



# LAPORAN KASUS

## *Guillain-Barré syndrome (GBS)*

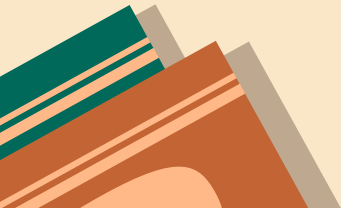
### **Disusun oleh**

Muthiah Nahda S Kembaren  
2220221131

### **Pembimbing**

dr. Nurtakdir Kurnia Setiawan, Sp.S,  
M.Sc, MH

KEPANITERAAN KLINIK DEPARTEMEN ILMU PENYAKIT SARAF FAKULTAS KEDOKTERAN  
UPN "VETERAN" JAKARTA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. GUNAWAN  
MANGUNKUSUMO AMBARAWA PERIODE 2 MEI - 3 JUNI 2023



# IDENTITAS PASIEN

- Nama : Ny. R
- No. RM : 229XXX-XXXX
- Usia : 31 tahun
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Status Perkawinan : Menikah
- Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- Agama : Islam
- Alamat : Tlogosari Bandungan
- Ruang Rawat : Mawar
- Tanggal Masuk : 22 Mei 2023

# ANAMNESIS

- Anamnesis dilakukan secara autoanamnesis dengan Ny.R pada tanggal 23 Mei 2023 (hari ke – 2 perawatan) jam 12.30 di Ruang Mawar bed 211.2 RSGM Ambarawa

## KELUHAN UTAMA

Kesemutan pada kedua tangan dan kaki

# RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

7 hari SMRS

- Keluhan kesemutan pada kedua tangan dan kaki
- Kesemutan berawal dari **timbulnya rasa panas** pada punggung yang menjalar pada tangan dan kaki.
- Keluhan paling terasa pada **ujung jari tangan dan kaki**.
- Kesemutan dirasakan setiap hari dan **hilang timbul**.
- Saat kesemutan timbul yang dirasakan oleh pasien adalah **rasa panas dan nyeri seperti ditusuk – tusuk** .
- Paling terasa terutama saat malam hari ataupun saat beristirahat.
- Keluhan berkurang ketika pasien menggerakkan tangan dan kakinya ketika kesemutan timbul.
- Pasien juga mengatakan adanya lemas pada kaki dan tangan tetapi tidak lemah. Pasien masih dapat beraktivitas, berjalan, dan tidak jatuh saat memegang barang.

## 5 hari SMRS

- Kesemutan masih dirasakan
- Pasien melihat ada lalat atau nyamuk yang hinggap pada ujung jari kaki, tetapi pasien **tidak merasakan** adanya lalat atau nyamuk yang hinggap tersebut.
- Pasien juga mengaku apabila ujung tangan dicubit pasien **tidak merasakan kesakitan**

## 2 hari SMRS

- Keluhan kesemutan disertai rasa panas dan nyeri seperti tertusuk pada kedua tangan dan kaki lebih sering timbul sehingga pasien kesulitan untuk tidur.
- Pasien juga mengeluhkan mual tetapi tidak disertai muntah

SMRS (22 Mei 2023) → datang ke IGD RSGM Ambarawa ditemani suaminya karena keluhan tidak kunjung membaik. Pasien mengatakan saat di infus di IGD **tidak terasa sakit** pada punggung tangan. Keluhan berupa kelemahan pada kedua tangan dan kaki, tremor, demam, muntah, diare, penglihatan kabur, dan sesak napas saat ini **disangkal**.

# RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

- Belum pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya
- Memiliki riwayat penyakit maag

1 bulan SMRS

- Mengalami keluhan mual muntah dan diare.
- Muntah → berisi makanan dan cairan tetapi tidak terdapat darah. Frekuensi muntah terjadi 2 kali.
- Diare → terjadi 3 kali dengan konsistensi cair berwarna coklat dan terdapat lendir tetapi tidak terdapat darah pada feses.
- Kemudian pasien berobat ke dokter keluarga dan beberapa hari kemudian keluhan membaik dan sembuh

HT dan DM (-). Riwayat penyakit sistem pernapasan seperti batuk, pilek, sesak (-).  
Riwayat operasi, trauma, dan riwayat penyakit autoimun (-)

## **RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

- Pasien mengatakan di keluarga tidak ada yang memiliki keluhan seperti pasien. Riwayat hipertensi dan DM pada keluarga disangkal. Riwayat penyakit sistem pernapasan, demam tinggi, diare, dan autoimun disangkal.

## **RIWAYAT PRIBADI SOS EKO**

- Pasien merupakan ibu rumah tangga yang sehari – hari mengurus rumah, anak, sambal berjualan di rumah. Pasien tinggal bersama suami dan 4 orang anak dengan higienitas yang cukup. Sehari – hari pasien makan masakan yang dimasak sendiri, riwayat merokok dan minum alkohol disangkal

# ANAMNESIS SISTEM


- a. Sistem neurologis : Kesemutan dengan rasa panas dan nyeri seperti di tusuk – tusuk pada 4 ekstremitas, Mati rasa pada ujung jari 4 ekstremitas
- b. Sistem kardiovaskular : tidak ada
- c. Sistem respirasi : tidak ada
- d. Sistem gastrointestinal : Mual (+), muntah (-), diare (-), konstipasi (-), nyeri perut (-)
- e. Sistem urogenital : tidak ada





# RESUME ANAMNESIS

Pasien seorang perempuan usia 31 tahun mengeluhkan kesemutan pada keempat ekstremitas sejak **7 hari SMRS**. Rasa kesemutan diawali dengan rasa panas kemudian nyeri seperti ditusuk – tusuk. Keluhan paling terasa pada ujung jari tangan dan kaki. Kesemutan dirasakan setiap hari dan hilang timbul. Paling terasa terutama saat malam hari ataupun saat beristirahat. Keluhan berkurang ketika pasien menggerakkan tangan dan kakinya ketika kesemutan timbul. Pasien juga mengatakan adanya lemas pada kaki dan tangan tetapi tidak lemah. Pasien masih dapat beraktivitas, berjalan, dan tidak jatuh saat memegang barang.



# RESUME ANAMNESIS

**5 hari SMRS** pasien mengeluhkan adanya mati rasa pada ujung keempat ekstremitas. Pasien melihat ada lalat atau nyamuk yang hinggap pada ujung jari kaki, tetapi pasien tidak merasakan adanya lalat atau nyamuk yang hinggap tersebut. Pasien juga mengaku apabila ujung tangan dicubit pasien tidak merasakan kesakitan.


**2 hari SMRS** keluhan kesemutan lebih sering timbul dari sebelumnya sehingga pasien kesulitan untuk tidur. Pasien juga mengeluhkan mual tetapi tidak disertai muntah



# RESUME ANAMNESIS

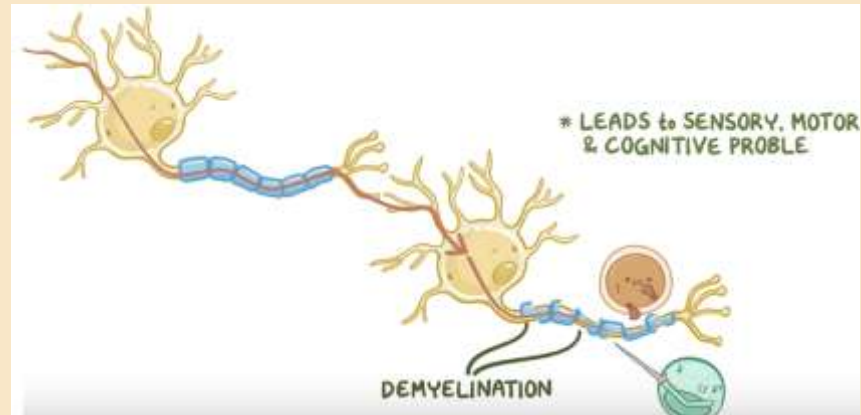
SMRS (22 Mei 2023) → datang ke IGD RSGM Ambarawa ditemani suaminya karena keluhan tidak kunjung membaik. Pasien mengatakan saat di infus di IGD **tidak terasa sakit** pada punggung tangan. Keluhan berupa kelemahan pada kedua tangan dan kaki, tremor, demam, muntah, diare, penglihatan kabur, dan sesak napas saat ini **disangkal**.

Pasien belum pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya. Pasien memiliki riwayat sakit maag. 1 bulan SMRS pasien mengalami **keluhan mual muntah dan diare**. Muntah berisi makanan dan cairan tetapi tidak terdapat darah. Frekuensi muntah terjadi 2 kali. Keluhan diare terjadi 3 kali dengan konsistensi cair berwarna coklat dan terdapat lendir pada feses.



# DISKUSI I

Kesemutan pada ekstremitas disertai mati rasa pada ujung – ujung ekstremitas → terjadi gangguan pada sistem saraf perifer → Struktur sistem saraf perifer terdiri atas sel saraf (neuron) yang bertanggung jawab mentransfer informasi. Sel neuron terdiri atas badan sel, dendrit, dan akson. Akson dilapisi selubung myelin untuk mempercepat jalannya rangsangan. Apabila terjadi gangguan atau kerusakan pada selubung myelin maka akan terjadi gangguan dalam penghantaran impuls.



# DISKUSI I

1 bulan SMRS pada pasien terdapat riwayat mual muntah dan diare cair berlendir → **infeksi saluran napas dan saluran cerna** merupakan salah satu gejala awal yang sering mendahului GBS

Sekitar 60% kasus GBS didahului oleh infeksi dengan onset gejalanya terjadi 1-3 minggu setelah infeksi.

Mual muntah dan diare dapat disebabkan karena infeksi bakteri *Campylobacter jejuni* → tidak merusak selubung myelin secara langsung melainkan → antigen pada permukaan bakteri mirip seperti komponen lipid pada selubung myelin sehingga sel imun salah mengenai target dan **merusak selubung myelin**

# DIAGNOSIS SEMENTARA

01

## Diagnosis Klinis

Kesemutan pada ke empat anggota gerak dari ujung jari hingga lengan dan tungkai dengan rasa panas dan tertusuk, mual

02

## Diagnosis Topis

Radiks neuron

03

## Diagnosis Etiologis

Autoimun : GBS

Infeksi : Myelitis

# PEMERIKSAAN FISIK

## Status Generalis

**KU** : Tampak sakit berat

**Kesadaran** : GCS E4M6V5, compos mentis

### Tanda Vital

**TD** : 121/80 mmhg

**Nadi** : 81 x/mnt

**Respirasi** : 20 x/mnt

**Suhu** : 36,5 °C

**SpO2** : 98%

### Status Generalis

- Kulit** : Ikterik (-), sianosis (-), turgor kulit baik
- Kepala** : Normocephali, rambut hitam, distribusi rambut merata, tidak mudah dicabut
- Wajah** : Kedudukan alis simetris, Ujung bibir simetris
- Mata** : Edema palpebra (-/-), konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), pupil bulat, Isokor (4mm/4mm), Refleks cahaya langsung (-/-), Refleks cahaya tidak langsung (-/-) Refleks kornea (-/-)

- Hidung** : bentuk normal, Deviasi septum (-) Sekret (-/-)
- Telinga** : Bentuk normal, Sekret (-/-)
- Mulut** : Bibir pucat (+), Sianosis (-), Trismus (-), Perdarahan gusi (-),
- Leher** : pembesaran kgb (-)
- Paru**

- Inspeksi** : Bentuk dada simetris, retraksi sela iga (-)
- Palpasi** : Gerakan dada simetris, Vocal fremitus sulit dievaluasi
- Perkusi** : Sonor pada seluruh lapang paru
- Auskultasi** : Suara napas vesicular (+/+), Rhonki (-/-), Wheezing (-/-)

**Kesan** : Paru dalam batas normal

### j. Jantung

- Inspeksi** : Ictus cordis tidak tampak
- Palpasi** : Ictus cordis teraba, tidak teraba thrill
- Perkusi** : Batas jantung dalam batas normal
- Auskultasi** : Bunyi jantung I – II regular, murmur (-), gallop (-)

**Kesan** : Jantung dalam batas normal

### k. Abdomen

- Inspeksi** : Bentuk datar, lesi (-)
- Auskultasi** : Bising usus (+) normal
- Palpasi** : Nyeri tekan sulit dievaluasi, hepar dan lien dalam batas
- normal**
- Perkusi** : Timpani pada seluruh lapang abdomen

**Kesan** : Abdomen dalam batas normal

# Status Neurologis

## V.3 Status Neurologis

Kesadaran : CM, E4M6V5  
 Sikap tubuh : lurus dan simetris  
 Gerakan abnormal : tidak ada  
 Ekstremitas : Normal

## V.4 Nervus Kranialis

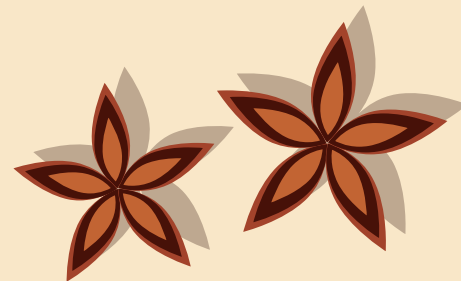
NERVUS KRANIALIS		Kanan	Kiri
N.I	Daya penghidu	Normal	Normal
N.II	Daya penglihatan	Normal	Normal
	Penglihatan warna	Normal	Normal
	Lapang pandang	Normal	Normal
N.III	Ptosis	-	-
	Gerakan mata ke medial	+	+
	Gerakan mata ke atas	+	+
	Gerakan mata ke bawah	+	+
	Ukuran pupil	3 mm	3 mm
	Reflex cahaya langsung	+	+
	Reflex cahaya tidak langsung	+	+
	Strabismus divergen	-	-

N.IV	Gerakan mata ke lateral bawah	+	+
	Strabismus konvergen	-	-
	Menggigit	Normal	Normal
	Membuka mulut	Normal	Normal
N.V	Sensibilitas muka	+	+
	Reflex kornea	+	+
N.VI	Gerakan mata ke lateral bawah	+	+
	Strabismus konvergen	-	-
N.VII	Kedipan mata	Normal	Normal
	Sudut mulut	Simetris	
	Menutup mata	Simetris	
	Daya kecap lidah 2/3 depan	Tidak dilakukan	Tidak dilakukan
N.VIII	Mendengar suara berbisik	Normal	Normal
	Tes rinne	Tidak dilakukan	
	Tes swabach	Tidak dilakukan	
	Tes weber	Tidak dilakukan	
N.IX	Arkus faring	Tidak dilakukan	Tidak dilakukan
	Daya kecap lidah 1/3 belakang	Tidak dilakukan	Tidak dilakukan
	Tersedak	-	
N.X	Denyut nadi		
	Arkus faring	Tidak dilakukan	
	Bersuara	Normal	
	Menelan	Tidak dilakukan	
N.XI	Memalingkan kepala	Normal	
	Mengangkat bahu	Normal	Normal



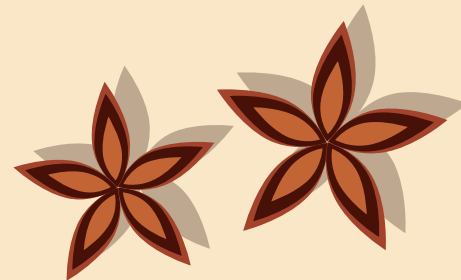
# Fungsi Motorik

Gerakan	Bebas	Bebas
	Bebas	Bebas
Kekuatan	5/5/5/5	5/5/5/5
	5/5/5/5	5/5/5/5
Tonus	Normal	Normal
	Normal	Normal
Atrofi	Eutrofi	Eutrofi
	Eutrofi	Eutrofi
Klonus	-	-
	-	-



# Fungsi Sensorik

Rasa nyeri	↓ proksimal ke distal	↓ proksimal ke distal
Rasa suhu	TDL	TDL
Rasa raba	↓ proksimal ke distal Glove stocking	↓ proksimal ke distal Glove stocking



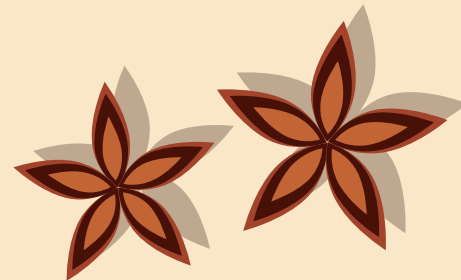


# Reflex Fisiologis

Reflex biceps	Hiporeflex	Hiporeflex
Reflex triceps	Hiporeflex	Hiporeflex
Reflex patella	Hiporeflex	Hiporeflex
Reflex achilles	Hiporeflex	Hiporeflex

# Reflex Patologis

Babinski	-	-
Chaddock	-	-
Oppenheim	-	-
Gordon	-	-
Schaeffer	-	-
Rosollimo	-	-



### V.9 Rangsang Meningeal

- Kaku kuduk : negative
- Lasegue : negative
- Kernig sign : negative
- Brudzinski I : negative
- Brudzinski II : negative

### V.10 Fungsi Otonom

#### Miksi

- Inkontinensia : Tidak ada
- Retensi : Tidak ada
- Automatic Bladder : Tidak ada
- Atonic Bladder : Tidak ada

#### Defekasi

- Inkontinensia : Tidak ada
- Retensi Alvi : Tidak ada

### V.10 Fungsi Luhur

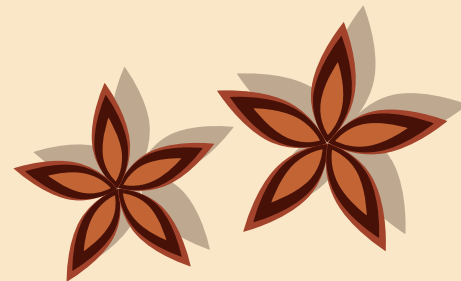
1. Fungsi Bahasa : Baik
2. Fungsi Orientasi : Baik
3. Fungsi Memori : Baik

# PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan	Metode
Kimia Klinik Albumin	4.23	3.4 – 4.8	g/dL	BCG
Sekresi dan Ekskresi Urin Rutin				
Warna	Kuning		-	Makroskopis
Kekeruhan	Jernih		-	Makroskopis
Protein urine	Negatif	Negatif	g/dL	Rapid
Glucosa urin	Negatif	Negatif	mmol/L	Rapid
pH	6.0	5-9	-	Rapid
Bilirubin urine	Negatif	Negatif	Umol/l	Rapid
Urobilinogen	Negatif	Negatif	Umol/l	Rapid
Berat Jenis urin	1.020	32-37	-	Rapid
Keton urine	3 + 80	Negatif	Mmol/L	Rapid
Lekosit	Negatif	Negatif	sel/mL	Rapid
Eritrosit	Negatif	Negatif	sel/mL	Rapid
Nitrit	Negatif	Negatif	-	Rapid
Sedimen			-	
Epitel	2 - 3	<4	/LPB	Mikroskopis
Eritrosit	0 - 1	<8,7	/LPB	Mikroskopis

## Pemeriksaan Laboratorium

Lekosit	1 - 3	<5	/LPB	Mikroskopis
Silinder	Negatif	Negatif	/LPK	Mikroskopis
Kristal	Negatif	Negatif	/LPB	Mikroskopis



# PEMERIKSAAN RONTGEN THORAX

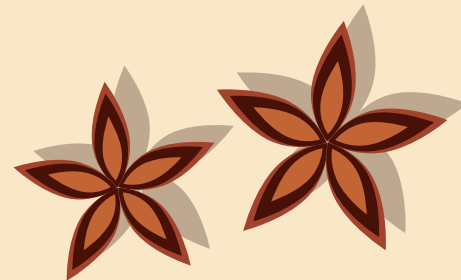


## Hasil pemeriksaan

- Cor : besar dan bentuk kesan normal, tampak kalsifikasi di aortic knob
- Pulmo : Tampak peningkatan bronchobascular pattern paru kanan kiri
- Trachea ditengah
- Hemidiafragma kanan kiri tampak baik
- Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam
- Tulang tulang tampak baik
- Soft tissue tampak baik

## Kesan

- Bronchitis
- Aortosclerosis



## DISKUSI II

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran *compos mentis*. Tekanan darah 121/80 mmHg, nadi 81x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36.5 °C secara aksiler. Pada pemeriksaan pada abdomen tidak terdapat nyeri tekan pada ulu hati kemudian tidak didapatkan adanya demam, hal tersebut menjadi salah satu tanda tidak adanya infeksi. Sedangkan, pada pemeriksaan neurologis didapatkan adanya **penurunan pada reflex fisiologis atau hiporeflex dan adanya penurunan sensorik yang semakin menurun pada ujung jari tangan maupun kaki (*glove stocking*)** menandakan adanya keterlambatan penyampaian hantar impuls saraf akibat dari kerusakan selubung myelin dimana selubung myelin berfungsi mempercepat hantaran impuls saraf. Bersifat ascendens karena selubung myelin yang membungkus sel schwan dan sel akson, dari proksimal ke distal semakin menipis. Oleh karena itu karena selubung myelin bagian distal tipis sehingga terjadilah kelainan dari distal ke proksimal atau ascenden.

## DISKUSI II

Dilakukan pemeriksaan penunjang berupa rontgen thorax PA adalah **untuk menilai organ thymus**. Organ thymus adalah suatu organ limfoid simetris yang terletak di bagian anterior mediastinum posterior. Berfungsi sebagai tempat maturase sel limfosit T atau sel imun. Pada rontgen thorax pasien tidak terdapat kelainan berupa pembesaran kelenjar thymus.



# DIAGNOSIS AKHIR

## Diagnosis Klinis

Tetrahipertesia glove stocking,  
tetraparesis flaccid, nausea



## Diagnosis Etiologi

Guillain Barre Syndrome  
(GBS)

## Diagnosis Topis

Lesi aksonal pada serabut saraf  
sensorik dan motorik

# TATA LAKSANA

## Oral

→ Sucralfat syrup 3 x 1 sendok makan

## Injeksi

- Ranitidin 2 x 1
- Mecobalamin 1x1
- Ceftriaxon 2 x 1
- Methylprednisolon 4 x 125mg

## DISKUSI III

Pemberian terapi pada Ny.M merupakan terapi suportif pada kasus GBS. Pada pasien tidak diberikan terapi berupa IVIG dikarenakan terdapat keterbatasan ketersediaan dari RS dan biaya terapi yang sangat mahal

### 1. Sucralfat syrup

Sucralfat merupakan obat golongan antasida yang bekerja dengan cara membentuk kompleks polimer yang dapat melapisi jaringan tukak, dengan cara mengikat eksudat protein pada lokasi ulkus. Digunakan untuk mencegah gastritis, ulkus peptikum, maupun ulkus duodenum.

### 2. Ranitidin

Ranitidin adalah anatagonis reseptor H<sub>2</sub> bekerja menghambat sekresi asam lambung.

## DISKUSI III

### 3. Mecobalamin

Mecobalamin bekerja sebagai koenzim dalam sintesa metionin. Mecobalamin terlibat dalam sintesis timidin pada deoksiuridin dan mempercepat sintesis DNA dan RNA. Pada penelitian lain ditemukan mecobalamin mempercepat sintesis lesitin, suatu komponen utama dari selubung mielin.

### 4. Ceftriaxone

Ceftriaxone merupakan golongan sefalosporin efektif terhadap mikroorganisme gram positif dan gram negative

### 5. Methylprednsolon

Pada GBS penggunaan methylprednisolone terapi suportif anti inflamasi

# PLANNING DX LANJUT

## 1. Serologi

Tes untuk antibody terhadap agen infeksi berikut dapat dipertimbangkan: *C jejuni* , Sitomegalovirus (CMV) , Virus Epstein-Barr (EBV) , Virus herpes simpleks (HSV) , HIV , *Mycoplasma pneumoniae*

## 2. CSF

Peningkatan jumlah protein dan kenaikan sel. Konsentrasi protein pada CSF sering kali normal pada minggu pertama onset dan meningkat di akhir minggu kedua (terjadi pada 90% pasien).

## 3. Nerve Conduction Velocity

Untuk menilai potensial aksi yang dikeluarkan oleh akson. Gambaran pada pasien GBS adalah melambatnya kecepatan hantar sensorik dan motorik, memanjangnya latensi motorik distal, serta kecepatan hantaran gelombang F melambat yang menggambarkan adanya perlambatan pada segmen proksimal dan radiks saraf.

## 4. MRI

MRI lumbosacral → penebalan pada radiks kauda equina dengan peningkatan pada gadolinium. Hal ini dapat terlihat pada 95% kasus GBS dan hasil sensitif sampai 83% untuk GBS akut

# FOLLOW UP

## Follow Up

TANGGAL	FOLLOW UP
22/5/2023	<p>S : pasien mengeluhkan kesemutan pada keempat ekstremitas, kesemutan hilang timbul, disertai rasa panas dan seperti ditusuk, sulit tidur, mual</p> <p>O :</p> <p>KU : sakit sedang</p> <p>Kes : CM</p> <p>TTV</p> <p>TD : 130/97 mmHg</p> <p>N : 78 x/mnt</p> <p>S : 36,5 °C</p> <p>RR : 20 x/mnt</p> <p>SpO2 : 98%</p>

Px nervus : dbn

Motorik

5555/5555

5555/5555

Reflex fisiologis : hiporeflex

Reflex patologis : -/-

Meningeal sign : -/-

Sensorik : rasa raba halus dan tajam menurun pada distal ekstremitas (glove stocking test)

A : GBS

P :

- Inj Ketorolac 3 x 1
- Inj Ranitidin 2 x 1
- Inj Mecobalamin 1 x 1
- Inj Ondansetron 2 x 1
- Infus RL 20 tpm

23/5/2023

S : pasien mengatakan kesemutan pada keempat ekstremitas, kesemutan berkurang, ujung jari seperti ditusuk – tusuk, mual (-)

O :

KU : sakit sedang

Kes : CM

TTV

TD : 121/80 mmHg

	<p>N : 81 x/mnt  S : 36,5 °C  RR : 20 x/mnt  SpO2 : 98%</p> <p>Px nervus : dbn  Motorik  5555/5555  5555/5555</p> <p>Reflex fisiologis : hiporeflex  Reflex patologis : -/-  Meningeal sign : -/-</p> <p>Sensorik : rasa raba halus dan tajam menurun pada distal ekstremitas (glove stocking test), lokasi naik ke punggung tangan dan kaki</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>A : GBS  P :</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol 2x650mg</li> <li>• Sucralfat syr 3x1C</li> <li>• Inj Ketorolac 2 x 1</li> <li>• Inj Ranitidin 2 x 1</li> <li>• Inj Mecobalamin 1 x 1</li> <li>• Inj Ceftriaxon 2 x 1</li> <li>• Inj Methylprednisolon 4 x 125</li> <li>• Infus RL 20 tpm</li> </ul>
24/5/2023	<p>S : pasien mengatakan tidak timbul kesemutan sejak sore kemarin, sulit tidur, mual (-)</p> <p>O :</p> <p>KU : sakit sedang  Kes : CM  TTV  TD : 135/95 mmHg  N : 72 x/mnt  S : 36°C  RR : 20 x/mnt  SpO2 : 98%</p> <p>Px nervus : dbn  Motorik  5555/5555  5555/5555</p> <p>Reflex fisiologis : +/+  Reflex patologis : -/-</p>

	<p>Meningeal sign : -/-</p> <p>Sensorik : rasa raba halus dan tajam terasa sama distal dan proksimal ekstremitas</p> <p>A : GBS</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol 2x650mg</li> <li>• Sucralfat syr 3x1C</li> <li>• Inj Ketorolac 2 x 1</li> <li>• Inj Ranitidin 2 x 1</li> <li>• Inj Mecobalamin 1 x 1</li> <li>• Inj Ceftriaxon 2 x 1</li> <li>• Inj Methylprednisolon 4 x 125</li> <li>• Infus RL 20 tpm</li> </ul>
25/5/2023	<p>S : pasien mengatakan sudah tidak ada kesemutan, bisa tidur, mual(-), tidak ada keluhan dan membaik</p> <p>O :</p> <p>KU : sakit sedang</p> <p>Kes : CM</p> <p>TTV</p> <p>TD : 125/91 mmHg</p> <p>N : 68 x/mnt</p> <p>S : 36°C</p> <p>RR : 20 x/mnt</p> <p>SpO2 : 98%</p>

	<p>Px nervus : dbn</p> <p>Motorik</p> <p>5555/5555</p> <p>5555/5555</p> <p>Reflex fisiologis : +/+</p> <p>Reflex patologis : -/-</p> <p>Meningeal sign : -/-</p> <p>Sensorik : rasa raba halus dan tajam terasa sama distal dan proksimal ekstremitas</p> <p>A : GBS</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracetamol 2x650mg</li> <li>• Sucralfat syr 3x1C</li> <li>• Inj Ketorolac 2 x 1</li> <li>• Inj Ranitidin 2 x 1</li> <li>• Inj Mecobalamin 1 x 1</li> <li>• Inj Ceftriaxon 2 x 1</li> <li>• Inj Methylprednisolon 4 x 125</li> <li>• Infus RL 20 tpm</li> </ul>
--	--



# DAFTAR PUSTAKA

1. Nasution, I. K. Sindroma Guillain-Barre.
2. Rahayu, T., 2013. MENGENAL GUILLAIN BARRE SYNDROME)(GBS). *Jurnal Ilmiah WUNY*, 15(1).
3. MEIDIANTI, A.R., 2017. *STUDI PENGGUNAAN ANTIBIOTIKA PADA PASIEN GUILLAIN-BARRE SYNDROME (GBS) DENGAN INFEKSI (Penelitian di RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang)* (Doctoral dissertation, University of Muhammadiyah Malang).
4. Evans, Olivia. 2021. Motor Neuron : Function, Types, and Structre. [https://www.simplypsychology.org/motor\\_neuron.html#:~:text=There%20are%20two%20types%20of,brain%20and%20the%20spinal%20cord](https://www.simplypsychology.org/motor_neuron.html#:~:text=There%20are%20two%20types%20of,brain%20and%20the%20spinal%20cord). Nguyen.P, Taylor, Roger. 2021.Guillaine Barre Syndrome.
5. Nguyen.P, Taylor, Roger. 2021.Guillaine Barre Syndrome.
6. Kemenker RI. 2011. Guillain Barre Sindrom. <https://www.kemkes.go.id/article/print/1628/guillain-barre-sindrom.html> 5. Asbury Ak, Comblath DR. 1990. Assessment of current diagnostic criteria for Guillan Barre Syndrome. *Ann Neurol*; 27:S21-4. Creange A. 2016.Guillain-Barre´ syndrome: 100 years on. *J Neurol*; 1712: 1-5
7. Creange A. 2016.Guillain-Barre´ syndrome: 100 years on. *J Neurol*; 1712: 1-5
8. Wijayanti S. Aspek klinis dan penatalaksanaan: guillain barre syndrome. 2016. 11. Alex Y, Bart C, Doorn V. Advances in management of Guillain–Barré syndrome. *Current opinion in neurology*. 2018; 31: 541-50.
9. Wahyu, F.F., 2018. Guillain-barre syndrome: Penyakit langka beronset akut yang mengancam nyawa. *Jurnal Medula*, 8(1), pp.112-116.
10. Japardi, I., 2002. Sindrom Guillain Barre. *Indonesia Fakultas Kedokteran. Bagian Bedah: Universitas Sumatera Utara*.



**THANK YOU**