2) Fagosit dini yang efektif pada invasi kuman, akan dapat mencegah timbulnya penyakit.
- (3) Kerja fagosit terjadi dalam beberapa tingkat sebagai berikut, kematoksis, menangkap membunuh, dan mencerna.

Natural killer cel (sel NK) :

- (1) Sel NK adalah sel limfosit tanpa ciri – ciri sel limfoid sistem imun spesifik yang ditemukan dalam sirkulasi.
- (2) Disebut juga sebagai non B-non Tatau sel populasi tiga.
- (3) Dapat menghancurkan sel yang mengandung virus atau sel neoplasma.
- (4) *Interferon* (interaksi antar sel) yang mempunyai pengaruh dalam mempercepat pematangan dan meningkatkan sitolilik sel NK.

b) Sistem imun humoral

Diferensiasi Limfosit B menjadi suatu populasi (klon) sel plasma yang memproduksi dan melepaskan antibodi spesifik kedalam darah. Pada respon humoral berlaku respon primer yang membentuk klon sel B memori. Setiap klon limfosit

diprogramkan untuk memproduksi satu jenis antibodi spesifik terhadap antigen tertentu hasil seleksi populasi (*clonal selection*).

#### **4) Limfosit Dan Respon Imun**

##### a) Limfosit sel T

Limfosit sel T merupakan limfosit yang ada dalam sirkulasi pada awal perkembangan dalam korteks timus. Sel T disebut juga Pro-T. Dalam proses mutasi selanjutnya berlangsung dalam medulla, sebagian antigen menghilang, sebagian menetap dan muncul antigen lain.

##### b) Limfosit Sel B

Setiap sel B memiliki reseptor dipermukaannya untuk mengikat salah satu jenis antigen. Pengikatan dengan antigen akan menyebabkan sel berdiferensiasi menjadi sel plasma yang menghasilkan antibodi yang mampu berkaitan dengan jenis antigen yang merangsang pembentukan antibodi. Selama berdiferensiasi menjadi sel plasma, limfosit B membengkak karena retikulum endoplasma sangat berkembang.

## 5) Respon Imun Primer Dan Sekunder

### a) Respon imun primer

Pertemuan awal antara antigen dan antibodi disebut reaksi primer yang tidak memberikan efek yang dapat dilihat dengan cara biasa. Dalam kondisi yang cocok reaksi primer sering diteruskan dengan manifestasi yang dapat dilihat.

Interaksi antara antigen dan antibodi yang termasuk reaksi primer merupakan tahap pertama dalam rangkaian proses biokimia, yang dapat atau tidak melanjutkan dalam reaksi sekunder atau reaksi tersier. Reaksi primer selain tidak dapat dilihat juga berlangsung hanya sekejap, bahkan dapat berlangsung pada suhu rendah.

### b) Respon imun sekunder

Reaksi sekunder dapat berlangsung seperti reaksi primer. Reaksi yang berlangsung dapat melanjutkan diri dengan bentuk reaksi lain yang bermanifestasi sebagai gejala klinis seperti syok anafilaktik. Manifestasi tersebut dinamakan sebagai reaksi tersier.

## 2. Definisi

Sindrom *Guillain Barre* (*SGB*) adalah sekumpulan gejala poliradikuloneuropati autoimun yang terjadi pasca infeksi, terutama

mengenai neuron motorik, namun dapat juga mengenai neuron sensorik dan otonom. Manifestasi klinis tersering adalah paralisis flaksid di sertai menurunnya refleks tendon dalam, dan keseluruhan gejala dapat pulih setelah beberapa minggu atau bulan. (Sukman tulus putra dkk , 2014)

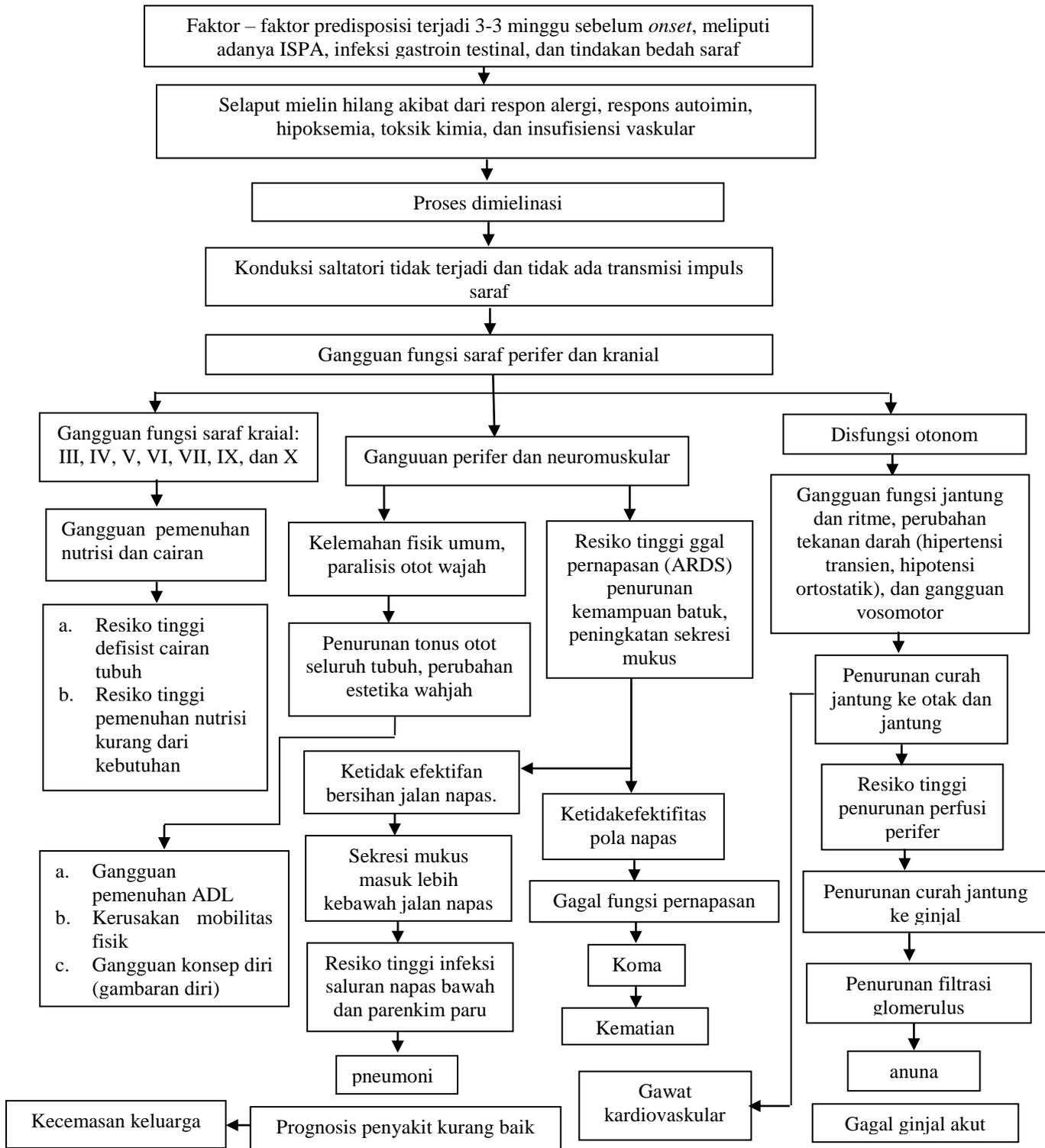
*Sindrom Guillain Barre (SGB)* adalah klinis yang di tunjukan oleh onset akut dari gejala – gejala yang mengenai saraf perifer dan kranial. Proses penyakit termasuk demilasi dan degenerasi selaput myelin dari syaraf perifer dan kranial . Etiologinya tidak di ketahui, tetapi respons alergi atau respons autoimun sangat mungkin sekali. Beberapa peneliti berkeyakinan bahwa sindrom tersebut mempunyai asal virus, tetapi tidak ada virus yang dapat diisolasi sejauh ini. (Tutu aprilariani, 2013)

Dari pendapat diatas, penulis menyimpulkan bahwa *Guillain Barre Syndrome (GBS)* adalah penyakit autoimun yang menyerang sistem persyarafan serta menyebabkan penurunan reflex tendon dimana etiologinya masih belum diketahui dan pemulihannya membutuhkan waktu yang lama.

### **3. Patofisiologi**

Patofisiologi sindrom ini belum dapat di jelaskan dengan jelas. Namun, salah satu yang paling banyak di teliti adalah infeksi *C. jejuni*. Pada infeksi *C. jejuni*. Antigen pada kapsul bakteri serupa dengan

antigen ganglosida pada selubung mielin saraf, sehingga tubuh membentuk antibodi yang tidak hanya menyerang pathogen ini, namun juga menyerang dan merusak selubung mielin saraf. Terjadi infiltrasi limfosit dan fagositosis oleh makrofag. Rusaknya mielin menyebabkan hantaran saraf terhambat atau tidak terjadi sama sekali sehingga terjadi paralisis. (Sukman tulus putra dkk , 2014)

**Bagan 2.1 Patofisiologi masalah keperawatan Sindrom Guillain Barre**

Sumber : asuhan keperawatan klien dengan gangguan infeksi sitem saraf pusat.

Arif muttaqin, 2012

#### 4. Tanda dan gejala

Gejala timbul secara progresif dan meliputi :

- a. Kelemahan otot yang simetris (tanda neurologi utama) dan muncul pertama – tama pada tungkai (tipe asenden) yang kemudian meluas ke lengan serta mengenai nervus fasialis dalam 24 hingga 72 jam akibat terganggunya transmisi impuls melalui radiks saraf anterior.
- b. Kelemahan otot yang pertama – tama terasa pada lengan (tipe desenden) atau terjadi sekaligus pada lengan dan tungkai akibat terganggunya transmisi impuls melalui radiks saraf anterior.
- c. Tidak terdapat kelemahan otot atau hanya mengenai nervus fasialis (pada bentuk yang ringan).
- d. Parestesia yang kadang – kadang mendahului kelemahan otot, tetapi akan menghilang dengan cepat; keluhan ini terjadi karena terganggunya transmisi impuls lewat radiks saraf dorsalis.
- e. Diplegia yang mungkin disertai oftalmoplegia (paralisis okuler) akibat terganggunya transmisi impuls melalui radiks saraf motorik dan terkenannya nervus kranialis III, IV, dan VI.
- f. Disfagia atau disartria dan yang lebih jarang terjadi, kelemahan otot yang dipersarafi nervus kranialis XI (nervus aksesorius spinalis)
- g. Hipotonia dan arefleksia akibat terganggunya lengkung refleks.

(Kowalak, Wels dan Mayer, 2013)

## 5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis :

- a. GBS dianggap sebagai kondisi kedaruratan medis; pasien di tangani di dalam unit perawatan intensif.
- b. Masalah pernafasan mungkin memerlukan terapi pernapasan atau ventilasi mekanis.
- c. Intubasi elektif dapat diimplementasikan sebelum awitan keletihan otot pernapasan yang ekstrem.
- d. Agens antikoagulan dan *stocking* antiembolisme atau sepatu kompresi berurut dapat digunakan untuk mencegah thrombosis dan emboli pulmonal.
- e. Plasmaferesis (pertukaran plasma) atau immunoglobulin intravena (IVIG) dapat digunakan untuk secara langsung mempengaruhi kadar antibodi myelin saraf perifer.
- f. Pemantauan EKG secara kontinu; pantau dan tangani disritmia jantung dan komplikasi labil lain akibat disfungsi autonom. Takikardia dan hipertensi ditangani dengan obat kerja singkat, seperti agens penyekat alfa-adrenergik. Hipotensi di tangani dengan meningkatkan jumlah cairan intravena yang diberikan.

(Brunner & Suddarth, 2011)

Penatalaksanaan nonmedis :

Dengan cara melakukan latihan pasif yaitu dengan menerapkan *Range Of Motion*. (jurnal “Inside Guillain-Barré Syndrome: An occupational therapist's perspective” 2011)

## **6. Konsep Tumbuh Kembang**

### **a. Pra Sekolah**

Pada masa ini, motorik kasar yang dapat ditemui berupa sudah dapat berjalan mundur sambil berjinjit, sudah dapat menangkap dan melempar bola dengan baik, sudah dapat melompat dengan kaki secara bergantian. Motorik halus yaitu menulis dengan angka – angka, menulis huruf, menulis dengan kata – kata, belajar menulis nama, belajar mngikat tali sepatu. Interaksi sosial meningkat, berat badan meningkat 2,5/tahun, tinggi badan meningkat 6,75-7,5 cm/tahun. (Sujono dan Sukarmin, 2013)

### **b. Usia sekolah**

Pertumbuhan dan perkembangan pada masa sekolah akan mengalami proses percepatan pada umur 10-12 tahun, dimana penambahan berat badan pertahun akan dapat 2,5 kg dan ukuran panjang tinggi badan sampai 5 cm pertahunnya. Kemampuan kemandirian anak akan semakin dirasakan di mana dilingkungan luar rumah di dalam hal ini adalah sekolah cukup besar, sehingga beberapa masalah sudah mampu diatasi dengan sendirinya dan

anak sudah mampu menunjukkan penyesuaian diri dengan lingkungan yang ada, rasa tanggung jawab dan percaya diri dalam tugas sudah mulai terwujud sehingga dalam menghadapi kegagalan maka anak sering kali dijumpai reaksi kemarahan atau kegelisahan, perkembangan kognitif, psikososial, interpersonal, psikoseksual, moral dan spiritual sudah mulai menunjukkan kematangan pada masa ini. (A. Aziz Alimul hidayat, 2009)

## 7. Konsep Latihan *Range Of Motion*

*Range Of Motion* (ROM) adalah kemampuan maksimal seseorang dalam melakukan gerakan. Merupakan ruang gerak atau batasan batasan gerakan dari kontraksi otot dalam melakukan gerakan, apakah otot memendek secara penuh atau tidak, atau memanjang secara penuh atau tidak. (Lukman dan Nurna Ningsih, 2012)

Untuk penderita *Guillain Barre Syndrome* (GBS) gerakan atau latihan dengan menggunakan teknik ROM sangat mempengaruhi perkembangan pergerakan sendi. Hal tersebut dibuktikan dengan Jurnal sebagai berikut.

- a. Jurnal pertama yang berjudul “ ***Guideline for Neuromuskular Rehabilitation in Guillain-Barré Syndrome: What can we do?***” oleh Shah Nehal dan Shrivastava manisha yang menyatakan bahwa “*Manual Therapy: muscle shortening and contractures could be avoided with passive range of motion exercise and*

*positioning is critical to achieve goal of avoiding shortening and contractures; positioning, turning programs, and mobilization are critical to offset the risks of deep vein thrombosis and decubiti.*”

Yaitu “Terapi Manual: pemendekan otot dan kontraktur dapat dihindari dengan rentang latihan gerak pasif dan penentuan posisi sangat penting untuk mencapai tujuan menghindari pemendekan dan kontraktur; memposisikan, memutar program, dan mobilisasi sangat penting untuk mengimbangi risiko trombosis vena dalam dan dekubasi.” Tercantum pada pedoman intervensi terapi fisik di dalam jurnal tersebut.

- b. Jurnal kedua yang berjudul “***Role of Physiotherapy in Guillain Barre Syndrome: A Narrative Review***” oleh **Neuromuskular Disease Outpatient Division – Federal Fluminense University** menyatakan bahwa ” *Use of partial body support system is found to be beneficial. Proper limb positioning of the patient and passive range of motion exercises are found effective to avoid muscle contracture and muscle shortening.*” Yaitu “Penggunaan sistem pendukung tubuh parsial ditemukan bermanfaat. Posisi ekstremitas pasien yang tepat dan rentang latihan gerak pasif ditemukan efektif untuk menghindari kontraktur otot dan pemendekan otot.”

## 8. Konsep Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

Pengkajian terhadap komplikasi *Guillain Barre Syndrome* meliputi pemantauan terus menerus terhadap ancaman gangguan gagal napas akut yang mengancam kehidupan. Komplikasi ini mencakup disritmia jantung, yang terlihat melalui pemantauan EKG dan mengobservasi klien terhadap tanda thrombosis vena provunda dan emboli paru – paru, yang sering mengancam klien imobilisasi dan paralisis. (Arif mutaqin, 2012)

#### 1) Keluhan utama

Kelemahan otot baik kelemahan fisik secara umum maupun local seperti melemahnya otot – otot pernapasan.

#### 2) Riwayat penyakit sekarang

Pada pengkajian klien GBS biasanya didapatkan keluhan yang berhubungan dengan proses demielinisasi. Keluhan tersebut diantaranya gejala – gejala neurologis diawali dengan parestesia (kesemutan kebas) dan kelemahan otot kaki, yang dapat berkembang ke ekstremitas atas, batang tubuh dan otot wajah. Kelemahan otot dapat diikuti dengan cepat adanya paralisis yang lengkap.

### 3) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian penyakit yang pernah dialami klien yang memungkinkan adanya hubungan atau menjadi predisposisi keluhan sekarang meliputi pernahkah klien mengalami Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), infeksi gastrointestinal dan tindakan bedah saraf.

Pengkajian pemakaian obat – obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat kortikosteroid, pemakaian jenis – jenis antibiotik, dan reaksinya untuk menilai resistensi pemakaian antibiotik) dapat menambah komprehensifnya pengkajian.

### 4) Pengkajian psikososiospiritual

Meliputi beberapa penilaian yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien.

### 5) Pemeriksaan fisik

Pada klien dengan GBS biasanya suhu tubuh normal. Penurunan denyut nadi terjadi berhubungan dengan tanda – tanda penurunan curah jantung. Peningkatan frekuensi napas berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme umum dan adanya infeksi pada sistem pernapasan serta akumulasi secret akibat insufisiensi pernapasan. Tekanan darah di dapatkan ortostatik hipotensi atau tekanan darah meningkat (hipertensi

transien) berhubungan dengan penurunan reaksi saraf simpatis dan parasimpatis.

**a) B1 (Breathing)**

Inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas dan peningkatan frekuensi pernapasan karena infeksi saluran pernapasan dan yang paling sering didapatkan pada klien GBS adalah penurunan frekuensi pernapasan karena melemahnya fungsi otot – otot pernapasan. Palpasi biasanya taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi bunyi napas tambah seperti ronkhi pada klien dengan GBS berhubungan akumulasi secret dari infeksi saluran napas.

**b) B2 (Blood)**

Pengkajian pada sistem kardiovaskular pada klien GBS menunjukkan bradikardia akibat penurunan fungsi perifer. Tekanan darah didapatkan ortostatik hipotensi atau Tekanan Darah (TD) meningkat (hipertensi transien) akibat penurunan reaksi saraf simpatis dan parasimpatis.

**c) B3 (Brain)**

(1) Pengkajian tingkat kesadaran

Pada klien dengan GBS biasanya kesadaran klien komposmentis. Apabila klien mengalami penurunan

tingkat kesadaran maka penilaian *Glasgow Coma Scale (GCS)* sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk monitoring pemberian asuhan.

(2) Pengkajian fungsi serebral

Status mental : observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah dan aktifitas motorik klien. Pada klien GBS tahap lanjut disertai dengan penurunan tingkat kesadaran biasanya status mental klien mengalami perubahan.

(3) Pengkajian saraf kranial

Pada saraf kranial klien dengan GBS mengalami beberapa gangguan, yaitu pada saraf III, IV, VI terjadi penurunan kemampuan membuka dan menutup kelopak mata, paralisis ocular. Pada saraf V, klien mengalami paralisis pada otot wajah sehingga mengganggu proses mengunyah. Pada saraf VII, persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris karena adanya paralisis unilateral. Saraf IX, dan X, klien mengalami paralisis otot orofaring, kesulitan berbicara, mengunyah dan menelan. Kemampuan menelan kurang baik, sehingga menanggung pemenuhan nutrisi via oral.

(4) Pengkajian sistem motorik

Kekuatan otot menurun, kontrol keseimbangan dan koordinasi pada GBS tahap lanjut mengalami perubahan. Klien mengalami kelemahan motorik secara umum sehingga mengganggu mobilitas fisik.

(5) Pengkajian refleks

Pemeriksaan refleks propunda, pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum drajat refleks pada respons normal.

(6) Pengkajian sistem sensorik

Parestesia (kesemutan) dan kelemahan otot kaki, yang dapat berkembang ke ekstremitas atas, batang tubuh dan otot wajah. Klien mengalami penurunan kemampuan penilaian sensorik raba, nyeri, dan suhu.

**d) B4 (Bladder)**

Pemeriksaan pada sistem perkemihan biasanya didapatkan berkurangnya volume pengeluaran urine, hal ini berhubungan dengan penurunan perfusi dan penurunan curah jantung ke ginjal.

**e) B5 (Bowel)**

Mual sampai muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung. Terjadi penurunan nutrisi karena anoreksia dan kelemahan otot – otot pengunyah serta

gangguan proses menelan menyebabkan pemenuhan via oral jadi berkurang.

**f) B6 (Bone)**

Penurunan kekuatan otot dan penurunan tingkat kesadaran menurunkan mobilitas klien secara umum. Dalam pemenuhan kebutuhan sehari – hari klien lebih banyak dibantu oleh orang lain.

**6) Pemeriksaan diagnostik**

Diagnosis GBS sangat bergantung pada riwayat penyakit dan perkembangan gejala klinis dan tidak ada satu pemeriksaan pun yang dapat memastikan GBS; pemeriksaan tersebut hanya menyingkirkan dugaan – dugaan.

Lumbal pungsi dapat menunjukkan kadar protein normal pada awalnya dengan kenaikan pada minggu 4-6. Pemeriksaan konduksi saraf mencatat transmisi impuls sepanjang serabut saraf.

Sekitar 25% orang dengan penyakit ini mempunyai antibodi baik terhadap sitomegalovirus atau virus Epstein-Barr. Telah ditunjukkan bahwa suatu perubahan respon imun pada antigen saraf perifer dapat menunjang perkembangan gangguan.

**b. Diagnosa keperawatan**

- 1) Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan kelemahan progresif cepat otot – otot pernapasan, dan ancaman gagal napas.
- 2) Resiko tinggi penurunan curah jantung yang berhubungan dengan perubahan frekuensi jantung ritme dan irama bradikardia.
- 3) Resiko perubahan kebutuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat.
- 4) Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan otot, dan penurunan kesadaran.
- 5) Ansietas yang berhubungan dengan ancaman, kondisi sakit dan perubahan kesehatan.
- 6) Koping individu dan keluarga tidak efektif yang berhubungan dengan prognosis penyakit yang tidak jelas, perubahan peran keluarga, dan status sosioekonomi yang tidak jelas.

### c. Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan

**Tabel 2.1 Intervensi dan Rasionalisasi**

<b>Diagnosa</b>	<b>Tujuan Dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1) Pola napas tidak efektif yang berhubungan dengan kelemahan progresif cepat otot – otot pernapasan, dan ancaman gagal napas.	Dalam waktu 3x24 jam setelah diberikan tindakan pola napas kembali efektif. Kriteria: secara subjektif sesak napas (-), frekuensi napas 16-20	1) Kaji fungsi paru, adanya bunyi napas tambahan, perubahan irama dan kedalaman, penggunaan otot – otot aksesori. 2) Evaluasi keluhan sesak napas, baik secara verbal dan non verbal. 3) Beri ventilasi mekanik. 4) Lakukan pemeriksaan kapasitas vital pernapasan. 5) Kolaborasi: Pemberian humidifikasi oksigen 3 liter/menit.	1) Menjadi bahan parameter monitoring serangan gagal napas dan menjadi data dasar intervensi selanjutnya. 2) Tanda dan gejala meliputi adanya kesulitan bernapas saat berbicara, pernapasan dangkal dan irregular, menggunakan otot – otot aksesoris, takikardia dan perubahan pola napas. 3) Ventilasi mekanik digunakan jika pengkajian sesuai kapasitas vital, klien memperlihatkan perkembangan kearah kemunduran, yang mengindikasi ke arah memburuknya kekuatan otot-otot pernapasan. 4) Kapasitas vital klien di pantau lebih sering dan dengan interval yang teratur dalam penambahan kecepatan pernapasan dan

---

			<p>kualitas pernapasan, sehingga pernapasan yang tidak efektif dapat diantisipasi. Penurunan aktivitas vital karena kelemahan otot – otot yang digunakan saat menelan, dan adanya indikasi memburuknya fungsi pernapasan.</p> <p>5) Membantu pemenuhan oksigen yang sangat diperlukan tubuh dengan kondisi laju metabolisme sedang meningkat.</p>
2) Resiko tinggi penurunan curah jantung yang berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, dan konduksi elektrikel.	<p>Setelah dilakukan perawatan selama 2x24 jam, diharapkan penurunan curah jantung tidak terjadi. Dengan kriteria :</p> <p>Stabilitas hemodinamik baik (tekanan darah dalam batas normal, curah jantung kembali meningkat, input dan output sesuai, tidak menunjukkan tanda-tanda disritmia)</p>	<p>1) Auskultasi Tekanan darah. Bandingkan kedua lengan, ukur dalam keadaan berbaring, duduk, atau berdiri bila memungkinkan.</p> <p>2) Evaluasi kualitas dan kesamaan nadi.</p> <p>3) Catat murmur.</p> <p>4) Pantau frekuensi jantung dan irama.</p> <p>5) Kolaborasi : Berikan O<sub>2</sub> tambahan sesuai indikasi.</p>	<p>1) Hipotensi dapat terjadi s/d disfungsi ventrikel, hipertensi juga fenomena umum s/d nyeri cemas pengeluaran katekolamin.</p> <p>2) Penurunan curah jantung mengakibatkan menurunnya kekuatan nadi</p> <p>3) Menunjukkan gangguan aliran darah dalam jantung (kelainan katup, krusakn septum, atau vibrasi otot papilar)</p> <p>4) Perubahan frekuensi dan</p>

---

---

			irama jantung menunjukkan komplikasi disritmia
			5) Oksigen yang dihirup akan langsung meningkatkan saturasi oksigen darah.
3) Resiko perubahan kebutuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pemenuhan nutrisi klien terpenuhi. Dengan kriteria : Tidak terjadi komplikasi akibat penurunan asupan nutrisi.	1) Kaji kemampuan klien dalam pemenuhan nutrisi oral. 2) Monitor komplikasi akibat paralisis akibat insufisiensi aktivitas parasimpatis. 3) Berikan nutrisi via selang ansogastrik. 4) Berikan nutrisi via oral bila paralisis menelan berkurang.	1) Perhatikan yang diberikan untuk nutrisi yang adekuat dan pencegahan kelemahan otot karena kurang makanan. 2) Iilus paralisis dapat disebabkan oleh insufisiensi aktivitas parasimpatis. Dalam keadaan ini, makanan melalui intravena dipertimbangkan diberikan oleh dokter dan perawat memantau bising usus sampai terdengar. 3) Jika klien tidak mampu menelan, makan diberikan melalui selang lambung. 4) Bila klien dapat menelan, makanan melalui oral diberikan perlahan – lahan dan sangat hati – hati.

---

---

4) Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan otot, dan penurunan kesadaran.	<p>Dalam waktu 3x24 jam setelah diberikan tindakan mobilitas klien meningkat atau teradaptasi.</p> <p>Kriteria : peningkatan kemampuan dan tidak terjadi thrombosis vena provunda dan emboli paru merupakan ancaman klien paralisis, yang tidak mampu menggerakkan ekstremitas. Dekubitus tidak terjadi.</p>	<p>1) Kaji tingkat kemampuan klien dalam melakukan mobilitas fisik.</p> <p>2) Dekatkan alat dan sarana yang dibutuhkan klien dalam pemenuhan aktivitas sehari – hari.</p> <p>3) Hindari faktor yang memungkinkan terjadi trauma pada saat klien melakukan mobilisasi.</p> <p>4) Sokong ekstremitas yang mengalami paralisis.</p> <p>5) Monitor komplikasi hambatan mobilitas fisik.</p> <p>6) Kolaborasi dengan tim fisioterapis.</p>	<p>1) Merupakan data dasar untuk melakukan intervensi selanjutnya.</p> <p>2) Bila pemulihan mulai untuk dilakukan, klien dapat mengalami hipotensi ortostatik (dari disfungsi otonom) dan kemungkinan membutuhkan meja tempat tidur untuk menolong mereka mengambil posisi duduk tegak.</p> <p>3) Individu paralisis mempunyai kemungkinan mengalami kompresi neuropati, paling sering saraf ulnar dan perineal. Bantalan dapat di tempatkan di siku dan kepala fibula untuk mencegah terjadinya masalah ini.</p> <p>4) Ekstremitas paralisis disokong dengan posisi fungsional dan memberikan latihan rentang gerak secara pasif paling sedikit dua kali sehari.</p> <p>5) Deteksi dini thrombosis vena profunda dan dekubitus</p>
--	--	---	---

---

---

			sehingga dengan penemuan yang cepat, penanganan lebih mudah dilaksanakan. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk mencegah deformitas kontraktur dengan menggunakan perubahan posisi yang hati – hati dan latihan rentang gerak.
5) Ansietas yang berhubungan dengan ancaman, kondisi sakit dan perubahan kesehatan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan ansietas hilang dan berkurang. Dengan kriteria hasil : mengenal perasaannya, dapat mengidentifikasi penyebab atau faktor yang memenuhinya dan menyatakan ansietas berkurang/hilang.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bantu klien mengekspresikan perasaan marah, kehilangan dan takut.</li> <li>2) Kaji tanda verbal dan nonverbal ansietas, damping klien dan lakukan tindakan bila menunjukkan perilaku merusak.</li> <li>3) Hindari konfrontasi.</li> <li>4) Mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan. Beri lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat.</li> <li>5) Tingkatkan control sensasi klien.</li> <li>6) Orientasi klien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ansietas berkelanjutan memberikan dampak serangan jantung selanjutnya.</li> <li>2) Reaksi verbal atau nonverbal dapat menunjukkan rasa agitasi, marah dan gelisah.</li> <li>3) Konfrontasi dapat meningkatkan rasa marah, menurunkan kerja sama dan mungkin memperlambat penyembuhan.</li> <li>4) Mengurangi rangsangan eksternal yang tidak perlu.</li> <li>5) Kontrol sensasi klien dengan cara memberikan informasi tentang keadaan</li> </ol>

---

		7) Beri kesempatan pada klien untung mengungkapkan ansietasnya	klien , menekankan pada penghargaan terhadap sumber – sumber koping (pertahanan diri), yang positif, membantu latihan relaksasi dan teknik – teknik pengalihan dan memberikan respon baik yang positif.
		8) Berikan privasi untuk klien dengan orang terdekat	6) Orientasi dapat menurunkan ansietas. 7) Dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak diekspresikan. 8) Memberi waktu untuk mengekspresikan perasaan, menghilangkan cemas dan perilaku adaptasi. Adanya keluarga dan teman – teman yang dipilih klien melayani aktivitas dan pengalihan akan menurunkan perasaan terisolasi.
6) Koping individu dan keluarga tidak efektif yang berhubungan dengan prognosis penyakit yang	Dalam waktu 1x24 jam setelah diberikan tindakan koping individu kembali efektif. Kriteria : ekspresi wajah klien rileks dan	1) Kaji mekanisme koping yang klien gunakan. 2) Lakukan pendekatan terapeutik dalam mengkaji koping yang klien	1) Intervensi awal bisa mencegah distress psikologis pada klien. 2) Pendekatan yang baik

---

tidak jelas, perubahan peran keluarga, dan status sosioekonomi yang tidak jelas.	menerima penjelasan yang di berikan . klien kooperatif dengan program pengobatan dan perawatan.	<p>gunakan.</p> <p>3) Anjurkan pemilihan koping yang positif.</p> <p>4) Berikan dukungan moral.</p> <p>5) Diskusikan secara rasional pentingnya tindakan pengobatan dan perawatan yang akan diberikan.</p> <p>6) Evaluasi mekanisme koping yang dipakai setelah dilakukan tindakan.</p>	<p>dapat membantu menggali lebih jauh kemampuan klien dalam mencari mekanisme koping yang akan digunakan.</p> <p>3) Mekanisme koping yang positif dapat membantu klien lebih percaya diri, lebih kooperatif terhadap tindakan yang akan dilakukan dan mencegah terjadinya kecemasan tambahan.</p> <p>4) Menambah rasa percaya diri klien akan koping yang akan digunakan.</p> <p>5) Teknik pengalihan yang secara rasional membantu klien memilih sendiri koping positif yang akan digunakan.</p> <p>6) Pemantauan sederhana terhadap kemampuan klien dalam memilih mekanisme koping yang telah digunakan.</p>
--	---	---	--

---

#### **d. Implementasi**

Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Kozier et al, 1995). Pelaksanaan implementasi akan mengidentifikasi, mengapa sesuatu terjadi, apa yang terjadi, kapan, bagaimana dan siapa yang melakukan intervensi (Deden Dermawan, 2012)

#### **e. Evaluasi**

Evaluasi adalah membandingkan suatu hasil/ perbuatan dengan standar untuk tujuan pengambilan keputusan yang tepat sejauh mana tujuan tercapai.

Evaluasi keperawatan : membandingkan efek/hasil suatu tindakan keperawatan dengan norma atau kriteria tujuan yang sudah dibuat. (Deden dermawan, 2012)

### **9. Analisa data**

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisa data diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam

menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien. (Deden  
dermawan, 2012)