

**PENGALAMAN PASIEN SINDROM GUILLAIN-BARRE (SGB) PADA
SAAT KONDISI KRITIS DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU)
RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG**

Wahyu Rima Agustin¹

¹Prodi S-1 Keperawatan, STIKes Kusuma Husada Surakarta

ABSTRAK

Pengalaman Pasien Sindrom Guillain-Barre Pada Saat Kondisi Kritis dipersepsikan berbeda oleh setiap pasien. Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif fenomenologi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan secara mendalam pengalaman fisik, psikologis, spiritual dan sosial pasien Sindrom Guillain-Barre pada saat kondisi kritis di ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung. Penelitian ini melibatkan 4 partisipan Sindrom Guillain-Barre. Pasien yang menjadi partisipan adalah yang teridentifikasi mempunyai pengalaman dirawat diruang intensif dan mampu menceritakan pengalamannya. Pengumpulan data dilakukan dengan tehnik wawancara mendalam. Metode yang digunakan untuk analisa data yaitu metode Colaizzi. Setelah data dianalisa, peneliti dapat mengidentifikasi pengalaman pasien Sindrom Guillain-Barre, pada saat kondisi kritis. Terdapat 5 tema pengalaman fisik: badan lemah, sesak nafas, rasa baal, nyeri tenggorokan dan batuk. Ada 3 tema pengalaman psikologis: tidak percaya, sedih dan takut. Terdapat 2 tema pengalaman spiritual: seperti diambang kematian dan pasrah. Terdapat 3 tema pengalaman sosial: dukungan keluarga yang positif, tidak bisa berbicara dan tidak bisa berinteraksi. Hasil penelitian bermanfaat untuk meningkatkan sikap caring perawat pada pasien saat kondisi kritis, pada kebutuhan fisik, psikologis, spiritual dan sosial. Perawat tidak hanya berfokus dalam pemenuhan kebutuhan fisik saja tetapi kebutuhan psikologis, spiritual dan sosial sangat dibutuhkan sebagai upaya memberikan motivasi untuk sembuh pada pasien Sindrom Guillain-Barre.

Kata kunci : *Sindrom Guillain-Barre, Pengalaman, Kondisi Kritis, Fisik, Psikologis, Spiritual, Sosial.*

ABSTRACT

The experiences of patients with Guillain-Barre Syndrome during a critical condition is perceived differently by different patients. This research used a qualitative research with a descriptive-phenomenological approach. The objective of this research was to deeply describe physical, psychological, spiritual, and social experiences of patients with Guillain-Barre Syndrome during a critical condition at dr. Hasan Sadikin Bandung Public Hospital's Intensive Care Unit (ICU). This research involved 4 participants of Guillain-Barre Syndrome. Those patients who were selected as participants were identified as having an experience of being treated at an intensive room and capable of telling their experiences. Data collection was conducted by an in-dept interview technique. The method used for data analysis was Colaizzi method. After the data has been analyzed, the researcher could identify the experiences of patients with Guillain-Barre Syndrome during a critical condition. There were 5 themes of physical experiences: malaise, short-winded, numb, throat

pain, and cough. There were three themes of psychological experiences: unbelief, distressing, and fearful. There were two themes of spiritual experiences: like being at the edge of dying and sense of submission. There were three themes of social experiences: positive family support, unable to speak, and enable to interact. The findings of research were useful for enhancing the caring attitude of nurses to their patients during a critical condition and to physical, psychological, spiritual, and social needs. Nurses should focus not only on the fulfillment of physical needs but psychological, spiritual, and social needs are also strongly needed as an attempt to provide a motivation to recovery to patients with Guillain-Barre Syndrome.

Keywords: *Guillain-Barre Syndrome, Experience, Critical Condition, Physical, Psychological, Spiritual, Social.*

PENDAHULUAN

Sindrom Guillain-Barre (SGB) yaitu penyakit autoimun yang menyerang selubung myelin pembungkus saraf perifer, yang merupakan penyebab utama *acute flaccid paralysis* (Parry, 1993). SGB umumnya terjadi didahului oleh adanya infeksi pernafasan, gastrointestinal sekitar 1 – 4 minggu sebelum terjadi serangan neurologik (Asbury, 1981). Sistem kekebalan tubuh menghancurkan selubung myelin dan akson, sehingga saraf tidak dapat mengirim sinyal secara efisien ke otak. Gejala yang ditimbulkan berupa kelemahan dan sensasi kesemutan di kaki dan tangan, ketidakmampuan berjalan, kesulitan gerakan mata, wajah, berbicara, mengunyah atau menelan dan rasa sakit di punggung bagian bawah, sulit mengontrol kandung kemih atau fungsi usus. SGB apabila tidak tertangani dari awal timbulnya gejala dapat mengakibatkan kelumpuhan yang bisa menyebabkan kematian (Parry, 1993).

Komplikasi paling berat pada penderita SGB yaitu kematian, yang disebabkan oleh kelemahan atau paralisis pada otot – otot pernafasan, dimana angka mortalitas sekitar 5% bila terjadi paralisis pernapasan. Kematian pada SGB biasanya disebabkan oleh pneumonia, sepsis dan *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) (Van koningsveld, 2002). Gejala SGB sampai pada kondisi penderita menjadi lumpuh bisa berlangsung beberapa hari dan bisa memburuk dengan cepat dalam beberapa jam. SGB dipertimbangkan sebagai kedaruratan medis yang membutuhkan perawatan intensif, karena perjalanan penyakit yang begitu cepat. Sekitar 30% terjadi kesulitan bernafas dan memerlukan bantuan ventilasi mekanik. Beberapa kriteria yang dapat digunakan untuk mendeteksi kemungkinan penggunaan ventilasi endotrakeal adalah waktu antara terjadinya onset hingga masuk rumah sakit

kurang dari 7 hari, tidak mampu batuk, tidak mampu berdiri, tidak mampu mengangkat kedua lengan. Adanya minimal satu dari indikasi tersebut sudah merupakan indikasi perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU) (Mahfoed, 2003). Pasien dirawat di ruang intensif dan harus berjuang melewati kondisi kritis, dari beberapa kasus bahwa pasien mengalami koma dan akhirnya meninggal, adapula yang mampu melewati kondisi kritis (Parry, 1993).

Tingkat kesembuhan pasien SGB mencapai *full and functional recovery* dalam waktu 6 – 18 bulan, 80% penderita sembuh sempurna atau hanya menderita gejala sisa yang ringan berupa kelemahan ataupun sensasi abnormal seperti kesemutan atau baal. Bagaimanapun pada beberapa pasien memiliki kelemahan yang menetap, arefleksia, dan parestesia. Sekitar 7 – 15% pasien memiliki gejala neurologis sisa yang menetap termasuk bilateral *footdrop*. Otot tangan instrinsik kebas, sensori ataxia, dan disestesia. Sejumlah 50% mengalami masalah koordinasi yang lebih serius dan permanen sehingga menyebabkan disabilitas berat dan 10% diantaranya beresiko mengalami *relaps* karena dipengaruhi oleh faktor usia. SGB sering menyerang pada usia produktif yaitu 15 – 35 tahun dan sulit untuk disembuhkan secara sempurna apabila mengenai pasien dengan usia 50 – 60 tahun (Asbury, 1981).

Angka kejadian penyakit ini di seluruh dunia antara 1 – 2 kasus per 100.000 penduduk per tahun, insidensi lebih tinggi terjadi pada perempuan daripada laki – laki dengan perbandingan 2 : 1 (Swanson, 1998). Di Indonesia belum banyak didapatkan gambaran epidemiologik pada SGB 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 Hamiprodo selama 1,5 tahun (1 Mei 1984 – 31 Oktober 1985) telah dirawat penderita SGB 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 penderita sebanyak 87 orang. SGB bukan termasuk penyakit genetik, tidak dapat diturunkan, tidak menular dan bisa menyerang semua umur. Pada sebagian kasus penyakit SGB bisa meninggalkan gejala sisa secara fisik berupa kelumpuhan (Asbury, 1981).

Kelumpuhan yang terjadi pada SGB biasanya diawali pada anggota gerak bagian bawah dan mengenai otot – otot distal maupun proksimal. 2/3 kasus dapat

menunjukkan adanya gangguan sensorik pada onset, namun abnormalitas sensorik pada pemeriksaan sering hanya minimal. Hilang atau menurunnya refleks ditemukan pada sebagian besar pasien. Dapat ditemukan pula gangguan saraf kranial serta otonom. Rasa kesemutan, nyeri kaki dan tangan seperti ditusuk – tusuk, serta kelemahan tangan dan kaki sehingga tidak mampu menggenggam sesuatu. Gejala lain yaitu kehilangan refleks kaki dan tangan, gerak anggota tubuh tak terkontrol, tekanan darah naik turun, mati rasa, serta kejang otot. Selain itu, pandangan kabur, sulit menggerakkan otot wajah, sulit bicara, dan berdebar – debar. Dampak dari gejala fisik yang timbul mengakibatkan pasien SGB membutuhkan *total care* dari orang disekitarnya, tidak hanya dukungan fisik yang mereka butuhkan tetapi juga dukungan secara psikologis, spiritual dan sosial untuk memenuhi kebutuhan hidup pasien SGB (Parry, 1993).

Pengalaman adalah suatu peristiwa atau kejadian yang sudah dilewati seseorang dalam perjalanan kehidupannya, terlepas dari sengaja ataupun tidak, terlepas dari baik ataupun buruk dan juga terlepas dari menyenangkan ataupun sebaliknya. Pasien yang mampu melewati kondisi kritis pada saat sakit, mempunyai pengalaman yang bermakna dalam hidupnya. Pengalaman tersebut adalah modal yang sungguh berarti bagi pasien yang mengalaminya dan bagi orang lain. Gejala nyata yang bisa kita rasakan dari pengalaman orang lain membuat arti dari sebuah pengalaman merupakan hal yang terpenting dari perjalanan kehidupan seseorang, sepertinya ada keharusan bagi kita untuk mengelola pengalaman – pengalaman yang kita miliki secara benar dan cermat, agar bisa mendapatkan sesuatu yang berharga dari pengalaman tersebut (Keeling & Ramos, 1995).

Di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung, jumlah pasien dengan SGB 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. Selama pasien di rawat kebutuhan sehari – hari di ruang ICU sebagian besar dibantu oleh perawat. Peran perawat hanya berfokus pada status hemodinamik pasien dan pemberian perawatan fisik masih menjadi tujuan utama, sedangkan pemberian

perawatan secara psikologis belum optimal dilakukan oleh perawat. Dari ungkapan yang pasien rasakan, pasien lebih membutuhkan pendampingan baik dukungan psikologis ataupun spiritual dan tidak hanya berfokus pada dukungan fisik. Pasien mengungkapkan selalu ingin diberikan motivasi secara bersamaan di setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat pada saat berhadapan langsung dengan pasien.

Pada dasarnya penyakit SGB berbeda dengan penyakit neurologi lainnya, penyakit ini menyerang pada bagian sistem saraf perifer yang menyebabkan kelumpuhan terjadi secara simetris lebih dari satu anggota gerak, jarang yang asimetris. Kelumpuhan dapat ringan dan terbatas pada kedua tungkai saja dan dapat pula terjadi paralysis total keempat anggota gerak terjadi secara cepat, dalam waktu kurang dari 72 jam, keadaan ini disebut sebagai *ascending paralysis*. Pasien SGB berada pada kondisi kritis karena mengalami depresi pada otot – otot pernafasan dan harus dirawat di ruang intensif, tetapi tidak sampai menimbulkan koma dan hanya mengalami penurunan kesadaran pada tingkat somnolen (Parry, 1993).

Pada pasien dengan SGB kerusakan bukan terdapat pada susunan saraf pusat sehingga tidak sampai menimbulkan keadaan koma, tetapi pasien bisa mengalami ancaman kematian karena mengalami kesulitan bernafas. Tanda khas pada penyakit SGB yaitu penilaian melalui cairan serebrospinal (CSS), disosiasi albinositologik bahwa peningkatan protein serebrospinalis tanpa peningkatan jumlah sel. Penilaian CSS digabungkan dengan gejala – gejala klinis tertentu, akan mengarah kepada poliradiopati demielinisasi yang membedakannya dengan poliomyelitis dan neuropati lainnya. Pada pasien dengan paralysis memiliki jiwa yang was – was dan takut. Menenangkan pasien dan diskusi tentang fase penyakit dan perbaikan dapat membantu mengurangi stress psikologi.

Fenomena pasien SGB yang mengalami perawatan yang cukup lama di ruang ICU sekarang sedang bermunculan. Bahwa pasien SGB yang di rawat di ruang intensif tidak sampai mengalami kondisi koma, tetapi dapat mengakibatkan kematian. Pasien berada dalam kondisi kritis tetapi tidak sampai berada dalam kondisi koma. Sehingga peneliti merasa tertarik untuk menggali lebih dalam pengalaman pasien SGB pada saat kondisi kritis. Respon pasien terhadap pengalaman di rawat sangat bervariasi. Namun, belum banyak dilaporkan secara tertulis hasil – hasil studi yang terkait dengan fenomena tersebut. Kebutuhan apa saja

yang diperlukan untuk memberikan perawatan pasien SGB pada saat kondisi kritis yang dirawat dirumah sakit berkaitan dengan faktor fisik, psikologis, spritual dan sosial. Oleh sebab itu, untuk menambah pengetahuan ilmiah yang dibutuhkan perawat, sehingga perawat bisa memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan meningkatkan sikap *caring* perawat pada pasien SGB saat kondisi kritis, maka peneliti tertarik untuk mempelajari fenomena pengalaman pasien dengan SGB berdasarkan cerita dan ungkapan langsung dari pasien yang pernah mengalami kondisi kritis melalui pendekatan fenomenologi.

METODOLOGI PENELITIAN

Pada penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan *descriptive phenomenology*. Desain Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif, *Setting* tempat pemilihan pasien yaitu pasien yang pernah masuk di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dan mengalami perawatan di ruang ICU. Instrumen penelitian adalah peneliti sebagai *human instrument*, pedoman wawancara menggunakan pedoman *semi structure interview*, alat perekam suara (*vioce recorder*) Penelitian ini melibatkan 4 partisipan. Tehnik yang digunakan untuk menentukan subjek penelitian yaitu menggunakan "*Purposive* atau *Judgement Sampling*". Dalam penelitian ini kriteria inklusi partisipan adalah:

- 1) Pasien Sindrom Guillain-Barre yang pernah dirawat di ruang intensif karena mengalami kondisi kritis
- 2) Mampu berkomunikasi dengan bahasa indonesia
- 3) Kooperatif
- 4) Bersedia menjadi partisipan dalam penelitian
- 5) Masa perawatan dirumah kurang lebih 3 – 6 bulan setelah masa perawatan di rumah sakit. Dengan waktu 3 – 6 bulan masa perawatan di rumah sakit diharapkan partisipan sudah bisa berbicara dengan jelas.
- 6) Tidak mengalami kecacadan

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini dianalisis menggunakan langkah – langkah dari metode Colaizzi (1978), untuk menghasilkan tema – tema yang esensial yang selanjutnya di deskripsikan dalam bentuk naratif pada penyajian hasil penelitian.

1. Pengalaman Fisik Pada Saat Kondisi Kritis

Hasil penelitian pengalaman fisik pada saat kondisi kritis didapatkan lima tema adalah: 1) Badan Lemah, 2) Sesak Nafas, 3) Rasa Baal, 4) Nyeri Tenggorokan dan 5) Batuk.

a. Badan Lemah

Gangguan muskuloskeletal yang menonjol yaitu berkurangnya kekuatan otot. Kelemahan otot disebabkan oleh terhambatnya atau terhentinya konduksi saraf dari medulla spinalis ke neuromuscular junction. Kelumpuhan (plegia) terjadi akibat banyaknya motor unit atau semua, dalam satu otot yang tidak terkonduksi, sehingga otot tersebut tidak bisa dikontraksikan. Sedangkan kelemahan (parese) terjadi akibat hanya sebagian motor unit dalam satu otot yang masih terkonduksi saraf, sehingga masih mampu untuk mengkontraksikan otot tersebut. Oleh karena hanya sebagian serabut otot yang terinervasi yang bekerja untuk menggerakkan satu otot, sehingga penderita SGB lebih cepat lelah. Bila otot tidak bisa berkontraksi berarti bagian badan tersebut tidak bergerak. Bila hal ini terjadi dalam kurun waktu lama, yang akan terjadi bukan hanya kekuatan otot yang terganggu, tetapi juga akan terjadi pemendekan otot dan keterbatasan luas gerak sendi. Jadi akibat berkurangnya konduksi saraf, akan mengurangi jumlah motor unit yang bekerja, bahkan mungkin tidak ada sama sekali, sehingga terjadi kelemahan otot atau lumpuh sama sekali, pemendekan otot dan pada akhirnya keterbatasan gerak sendi (Price & Wilson, 1995).

b. Sesak Nafas

Proses kerusakan selaput myelin terjadi pada tingkat akar saraf *thoracal*, karena akan terjadi kelemahan otot – otot pernafasan, yaitu otot intercostal. Bila menyerang tingkat *cervical*, diafragma mengalami gangguan. Oleh karena otot-otot intercostal dan diafragma, berkurang kekuatannya, maka ekspansi dada berkurang. Hal ini berakibat berkurangnya kapasitas vital paru, sehingga fungsi ventilasi juga menurun.

c. Rasa Baal

Gejala lain yang dirasakan penderita SGB adalah gangguan rasa (sensasi). Gangguan rasa yang dirasakan adalah kesemutan, tebal, rasa terbakar, ataupun nyeri. Pola penyebarannya tidak teratur dan tidak simetris, bisa berubah setiap saat. Meskipun gangguan tersebut tidak berbahaya, tetapi gangguan rasa tersebut menimbulkan rasa tidak nyaman. Rasa nyeri juga terjadi akibat sebuah sendi tidak digerakkan dalam waktu tertentu. Kadangkala nyeri murni disebabkan oleh gangguan sensasi, tetapi kadangkala juga disebabkan oleh kombinasi gangguan sensasi dan sendi yang sudah lama tidak digerakkan. Selain gangguan rasa yang berakibat tidak nyaman, gangguan sensasi juga bisa menyebabkan komplikasi. Misalnya gangguan rasa tebal, disertai kelemahan otot, bisa menyebabkan dekubitus. Oleh karenanya perawat perlu memperhatikan mobilisasi partisipan saat berada di atas tempat tidur, karena tekanan yang lama pada daerah yang menonjol menyebabkan sirkulasi darah pada daerah yang mengalami penekanan tidak adekuat sehingga bisa menyebabkan timbulnya luka dekubitus (Price & Wilson, 1995).

d. Nyeri Tenggorokan

Partisipan mengungkapkan terasa nyeri di tenggorokan pada saat di *suction*. Karena penghisapan lendir yang dilakukan pada selang endotrakea menimbulkan ketidaknyamanan pada partisipan dan bahaya potensial, penghisapan harus dilakukan hanya bila diindikasikan dan frekuensinya tidak ditentukan (Berman, 2009). Pemasangan ventilasi mekanik melalui jalan trakeostomi merupakan sebuah benda asing yang masuk ke dalam tenggorokan sampai dengan melewati glottis yang menyebabkan rasa tidak nyaman pada daerah tenggorokan (Price & Wilson, 1995). Beberapa gejala yang dikeluhkan partisipan pada tindakan trakeostomi antara lain adalah: nyeri tenggorok (*sore throat*)(Christensen, 1994).

e. Batuk

Beberapa gejala yang dikeluhkan pasien pada pemasangan selang endotrakeal selain nyeri tenggorok (*sore throat*) adalah batuk (*cough*)(Christensen, 1994). Batuk yang timbul pada partisipan dikarenakan produksi sekret yang meningkat. Dalam keadaan normal, setiap hari dihasilkan sekitar 100 ml

sekret saluran pernafasan. Pembersihan sekret merupakan bagian dari sistem pertahanan tubuh, namun apabila sekresi yang dihasilkan lebih dari normal, atau ada kegagalan kerja silia, maka diperlukan mekanisme batuk untuk mengeluarkannya dari saluran pernafasan.

2. Pengalaman Psikologis Pada Saat Kondisi Kritis

Hasil penelitian pengalaman psikologis pada saat kondisi kritis didapatkan tiga tema adalah: 1) Tidak Percaya, 2) Sedih dan 3) Takut.

a. Tidak Percaya

Hasil intepretasi pada saat keadaan psikologis dari ungkapan partisipan sebagian besar menyampaikan tidak percaya, partisipan dalam keadaan seperti ini berada dalam tahapan berduka menolak (*denial*), pasien merasa tidak percaya dengan apa yang sedang terjadi pada kondisi sakitnya (Kubler Ross,1969). Respon pasien pada tahapan berduka berbeda setiap individu, sehingga implikasi keperawatan yang diberikan harus disesuaikan dengan tahapan berduka pada pasien. Dalam keadaan *denial* (menolak) pasien membutuhkan dukungan kebutuhan emosi tanpa memperkuat penyangkalan, perawat menawarkan diri untuk tetap bersama partisipan dan memberikan perawatan dasar sesuai dengan kebutuhannya

b. Sedih

Kesedihan yang dirasakan partisipan pada saat kondisi kritis yaitu karena keadaan sakitnya, partisipan tidak bisa beraktivitas secara normal seperti ketika sebelum sakit. partisipan tidak bisa kuliah, tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, merasa kasian dan merepotkan orang tua. Sedih merupakan ekspresi partisipan pada awal di rawat di rumah sakit.

c. Takut

Takut yang dirasakan oleh partisipan adalah pada saat dipasang ventilator dan pada saat akan dilakukan tindakan *suction*. Tindakan invasif yang belum pernah dirasakan oleh partisipan merupakan suatu hal yang asing untuk dihadapi. Ketakutan yang muncul penyebabnya adalah keadaan yang bisa terlihat atau nyata, dimana tindakan pemasangan ventilator dan *suction*

merupakan tindakan khusus yang dilakukan hanya pada saat – saat tertentu di rumah sakit.

3. Pengalaman Spiritual Pada Saat Kondisi Kritis

Hasil penelitian pengalaman spiritual pada saat kondisi kritis didapatkan dua tema adalah: 1) Seperti diambang kematian dan 2) Pasrah.

a. Seperti diambang kematian

Pasien dalam keadaan koma tidak mempunyai respon, kecuali secara refleks, terhadap segala stimulus. Pada keadaan koma yang dalam, bahkan pasien tidak bereaksi terhadap nyeri (Willms, 2003). Pada kondisi kritis kondisi tubuh yang menurun secara tajam akibat gangguan fungsi organ vital seperti gangguan jalan nafas dan pernafasan, gangguan jantung dan peredaran darah serta gangguan kesadaran (Price & Wilson, 1995). Pada saat kondisi tubuh mulai menurun pasien seperti berjuang untuk tetap bertahan dari keadaan normal kondisi psikologis pasien seperti berasa diambang kematian yaitu antara hidup dan mati. Dari ungkapan ketiga partisipan merasakan bahwa dalam kondisi kritis seperti berada diambang kematian. Menghadirkan keluarga dan mendengarkan suara atau bunyi – bunyian seperti nyanyian atau musik, bacaan doa – doa yang familiar akan membantu otak tetap aktif. Menurut penelitian di New York oleh Jeff Angel, musik yang akrab di telinga pasien akan memperlambat kemunduran dan kerusakan fungsi kognitif sel – sel otak sehingga membuat pasien mampu bertahan hidup. Mendengarkan nyanyian juga membuat pasien seakan – akan kembali ke masa lalu ketika mereka dalam keadaan sehat sehingga membantu mereka menghasilkan respons.

b. Pasrah

Dampak keadaan psikologis partisipan setelah melewati kondisi kritis pada saat di rawat di ruang intensif menurut partisipan adalah semakin dekat dengan Allah dan ingat akan dosa – dosanya. Pada keadaan seperti ini pasien berada pada tahapan tawar – menawar (*bargaining*) dengan tuhan. Pasien mulai menerima, menangis dan menyesal akan kesalahan yang telah diperbuat, mengekspresikan perasaan bersalah atau takut akan hukuman

terhadap dosa masa lalu. Implikasi keperawatan yang harus dilakukan adalah mendengar dengan seksama dan mendorong untuk bicara tentang perasaan bersalah dan rasa takut yang irasional, bersikap diam, mendengarkan dan memberikan sentuhan terapeutik serta menawarkan *spiritual support* dalam keadaan yang tepat.

3. Pengalaman Sosial Pada Saat Kondisi Kritis

Hasil penelitian pengalaman sosial pada saat kondisi kritis didapatkan tiga tema yaitu: 1) Dukungan keluarga yang positif, 2) Tidak bisa berbicara dan 3) Tidak bisa berinteraksi.

a. Dukungan keluarga yang positif

Pada saat kondisi krisis, keluarga memainkan peran dalam menurunkan kecemasan dan meningkatkan keberhasilan adaptasi pasien. Dengan memahami cara suatu keluarga bereaksi terhadap krisis, perawat dapat membantu dalam memahami daya tahan keluarga dalam menghadapi stres. Perawat dapat membantu keluarga menggunakan kemampuan penyelesaian masalah dalam menghadapi krisis.

b. Tidak bisa berbicara

Partisipan mengungkapkan pengalaman pada saat dipasang ventilator adalah tidak bisa berbicara, gejala yang dikeluhkan pasien pada tindakan pemasangan selang endotrakeal antara lain adalah: suara serak (*hoarsenes*)(Christensen, 1994). Suara tidak bisa keluar karena udara tidak bisa menggetarkan pita suara yang bisa menghasilkan vokal konsonan, karena udara keluar melalui lubang trakeostomi.

c. Tidak bisa berinteraksi

Partisipan mengungkapkan pengalaman pada saat tidak bisa berbicara adalah: ada perasaan jengkel, kesal, emosi dan hanya menggunakan bahasa isyarat yang kadang susah dimengerti oleh orang lain. Perawat sebagai komunikator merupakan pusat dari seluruh peran perawat yang lain. Keperawatan mencakup komunikasi dengan pasien dan keluarga, antar sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya, sumber informasi dan komunitas. Kualitas komunikasi perawat dapat menentukan dalam memenuhi kebutuhan oksigen

pada pasien. Metode komunikasi alternatif harus dikembangkan untuk pasien dengan ventilasi mekanik. Bila keterbatasan pasien diketahui, perawat menggunakan pendekatan komunikasi; membaca gerak bibir, menggunakan kertas dan pensil, bahasa gerak tubuh atau papan komunikasi. Ahli terapi bahasa dapat membantu dalam menentukan metode yang paling sesuai untuk pasien.

KESIMPULAN

Berdasarkan uraian pada hasil penelitian dan pembahasannya, maka dapat ditarik beberapa simpulan dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Peneliti dapat mengidentifikasi pengalaman pasien Sindrom Guillain-Barre, pada saat kondisi kritis.
2. Peneliti dapat mengidentifikasi
 - a. Pengalaman fisik pada saat kondisi kritis adalah: 1) Badan Lemah, 2) Sesak Nafas, 3) Rasa Baal, 4) Nyeri tenggorokan dan 5) Batuk.
 - b. Pengalaman psikologis pada saat kondisi kritis adalah: 1) Tidak Percaya 2) Sedih dan 3) Takut.
 - c. Pengalaman spiritual pada saat kondisi kritis adalah: 1) Seperti diambang kematian dan 2) Pasrah.
 - d. Pengalaman sosial pada saat kondisi kritis adalah: 1) Dukungan keluarga positif 2) Tidak bisa berbicara dan 3) Tidak bisa berinteraksi.

Ucapan Terimakasih

Ucapan terimakasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan penelitian ini, khususnya kepada Helwiyah Ropi, SKp., MCPN, Kusman Ibrahim, SKp.,MNS., PhD dan Titin Mulyati, S.Kp., M.Kep., selaku Kepala Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung.

DAFTAR PUSTAKA

- Asbury, A.K. 1981. *Diagnostic considerations in Guillain-Barré syndrome*. *Annals of Neurology*;9 (suppl):S1-S5.
- Baughman, DC. 2000. *Handbook for Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Jakarta: EGC.
- Berman, A. 2009. *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Kozier & Erb*.Ed.5, Jakarta: EGC.

- Budiarto, G. 1993. *Aspek Terapi Sindrom Guillain-Barre*. Surabaya: Ilmu Penyakit Saraf FK Unair/RSUD Dr. Sutomo.
- Bungin, B. 2003. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- Burns, N & Grove,S.K. 1993. *The Practice Of Nursing Research Conduct, Critique & Utilization*. (2nded). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Christensen, A., Larsen, W.H., Lundby, L., & Jakobsen. 1994. *Post Operative Throat Complaints After Tracheal Intubation*. *Br J, Anaesth*, 7(73), 786.
- Clark, M. 2005. *About Guillain-Barre Syndrome*. Melalui <<http://www.about-guillain-barre.com/>> [22/10/11]
- Creswell, J. W. & Miller, D. L. 2003. *Determining validity in qualitative inquiry. Theory into Practice*, 39(3), 124-131.
- Davey, P. 2005. *Medicine At a Glance*. Jakarta: Erlangga.
- Dewanto, G, dkk. 2009. *Panduan Praktis Diagnosis & Tata Laksana Penyakit Saraf*. Jakarta : EGC.
- Duke, D. L & Robert L, C. 1995. *School Policy*. New York: McGraw Hill. Inc.
- Engram, B. 1998. *Medical-Surgical Nursing Care Plans*. Jakarta: EGC.
- Herdiansyah, H. 2011. *Metodologi Penelitian Kualitatif untuk Ilmu – ilmu Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Hudak, C.M dan Gallo, B.M. 1997. *Keperawatan Kritis: Pendekatan Holistik. (Critical Care Nursing: A Holistic Approach* (Allenidekania, B. Susanto, Teresa & Yasmin, Trans. 6 ed. Vol.1) Jakarta: EGC.
- Hudak, C.M. 1997. *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Jacoby, D. B and Youngson, R.M. 2004. *Encyclopedia Of Family Health*. 3rd. Ed.. Tarrytown : Marshall Cavendish Corporation
- Japardi, I. 2002. *Sindrom Guillain Barre*. [http://library.usu.ac.id /download/fk/bedah-iskandar%20japardi46. pdf](http://library.usu.ac.id/download/fk/bedah-iskandar%20japardi46.pdf) [22/10/11]
- Keeling, A. W. dan Ramos, M. C. (1995). *Nurs Health Care: Perspectives on Community. The role of nursing history in preparing nursing for the future*, 16-30
- Kozier, B. 2004. *Fundamentals of Nursing: concepts, process, and practice*, Volume 1 Prentice Hall Health.
- Langton, S. B. 2002. *A First Step : Understanding Guillain-Barre Syndrome*. Victoria, B.C., Canada : National Library Of Canada.
- Lanolle, B. S. 2005. *Guillain-Barre Syndrome : Pathological, Clinical And Therapeutical Aspects*. New York : Nova Biomedical Books.

- Mahfoed, M.H., *Guillain Barre Syndrome Update, From Basic to Emergency, dalam Pendekatan Terbaru Tata Laksana Penyakit Autoimun dengan IVIG 7S*, konggres Nasional V Perdossi Denpasar, 12 Juli 2003.
- Moleong, J.L. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- Morrison, P. 2009. *Caring & Communicating : Hubungan Interpersonal Dalam Keperawatan*. Ed. 2. Jakarta. EGC
- Morse, M. J. 1996. *Nursing Research : The Application Of Qualitative Approaches*. London : Chapman & Hall.
- Musliha. 2010. *Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Muttaqin, A. 2009. *Pengantar Asuhan Keperawatan Dgn Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Parry, G.J. (1993). *Guillain-Barre Syndrome* . New York : Theime.
- Parry, G.J. 2007. *Guillain-Barre Syndrome: From Diagnosis to Recovery*. Demos Medical Publishing. American Academy of Neurology (AAN).
- Poerwandari, E.K. 2001, *Penelitian Kualitatif : Analisis dan Interpretasi, Pelatihan Metode Kualitatif Tingkat Lanjut, Pusat Penelitian Kemasyarakatan dan Budaya*, LPUI.
- Polit, D & Beck, C. 2006. *Essentials Of Nursing Research : Methods, Appraisal and Utilization*. 6th ed, Lippincott Williams & Wilkins, A Wolter Kluwer Compay, Philadelphia.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik* (4 ed. Vol. 1). Jakarta: EGC.
- Price, S. A., & Wilson, L. M. 1995. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* (P. Anugerah, Trans. 4 ed.). Jakarta: EGC.
- Rab, T. 2007. *Agenda Gawat Darurat Pasien Kritis (Volume 1)*. Bandung : ALUMNI.
- Ronaldson, S. 2000. *Spirituality: The Heart of Nursing*. Ausmed Publications
- Schneider, Z. 2003. *Nursing Research : Methods,, Critical Appraisal And Utilisation*. 2th ed. Mosby. St Louis, Toronto.
- Semiawan, C. R. 2009. *Metode Penelitian Kualitatif Jakarta* : PT. Gramedia Widiasarana Indonesia
- Smeltzer, S. C. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Ed. 8. Jakarta: EGC.
- Strauss, A. & Corbin, J. 1990. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

- Streubert, H.J. and Carpenter. 1999. *Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative*, 2nd Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Comp
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D)*. Bandung: ALFABETA.
- Supriyantoro. 2011. *Pedoman Intensive Care Unit*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Jakarta.
- Swanson, J.W. 1998. *Sindrom Guillain Barre*. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Melalui <http://www.mayoclinic.com/health/>
- Ted, M.B. 2008. *Guillain-Barre Syndrome*. Thieme Medical Publishers Melalui www.thieme.com [3/10/11]
- Van Koningsveld, R., Schmittz, P.I.M., Ang. C.W., et al, *Infections and Course of Disease dalam Mild Forms of Guillain-Barre Syndrome*, *Neurology* 2002; 58(4):1.
- Willms, J. 2003. *Diagnosis Fisik, Evaluasi Diagnosis dan Fungsi di Bangsal*. (dr.Harjanto & dr.Linda Chandranata) Jakarta: EGC.
- Worth, R. 2004. *Elisabeth Kubler-Ross: Encountering death and dying*. United States of America: Chelse House Publisher.