

EDISI 6



Wong

Buku Ajar

Keperawatan Pediatrik

Donna L. Wong
Marilyn Hockenberry-Eaton
David Wilson
Marilyn L. Winkelstein
Patricia Schwartz



Volume 1

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

BUKU ASLI BERSTIKER HOLOGRAM 3 DIMENSI



EGC 1458

This is a translation of

WONG'S ESSENTIALS OF PEDIATRIC NURSING, 6th Ed.

Copyright © 2001 by Mosby, Inc. All rights reserved.

BUKU AJAR KEPERAWATAN PEDIATRIK WONG, Ed. 6, Vol. 1

Alih bahasa: Agus Sutarna, S.Kp, MNSc, Neti Juniarti, S.Kp, & dr. H.Y. Kuncara

Editor edisi bahasa Indonesia: Egi Komara Yudha, S.Kp. M.M., Devi Yulianti, S.Kp, Nike Budhi Subekti, S.Kp,
Ns. Esty Wahyuningsih, S.Kep, & Monica Ester, S.Kp

Hak cipta terjemahan Indonesia

© 2002 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 6530 6283

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: Yohanes Duta Kurnia Utama

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I: 2009

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Buku ajar keperawatan pediatrik Wong / Donna L. Wong ... [et al.]; alih bahasa, Agus Sutarna, Neti Juniarti, H.Y. Kuncara; editor edisi bahasa Indonesia, Egi Komara Yudha ... [et al.]. — Ed. 6 — Jakarta : EGC, 2008.

xxvii, 752 hlm. (+ I-1 s.d. I-33 [indeks], A1 s.d. A33 [apendiks]) (Vol. 1). ; 21 x 27 cm.

Judul asli: *Wong's essentials of pediatric nursing, 6th ed.*

ISBN 978-979-448-780-8 (no. vol. lengkap)

ISBN 978-979-448-781-5 (vol. I)

I. Perawat dan perawatan kesehatan anak. I. Wong, Donna L. II. Agus Sutarna.
III. Neti Juniarti. IV. H.Y. Kuncara. V. Egi Komara Yudha.

618.920 023 1

Indikasi akurat, reaksi merugikan, dan jadwal dosis untuk obat disajikan pada buku ini, tetapi hal ini dapat saja berubah. Pembaca disarankan mengacu data informasi dari pabrik tentang obat yang ditulis padaemasannya.

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



Mosby



Isi di luar tanggung jawab percetakan

Daftar Isi

UNIT SATU Anak, Keluarga, dan Perawat

1. Perspektif Keperawatan Pediatrik 1

KESEHATAN SELAMA MASA

KANAK-KANAK 2

"MASYARAKAT SEHAT TAHUN 2000
DAN 2010" 2

MORTALITAS 2

Mortalitas Bayi 2

Mortalitas Masa Kanak-Kanak 4

MORBIDITAS 9

MORBIDITAS MASA KANAK-KANAK 9

Morbiditas Baru 9

EVOLUSI PELAYANAN KESEHATAN

ANAK DI AMERIKA SERIKAT 10

KEPERAWATAN PEDIATRIK 12

FILOSOFI ASUHAN 12

Asuhan Berpusat-Keluarga 12

Asuhan Atraumatik 13

Penatalaksanaan Kasus 14

PERAN PERAWAT PEDIATRIK 14

Hubungan Terapeutik 14

Advokasi/Caring Keluarga 15

Pencegahan Penyakit/Promosi

Kesehatan 15

Penyuluhan Kesehatan 16

Dukungan/Konseling 16

Peran Restoratif 17

Koordinasi/Kolaborasi 17

Pengambilan Keputusan Etis 17

Riset 18

Rencana Pelayanan

Keperawatan 18

TREN MASA DEPAN 19

BERPIKIR KRITIS DAN PROSES

KEPERAWATAN ANAK DAN

KELUARGA 20

BERPIKIR KRITIS 20

PROSES KEPERAWATAN 20

Pengkajian 21

Diagnosis Keperawatan 21

Perencanaan 23

Implementasi 24

Evaluasi 24

Dokumentasi 24

2. Asuhan Keperawatan Anak dan Keluarga di Komunitas 28

DEFINISI KOMUNITAS 29

PROSES EPIDEMIOLOGIK 29

Mengukur Distribusi Penyakit,

Cedera, atau Kesakitan 29

Agens Penyebab 30

Tingkat Pencegahan 30

KONTINUM ASUHAN 30

PROSES KEPERAWATAN

KOMUNITAS 31

Pengkajian Kebutuhan

Komunitas 31

Perencanaan Komunitas 32

Implementasi Komunitas 32

Evaluasi Komunitas 32

3. Pengaruh Keluarga pada Peningkatan Kesehatan Anak 35

KONSEP UMUM 36

DEFINISI KELUARGA 36

TEORI KELUARGA 36

Teori Sistem Keluarga 36

Teori Stres Keluarga 38

Teori Perkembangan 38

INTERVENSI KEPERAWATAN

KELUARGA 39

STRUKTUR DAN FUNGSI

KELUARGA 40

STRUKTUR KELUARGA 40

Keluarga Inti Tradisional 40

Keluarga Inti 40

Keluarga Campuran 40

Keluarga Besar 41

Keluarga Orang Tua Tunggal 41

Keluarga Binuklear (Binuclear

Family) 41

Keluarga Poligami 42

Keluarga Komunal 42



Keluarga Homoseks (Gay/
Lesbian) 42

KEKUATAN DAN GAYA FUNGSI

KELUARGA 43

PERAN DAN HUBUNGAN

KELUARGA 43

PERAN ORANG TUA 43

MEMPELAJARI PERAN 44

Ukuran dan Bentuk Keluarga 45

Jarak Anak 45

Posisi Ordinal 47

Kelahiran Kembar 48

MENJADI ORANG TUA 49

MOTIVASI SELAMA MASA MENJADI

ORANG TUA 49

PERSIAPAN UNTUK MASA MENJADI

ORANG TUA 49

TRANSISI KE MASA MENJADI ORANG

TUA 49

Faktor Orang Tua yang Meme-

ngaruhi Transisi ke Masa

Menjadi Orang Tua 50

PERILAKU MENJADI ORANG TUA 51

Gaya Kontrol Orang Tua 51

PENETAPAN BATASAN DAN

DISIPLIN 52

Meminimalkan Perilaku yang

Salah 52

Pedoman Umum untuk

Mengimplementasikan

Disiplin 53

Jenis Disiplin 53



SITUASI MENJADI ORANG TUA KHUSUS 55

MENJADI ORANG TUA ANAK

ADOPSI 55

MENJADI ORANG TUA DAN PERCERAIAN 58

Dampak Perceraian pada Anak 59

Hak Asuh dan Kemitraan Orang Tua 60

MENJADI ORANG TUA TUNGGAL 61

Ayah Sebagai Orang Tua Tunggal 62

MENJADI ORANG TUA DALAM KELUARGA YANG DIBENTUK KEMBALI 62

MENJADI ORANG TUA DALAM KELUARGA PASANGAN-BEKERJA 62

Ibu Bekerja 62

FOSTER CARE (MENJADI ORANG TUA ANGKAT) 63

MENGAKOMODASI SITUASI MENJADI ORANG TUA SEMENTARA 63

4. Pengaruh Sosial, Budaya, dan Religi pada Peningkatan Kesehatan Anak 67

BUDAYA 68

PERAN SOSIAL 69

Rasa Bersalah dan Orientasi Rasa Malu 69

PENGARUH SUB-BUDAYA 70

Etnisitas 70

Kelas Sosial/Okupasional 70

Kemiskinan 72

Tunawisma 72

Keluarga Migran 73

Kemakmuran 73

Religi 73

Sekolah 73

Budaya Kelompok Sebaya 74

Dwi Budaya 75

ANAK DAN KELUARGA DI AMERIKA UTARA 75

Keanggotaan Kelompok-Minoritas 75

SYOK BUDAYA 76

PENGARUH BUDAYA/RELIGI PADA PELAYANAN KESEHATAN 77

KERENTANAN TERHADAP MASALAH KESEHATAN 77

Faktor Hereditas 77

Faktor Sosioekonomi 78

ADAT DAN TRADISI 79

Relativitas Budaya 80

Hubungan dengan Pemberi Perawatan Kesehatan 80

Kebiasaan Makan 82

KEYAKINAN DAN PRAKTIK KESEHATAN 83

Keyakinan Kesehatan 83

Praktik Kesehatan 84

Mitos yang Dikaitkan dengan

Pengaruh Pranatal 86

KEYAKINAN RELIGIUS 86

MAKNA BUDAYA DAN RELIGI BAGI PERAWAT 87

5. Pengaruh Tumbuh-Kembang pada Peningkatan Kesehatan Anak 108

TUMBUH-KEMBANG 109

DASAR-DASAR TUMBUH-KEMBANG 109

Tahap Perkembangan 109

Pola Tumbuh-Kembang 109

Perbedaan Individual 111

PERTUMBUHAN BIOLOGIS DAN PERKEMBANGAN FISIK 111

Proporsi Eksternal 111

Determinan Biologis dari

Pertumbuhan dan

Perkembangan 112

Pertumbuhan dan Pematangan Tulang

Rangka 112

Pematangan Neurologik 113

Jaringan Limfoid 114

Perkembangan Sistem

Organ 114

PERUBAHAN FISILOGIS 114

Metabolisme 114

Suhu 114

Tidur dan Istirahat 115

TEMPERAMEN 115

Makna Temperamen 116

PERKEMBANGAN KEPERIBADIAN DAN FUNGSI MENTAL 116

DASAR TEORETIK PERKEMBANGAN

KEPERIBADIAN 117

Perkembangan Psikoseksual

(Freud) 117

Perkembangan Psikososial

(Erikson) 117

DASAR TEORETIK PERKEMBANGAN MENTAL 118

Perkembangan Kognitif

(Piaget) 118

Perkembangan Bahasa 120

Perkembangan Moral

(Kohlberg) 120

Perkembangan Spiritual 120

PERKEMBANGAN KONSEP DIRI 121

Citra Tubuh 121

Harga Diri 122

PERAN BERMAIN DALAM PERKEMBANGAN 122

KLASIFIKASI PERMAINAN 122

ISI PERMAINAN 122

KARAKTER SOSIAL PERMAINAN 124

FUNGSI BERMAIN 125

Perkembangan Sensorimotor 125

Perkembangan Intelektual 125

Sosialisasi 125

Kreativitas 125

Kesadaran Diri 126

Manfaat Terapeutik 126

Nilai Moral 126

MAINAN 126

Keamanan Mainan 126

BEBERAPA FAKTOR YANG MEMENGARUHI PERKEMBANGAN 127

KETURUNAN 127

FAKTOR NEUROENDOKRIN 127

NUTRISI 127

HUBUNGAN INTERPERSONAL 127

TINGKAT SOSIOEKONOMI 129

PENYAKIT 129

BAHAYA LINGKUNGAN 130

STRES PADA MASA KANAK-KANAK 130

Koping 130

PENGARUH MEDIA MASA 131

Materi Bacaan 131

Film 132

Televisi 132

Komputer/Internet 134

UNIT DUA Pengkajian Anak dan Keluarga



6. Komunikasi dan Pengkajian Kesehatan Anak dan Keluarga 137

KOMUNIKASI 138

KOMUNIKASI VERBAL—KEKUATAN KATA 138

Bahasa Penghindaran 138
Bahasa Pengalihan 138

KOMUNIKASI NONVERBAL—PARA-LANGUAGE 138

Perilaku Responsif dan Tidak Responsif 139

PEDOMAN UNTUK KOMUNIKASI DAN WAWANCARA 139

MENETAPKAN SUATU RUANG LINGKUP UNTUK KOMUNIKASI 139

Perkenalan yang Tepat 139
Peran Klarifikasi dan Penjelasan pada Wawancara 139
Pendekatan Awal 139

Menjamin Privasi dan Kerahasiaan 140

PRIVASI KOMPUTER DAN APLIKASI DALAM KEPERAWATAN 141

TRIASE TELEPON DAN KONSELING 141

KOMUNIKASI DENGAN KELUARGA 141

KOMUNIKASI DENGAN ORANG TUA 141

Mendorong Orang Tua untuk Berbicara 142
Mengarahkan Fokus 142
Mendengarkan dan Kesadaran Budaya 143
Menggunakan Teknik Diam 143
Bersikap Empati 144
Mendefinisikan Masalah 144

Menyelesaikan Masalah 145
Memberikan Pedoman Antisipasi 145

Menghindari Hambatan Komunikasi 145

Berkomunikasi dengan Keluarga Melalui Penerjemah 146

BERKOMUNIKASI DENGAN ANAK 146

Komunikasi yang Berhubungan dengan Perkembangan Proses Pikir 147

TEKNIK KOMUNIKASI 150
Permainan 153

PENGKAJIAN RIWAYAT 154

MELAKUKAN PENGKAJIAN RIWAYAT KESFATAN 154

Mengidentifikasi Informasi 154
Keluhan Utama 154
Riwayat Penyakit Sekarang 154
Riwayat Kesehatan Dahulu 155
Tinjauan Sistem 157
Riwayat Pengobatan Keluarga 158

Riwayat Psikososial 158
Riwayat Seksual 159

PENGKAJIAN KELUARGA 160

PENGKAJIAN STRUKTUR KELUARGA 161

PENGKAJIAN FUNGSI KELUARGA 161

PENGKAJIAN NUTRISI 165

Asupan Diet 165

PEMERIKSAAN KLINIS 166

EVALUASI PENGKAJIAN NUTRISI 166

7. Pengkajian Fisik dan Perkembangan Anak 174

PENDEKATAN UMUM DALAM MEMERIKSA ANAK 175

URUTAN PEMERIKSAAN 175

PERSIAPAN ANAK 175

PEMERIKSAAN FISIK 175

PENGUKURAN PERTUMBUHAN 176

Panjang 180
Tinggi 181
Berat Badan 182
Ketebalan Lipatan Kulit dan Lingkar Lengan 182
Lingkar Kepala 182

PENGUKURAN FISILOGIS 183

Suhu 186
Nadi 187

Pernapasan 187
Tekanan Darah (TD) 187

PENAMPILAN UMUM 190

KULIT 191

Struktur Asesorius 191

KELENJAR LIMFE 192

KEPALA DAN LEHER 193

MATA 194

Inspeksi Struktur Eksterna 194

Inspeksi Struktur Interna 195

Uji Penglihatan 196

TELINGA 200

Inspeksi Struktur Eksterna 200

Inspeksi Struktur Interna 200

Uji pendengaran 203

HIDUNG 203

Inspeksi Struktur Eksterna 203

Inspeksi Struktur Interna 205

MULUT DAN TENGGOROKAN 206

Inspeksi Struktur Interna 206

DADA 206

PARU 209

Auskultasi 210

JANTUNG 211

Auskultasi 211

ABDOMEN 212

Inspeksi 212

Auskultasi 213

Palpasi 213

GENITALIA 214

Genitalia Pria 214

Genitalia Perempuan 215

ANUS 216

PUNGGUNG DAN EKSTREMITAS 216

Spina 216

Ekstremitas 217

Sendi 218

Otot 218

PENGKAJIAN DAN NEUROLOGIS 219

Fungsi Serebelar 219

Refleks 221

Saraf Kranial 221

PENGKAJIAN

PERKEMBANGAN 221

DENVER II 221

KUESIONER PERKEMBANGAN

PRASKRINING DENVER II (DENVER II PRESCREENING DEVELOPMENTAL QUESTIONNAIRE (PDO-II)) 223

SKRINING PERKEMBANGAN DAN INTERPRETASI 223

UNIT TIGA Bayi Baru Lahir

8. Peningkatan Kesehatan
Bayi Baru Lahir dan
Keluarga 227

PENYESUAIAN TERHADAP KEHI- DUPAN EKSTRAUTERIN 228

- PENYESUAIAN SEGERA 228
Sistem Respirasi 228
Sistem Sirkulasi 228
STATUS FISILOGI SISTEM LAIN 228
Termoregulasi 228
Sistem Hemopoetika 229
Keseimbangan Cairan dan
Elektrolit 229
Sistem Gastrointestinal 229
Sistem Ginjal 229
Sistem Kulit 230
Sistem Muskuloskeletal 230
Pertahanan Terhadap Infeksi 230
Sistem Endokrin 231
Sistem Neurologis 231
Fungsi Sensoris 231

ASUHAN KEPERAWATAN BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGANYA 232

- PENGKAJIAN 232
Pengkajian Awal: Skoring APGAR 232
Pengkajian Klinis Usia Gestasional 232
Pengkajian Transisional: Periode Reaktivitas 245
Pengkajian Tingkah Laku 245
Pengkajian Tingkah Laku Kelekatan 247
Pengkajian Fisik 252
Diagnosis Keperawatan 252
Perencanaan 252
Implementasi 252
Mempertahankan Patensi Jalan Napas 252
Mempertahankan Kestabilan Suhu Tubuh 253
Perlindungan dari Infeksi dan Cedera 253
Berikan Nutrisi Optimal 260
Peningkatan Hubungan Kelekatan (*Bonding Attachment*) Orang Tua-Bayi 266
Persiapan Pemulangan dan Asuhan di Rumah 269
Evaluasi 274

9. Masalah Kesehatan Bayi
Baru Lahir 279

CEDERA KELAHIRAN 280

- CEDERA JARINGAN LUNAK 280
TRAUMA KEPALA 280
Kaput Suksedaneum 280
Sefalhematoma 280
Perdarahan Subgaleal 280
FRAKTUR 281
PARALISIS 282
Paralisis Fasial 282
Paralisis Brakial 282
Paralisis Nervus Frenikus 282

MASALAH UMUM PADA BAYI BARU LAHIR 284

- ERITEMA TOKSIKUM NEONATORUM 284
KANDIDIASIS 284
Kandidiasis Oral 284
TANDA LAHIR 285

ASUHAN KEPERAWATAN BAYI BARU LAHIR RISIKO TINGGI DAN KELUARGA 286

- IDENTIFIKASI BAYI BARU LAHIR RISIKO TINGGI 286
Klasifikasi Bayi Baru Lahir Risiko Tinggi 286
PENGKAJIAN 287
Pengkajian Sistematis 287
Pemantauan Data Fisiologis 287
DIAGNOSIS KEPERAWATAN 289
PERENCANAAN 290
IMPLEMENTASI 290
Dukungan Respirasi 290
Termoregulasi 290
Perlindungan Terhadap Infeksi 292
Hidrasi 293
Nutrisi 294
Penolakan Pemberian Makan 297
Konservasi Energi 297
Perawatan Kulit 298
Pemberian Obat 298
Stres Bayi 298
Intervensi dan Asuhan Perkembangan 299
Nyeri Neonatus 302
Dukungan dan Keterlibatan Keluarga 307
Memfasilitasi Hubungan Orang Tua-Bayi 308
Perencanaan Pemulangan dan Asuhan di Rumah 312



- Kematian Neonatus 312
EVALUASI 318
**Rencana Asuhan Keperawatan:
Bayi Risiko Tinggi 314**
**RISIKO TINGGI YANG BERHUBUNGAN
DENGAN DISMATURITAS 319**
BAYI PRETERM 319
BAYI POSTMATUR 321
**RISIKO TINGGI YANG BERHU-
BUNGAN DENGAN FAKTOR
FISILOGIS 322**
HIPERBILIRUBINEMIA 322
PENYAKIT HEMOLITIK BAYI BARU
LAHIR 329
KOMPLIKASI METABOLIK 332
SINDROM GAWAT PERNAPASAN 332
KOMPLIKASI PERNAPASAN 338
KOMPLIKASI KARDIOVASKULAR 338
KOMPLIKASI SEREBRAL 339
KEJANG NEONATAL 339
**RISIKO TINGGI YANG BERHU-
BUNGAN DENGAN PROSES
INFEKSI 344**
SEPSIS 344
NECROTIZING ENTEROCOLITIS, NEC 346
**RISIKO TINGGI YANG BERKAITAN
DENGAN KONDISI MATERNAL
347**
BAYI DARI IBU DIABETES 347
BAYI TERPAJAN OBAT 348
INFEKSI MATERNAL 353
ABNORMALITAS BAWAAN 354
ABNORMALITAS KROMOSOM 354
DEFEK YANG DIAKIBATKAN OLEH
AGENS KIMIA 355
**KESALAHAN METABOLISME SEJAK
LAHIR 355**

HIPOTIROIDISME BAWAAN	355
FENILKETONURIA (PKU)	358
GALAKTOSEMIA	361

EVALUASI DAN KONSELING	
GENETIK	361
ASPEK FISILOGIS PENYAKIT GENETIK	363

UNIT EMPAT Masa Bayi



10. Peningkatan Kesehatan	
Bayi dan Keluarga	371

MENINGKATKAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN OPTIMAL 372

PERKEMBANGAN BIOLOGIS	372
Perubahan Proporsional	372
Maturasi Sistem	372
Perkembangan Motorik Halus	373
Perkembangan Motorik Kasar	374
PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL	378
Pengembangan Rasa Percaya (Erikson)	378
PERKEMBANGAN KOGNITIF	378
Fase Sensorimotor (Piaget)	378
PERKEMBANGAN CITRA TUBUH	380
PERKEMBANGAN SOSIAL	380
Kelekatan	380
Perkembangan Bahasa	381
Bermain	382
TEMPERAMEN	384

Praktik Pengasuhan Anak	
Berhubungan dengan	
Temperamen	385
KOPING TERHADAP KEPRIHATINAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN NORMAL	385
Alternatif Pengaturan Asuhan Anak	386
Penetapan Batas dan Disiplin	387
Mengisap Jempol dan Penggunaan Dot	387
Pertumbuhan Gigi	395
Sepatu Bayi	396

PENINGKATAN KESEHATAN OPTIMAL SELAMA MASA BAYI 396

NUTRISI	396
6 Bulan Pertama	396
6 Bulan Kedua	398
Pemilihan dan Persiapan Makanan Padat	398
Memperkenalkan Makanan Padat	399
Menyapih	401
TIDUR DAN AKTIVITAS	401
Masalah Tidur	402
KESEHATAN GIGI	402
IMUNISASI	404
Jadwal Imunisasi	404
Rekomendasi untuk Imunisasi Rutin	404
Rekomendasi untuk Imunisasi Pilihan	410
Reaksi	410
Kontraindikasi/Kewaspadaan	410
Pemberian	411
PENCEGAHAN CEDERA	415
Aspirasi Benda Asing	415
Sufokasi	419
Cedera Kendaraan Bermotor	420

Jatuh	421
Keracunan	422
Luka Bakar	423
Tenggelam	424
Kerusakan Tubuh	424
Peran Perawat dalam Pencegahan Cedera	424
PANDUAN ANTISIPASI-ASUHAN KELUARGA	425

11. Masalah Kesehatan Bayi 432

GANGGUAN NUTRISI 433

GANGGUAN VITAMIN	433
GANGGUAN MINERAL	433
DIET VEGETARIAN	442
MALNUTRISI PROTEIN DAN ENERGI (MPE)	444
Kwashiorkor	444
Marasmus	445
Penatalaksanaan Terapeutik	445
Pertimbangan Keperawatan	445
SENSITIVITAS MAKANAN	445
Alergi Susu Sapi	446
Intoleransi Laktosa	448

KESULITAN PEMBERIAN MAKAN 448

REGURGITASI DAN "MEMUNTahkan"	448
NYERI ABDOMEN PAROKSISMAL (KOLIK)	449
GAGAL TUMBUH	449

GANGGUAN DENGAN ETIOLOGI TIDAK DIKETAHUI 454

SINDROM KEMATIAN BAYI MENDADAK (SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME, SIDS)	454
APNEA PADA MASA BAYI	456
AUTISME	458

UNIT LIMA Masa Kanak-Kanak Awal



12. Peningkatan Kesehatan Todler dan Keluarga 463

MENINGKATKAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN OPTIMAL 464

- PERKEMBANGAN BIOLOGIS 464
 - Perubahan Proporsional 464
 - Perubahan Sensoris 464
 - Maturasi Sistem 464
 - Perkembangan Motorik Kasar dan Halus 465
- PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL 465
 - Perkembangan Rasa Autonomi (Erikson) 465
- PERKEMBANGAN KOGNITIF 466
 - Fase Sensorimotor dan Prakonseptual (Piaget) 466
- PERKEMBANGAN SPIRITUAL 467
- PERKEMBANGAN CITRA TUBUH 468
- PERKEMBANGAN SEKSUALITAS 468
- PERKEMBANGAN SOSIAL 468
 - Bahasa 470
 - Perilaku Personal-Sosial 470
 - Bermain 470
- KOPING TERHADAP KEKHAWATIRAN MENGENAI PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN NORMAL 471
 - Toilet Training 471
 - Persaingan Sibling 474
 - Temper Tantrum 475
 - Negativisme 476
 - Regresi 476

MENINGKATKAN KESEHATAN OPTIMAL SELAMA MASA TODLER 477

- NUTRISI 477
 - Konseling Nutrisi 477
- TIDUR DAN AKTIVITAS 478
- KESEHATAN GIGI 478

- Pemeriksaan Gigi Teratur 478
- Pembersihan Plak 478
- Fluorida 480
- Diet Rendah-Kariogen 480
- PENCEGAHAN CEDERA 481
 - Cedera Kendaraan Bermotor 481
 - Tenggelm 485
 - Luka Bakar 486
 - Keracunan 487
 - Jatuh 488
 - Aspirasi dan Sufokasi 488
 - Kerusakan Tubuh 489
- PANDUAN ANTISIPASI-ASUHAN KELUARGA 490

13. Peningkatan Kesehatan Anak Prasekolah dan Keluarga 492

PENINGKATAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN OPTIMAL 493

- PERKEMBANGAN BIOLOGIS 493
 - Perilaku Motorik Kasar dan Halus 493
- PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL 493
 - Pengembangan Rasa Inisiatif (Erikson) 493
- PERKEMBANGAN KOGNITIF 494
 - Fase Praoperasional (Piaget) 494
- PERKEMBANGAN MORAL 495
 - Tingkat Prakonseptual atau Pramoral (Kohlberg) 495
- PERKEMBANGAN SPIRITUAL 495
- PERKEMBANGAN CITRA TUBUH 495
- PERKEMBANGAN SEKSUALITAS 495
- PERKEMBANGAN SOSIAL 496
 - Bahasa 496
 - Perilaku Personal-Sosial 496
 - Bermain 496
- KOPING TERHADAP KEKHAWATIRAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN NORMAL 497
 - Pengalaman Prasekolah dan Taman Kanak-Kanak 497
 - Pendidikan Seks 502
 - Ketakutan 503
 - Stres 503
 - Agresi 504
 - Masalah Bicara 504

PENINGKATAN KESEHATAN OPTIMAL SELAMA MASA PRASEKOLAH 505

- NUTRISI 505
- TIDUR DAN AKTIVITAS 505
 - Masalah Tidur 506
- KESEHATAN GIGI 506
- PENCEGAHAN CEDERA 506
- PANDUAN ANTISIPASI-ASUHAN KELUARGA 507

14. Masalah Kesehatan Todler dan Anak Prasekolah 510

GANGGUAN INFEKSI 511

- PENYAKIT MENULAR 511
- KONJUNGTIVITIS 523
- STOMATITIS 523

Rencana Asuhan Keperawatan:

Anak yang Menderita Penyakit Menular 524

PENYAKIT PARASIT INTESTINAL 526

- PERTIMBANGAN UMUM KEPERAWATAN 526
- GIARDIASIS 527
- ENTEROBIASIS (CACING KREMI) 529

MENELAN AGENS PENCEDERA 530

- PRINSIP PENANGANAN KEDARURATAN 532
 - Pengkajian 533
 - Dekontaminasi Lambung 533
 - Pencegahan Kekambuhan 535
- KERACUNAN LOGAM BERAT 535
- KERACUNAN TIMBAL 536
 - Penyebab Keracunan Timbal 536
 - Patofisiologi dan Manifestasi Klinis 536

PERLAKUAN SALAH PADA ANAK 541

- PENGABAIAAN ANAK 541
 - Tipe Pengabaian 541
- PENGANIAYAAN FISIK 541
 - Munchausen Syndrome by Proxy (MSP) 541

Faktor yang Mempredisposisi Penganiayaan Fisik 542

PENGANIAYAAN SEKSUAL 543

- Karakteristik Penganiaya dan Korban 543

Permulaan dan Keberlangsungan Penganiayaan Seksual 544

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK YANG MENDAPAT PERLAKUAN SALAH 544

Rencana Asuhan Keperawatan:

Anak yang Mendapatkan Perlakuan Salah 552

UNIT ENAM Masa Kanak-Kanak Pertengahan dan Remaja



15. Peningkatan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Keluarga 558

MENINGKATKAN TUMBUH-KEMBANG OPTIMAL 559

- PERKEMBANGAN BIOLOGIS 559
 - Perubahan Proporsional 559
 - Kematangan Sistem 560
 - Prapubertas 560
- PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL 560
 - Pengembangan Rasa Industri (Erikson) 561
- PERKEMBANGAN KOGNITIF (PIAGET) 561
- PERKEMBANGAN MORAL (KOHLBERG) 563
- PERKEMBANGAN SPIRITUAL 563
- PERKEMBANGAN SOSIAL 564
 - Hubungan Sosial dan Kerja sama 564
 - Hubungan dengan Keluarga 565
 - Bermain 566
- PENGEMBANGAN KONSEP DIRI 567
 - Pengembangan Citra Tubuh 567
- MENGATASI KEKHAWATIRAN YANG TERKAIT DENGAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN NORMAL 567
 - Pengalaman Sekolah 567
 - Latchkey Children 571
 - Peraturan dan Disiplin 572
 - Perilaku Tidak Jujur 572
 - Stres dan Rasa Takut 573

PENINGKATAN KESEHATAN YANG OPTIMAL SELAMA MASA SEKOLAH 573

- NUTRISI 573
- TIDUR DAN ISTIRAHAT 574
- LATIHAN FISIK DAN AKTIVITAS 574
 - Olah raga 575
 - Penguasaan Keterampilan 575
- KESEHATAN GIGI 575
 - Masalah Gigi 576
- PENDIDIKAN SEKS 577
 - Peran Perawat dalam Pendidikan Seks 577
- KESEHATAN SEKOLAH 578
- PENCEGAHAN CEDERA 578
- PANDUAN ANTISIPASI—ASUHAN KELUARGA 580

16. Peningkatan Kesehatan Remaja dan Keluarga 584

PENINGKATAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN YANG OPTIMAL 585

- PERKEMBANGAN BIOLOGIS 585
 - Perubahan Hormonal saat Pubertas 585
 - Kematangan Seksual 586
 - Pertumbuhan Fisik 588
 - Perubahan Fisiologis 590
- PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL 590
 - Pengembangan Identitas Diri (Erikson) 590
- PERKEMBANGAN KOGNITIF (PIAGET) 591
- PERKEMBANGAN MORAL (KOHLBERG) 592
- PERKEMBANGAN SPIRITUAL 592
- PERKEMBANGAN SOSIAL 592
 - Hubungan dengan Orang Tua 593
 - Hubungan dengan Teman Sebaya 594
 - Hubungan Heteroseksual 595
 - Homoseksualitas pada Remaja 595
 - Minat dan Aktivitas 596
- PERKEMBANGAN KONSEP DIRI DAN CITRA TUBUH 596
 - Respons Terhadap Pubertas 597

PENINGKATAN KESEHATAN OPTIMAL SELAMA MASA REMAJA 599

- IMUNISASI 599
- NUTRISI 600
 - Kebiasaan dan Perilaku Makan 601
- TIDUR DAN ISTIRAHAT 602

- OLAH RAGA DAN AKTIVITAS 602
- KESEHATAN GIGI 602
- PERAWATAN PRIBADI 602
 - Penglihatan 603
 - Pendengaran 603
 - Postur Tubuh 603
 - Tindakan pada Tubuh 603
 - Berjemur 603
- REDUKSI STRES 604
- PENDIDIKAN DAN PANDUAN SEKSUALITAS 604
- PENCEGAHAN CEDERA 605
 - Cedera Kendaraan Bermotor 605
 - Senjata Api 606
 - Cedera Akibat Olah Raga 606
- PANDUAN ANTISIPASI-PERAWATAN KELUARGA 608

17. Masalah Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja 611

MASALAH KESEHATAN UMUM 612

- INFEKSI MONONUKLEOSIS 612
- MEROKOK 613
 - Tembakau Tanpa asap 613

MASALAH KESEHATAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEIKUTSERTAAN DALAM OLAH RAGA 615

- SINDROM OVERUSE 615
 - Fraktur Akibat Penekanan 615
- PERAN PERAWAT DALAM OLAH RAGA UNTUK ANAK-ANAK DAN REMAJA 616

PERUBAHAN PERTUMBUHAN DAN KEMATANGAN 616

- POSTUR TUBUH TINGGI ATAU PENDEK 617
 - Postur Tinggi 617
 - Postur Pendek 617

ABNORMALITAS KROMOSOM SEKS 617

- Sindrom Turner 618
- Sindrom Klinefelter 619

GANGGUAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN SISTEM REPRODUKSI 619

- AMENORE 619
- DISMENORE 620
- VAGINITIS 620
- GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI PRIA 620
- GINEKOMASTIA 621

MASALAH KESEHATAN TERKAIT SEKSUALITAS 622

- KEHAMILAN REMAJA 622
 KONTRASEPSI 622
 PENYAKIT MENULAR SEKSUAL (PMS) 623
 PENYAKIT RADANG PANGGUL (PID, *Pelvic Inflammatory Disease*) 627
 PEMERKOSAAN 627
 Sindrom Trauma Pemerkosaan 628

GANGGUAN MAKAN 629

- OBESTITAS 630
 ANOREKSIA NERVOSA (AN) 633
 BULIMIA 634

GANGGUAN KOMPONEN PERILAKU 635

- GANGGUAN HIPERAKTIVITAS DEFISIT PERHATIAN (ADHD, *ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER*) DAN KETIDAKMAMPUAN BELAJAR 635
 ENURESIS 638
 ENKOPRESIS 639
 GANGGUAN STRES PASCATRAUMA (PTSD, *POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER*) 639
 FOBIA SEKOLAH 640
 NYERI ABDOMEN KAMBUHAN (RAP, *RECURRENT ABDOMINAL PAIN*) 641
 REAKSI KONVERSI 641
 DEPRESI MASA KANAK-KANAK 642
 SKIZOFRENIA MASA KANAK-KANAK 642

MASALAH-MASALAH KESEHATAN SERIUS PADA MASA KANAK-KANAK AKHIR DAN REMAJA 643

- PENYALAHGUNAAN ZAT 643
 Motivasi 643
 Jenis-Jenis Penyalahgunaan Obat 643
 BUNUH DIRI 646
 Metode 647
 Motivasi 647

UNIT TUJUH Anak dan Keluarga dengan Kebutuhan Khusus

- 18. Dampak Penyakit Kronis, Ketidakmampuan, atau Kematian pada Anak dan Keluarga 653**

PERSPEKTIF PERAWATAN ANAK YANG MEMILIKI KEBUTUHAN KHUSUS 654

- LINGKUP PERMASALAHAN 654
 TREN DALAM PERAWATAN 654
 Fokus Perkembangan 654
 Asuhan Berpusat—Keluarga 654
 Normalisasi 655
Managed Care 657

KELUARGA ANAK YANG MEMILIKI KEBUTUHAN KHUSUS 657

- DAMPAK PENYAKIT KRONIS ATAU KETIDAKMAMPUAN ANAK 657
 Orang Tua 657
 Sibling 659
 Anggota Keluarga Besar dan Masyarakat 660
 MENGATASI STRES YANG TERUS-MENERUS DAN KRISIS YANG PERIODIK 661
 Stres yang Berulang dalam Keluarga 661
 Mekanisme Koping 661
 Pemberdayaan Orang Tua 662
 MEMBANTU ANGGOTA KELUARGA DALAM MENGATASI PERASAAN MEREKA 662
 Syok dan Pengingkaran 662
 Penyesuaian 663
 Reintegrasi dan Pengakuan 664

MENETAPKAN SISTEM PENDUKUNG 664**ANAK YANG MEMILIKI KEBUTUHAN KHUSUS 665**

- DAMPAK PENYAKIT KRONIS ATAU KETIDAKMAMPUAN PADA ANAK 665
 Aspek Perkembangan 665
 Mekanisme Koping 668
 Respons Terhadap Perilaku Orang Tua 668
 Jenis Penyakit atau Ketidakmampuan 669

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DAN ANAK YANG MEMILIKI KEBUTUHAN KHUSUS 669

- Pengkajian 669
 Diagnosis Keperawatan 670
 Perencanaan 670
 Implementasi 670
 Memberikan Dukungan pada Waktu Diagnosis 670
 Menerima Reaksi Emosional Keluarga 672
 Mendukung Metode Koping Keluarga 674
 Memberi Pendidikan Mengenai Gangguan dan Perawatan Kesehatan Umum 677
 Meningkatkan Perkembangan Normal 679
 Menetapkan Tujuan Masa Depan yang Realistis 683

PERSPEKTIF PERAWATAN ANAK DI AKHIR KEHIDUPAN 684

- PRINSIP PERAWATAN PALIATIF 685
 PENGAMBILAN KEPUTUSAN DI AKHIR KEHIDUPAN 685
 Pertimbangan Etis pada Pengambilan Keputusan di Akhir-kehidupan 685
 Pengambilan Keputusan oleh Dokter/Tim Perawatan Kesehatan 685
 Pengambilan Keputusan oleh Orang Tua 686
 Anak yang Menjelang Ajal 686
 Pilihan Terapi untuk Anak yang Menderita Penyakit Terminal 689

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DAN KELUARGA PADA AKHIR KEHIDUPAN 690

- TAKUT AKAN NYERI DAN PENDERITAAN 690

Penatalaksanaan Nyeri/Gejala 690
Rencana Asuhan Keperawatan:
Anak yang Menderita Penyakit
Terminal atau Menjelang Ajal
691

Kebutuhan Orang Tua dan Sibling
 Terhadap Pendidikan dan
 Dukungan 693

TAKUT ANAK AKAN MENJELANG AJAL
SENDIRIAN ATAU TAKUT TIDAK
ADA PADA SAAT ANAK
MENINGGAL 694

TAKUT AKAN KEMATIAN YANG
SEBENARNYA 694

Meninggal di Rumah 694

Meninggal di Rumah Sakit 695

DONASI/AUTOPSI ORGAN ATAU
JARINGAN 696

BERDUKA DAN BERKABUNG 696

REAKSI PERAWAT DALAM PERAWATAN
ANAK YANG MENJELANG AJAL
698

19. Dampak Gangguan Kogni-
tif atau Sensorik pada
Anak dan Keluarga 703

GANGGUAN KOGNITIF 704

KONSEP UMUM 704

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK YANG
MENGALAMI GANGGUAN
KOGNITIF 706

SINDROM DOWN 711

Rencana Asuhan Keperawatan:

Anak Reterdasi Mental 712

SINDROM FRAGILE X 716

GANGGUAN SENSORIK 717

GANGGUAN PENDENGARAN 717

GANGGUAN PENGLIHATAN 726

Rencana Asuhan Keperawatan:

Anak yang Mengalami Gang-
guan Pendengaran 728

ANAK BUTA-TULI 734

RETINOBLASTOMA 734

20. Asuhan Keperawatan di
Rumah Berfokus pada Ke-
luarga 739

KONSEP UMUM PERAWATAN DI
RUMAH 740

DEFINISI 740

PENDORONG UNTUK PERAWATAN DI
 RUMAH 740

EFEKTIVITAS PERAWATAN DI RUMAH
 740

PERENCANAAN PULANG DAN

PEMILIHAN LEMBAGA

PERAWATAN DI RUMAH 741

PENATALAKSANAAN KASUS 741

PERAN PERAWAT, PELATIHAN, DAN
 STANDAR ASUHAN 742

PERAWATAN DI RUMAH BERPUSAT
PADA KELUARGA 743

MENGHARGAI PERBEDAAN 743

KOLABORASI ANTARA PROFESIONAL-
 ORANG TUA 745

PROSES KEPERAWATAN 747

PENINGKATAN PERKEMBANGAN,
 PERAWATAN DIRI, DAN PENDI-
 DIKAN YANG OPTIMAL 748

MASALAH KEAMANAN DI RUMAH
 750

DUKUNGAN KELUARGA UNTUK
 KELUARGA 750

APENDIKS

A Pengkajian Keluarga A1

B Pola Pewarisan A3

C Pengkajian Perkembangan/
 Sensori A6

D Ukuran Pertumbuhan A12

E Hasil Nilai Laboratorium
 Umum A17

F Anjuran Angka Kecukupan
 Gizi Harian A28

G Kesepakatan Diagnosis
 Keperawatan NANDA 1999-
 2000 A32

H Penerjemahan Skala Penilaian
 Nyeri Wajah A33



1

Perspektif Keperawatan Pediatrik

www.mosby.com/MERLIN/Wong/Essentials/

ASARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, pembaca mampu:

- Mendefinisikan istilah mortalitas dan morbiditas.
- Mengidentifikasi dua cara pengetahuan tentang mortalitas dan morbiditas yang dapat meningkatkan kesehatan anak.
- Menyebutkan tiga penyebab utama kematian selama masa bayi, masa kanak-kanak awal, masa kanak-kanak akhir, dan masa remaja.
- Menyebutkan dua penyebab utama penyakit selama masa kanak-kanak.
- Menyebutkan empat kejadian yang bermakna dalam evolusi asuhan kesehatan anak di Amerika Serikat.
- Menguraikan lima fungsi utama perawat pediatrik dalam meningkatkan kesehatan anak.
- Mendefinisikan berpikir kritis.
- Menyebutkan lima langkah proses keperawatan.
- Mendefinisikan diagnosis keperawatan.
- Membedakan antara tiga domain praktik keperawatan: dependen, independen, dan interdependen.
- Membedakan rencana asuhan standar dengan rencana asuhan individual.

KESEHATAN SELAMA MASA KANAK-KANAK

Kesehatan merupakan fenomena yang kompleks. Seperti yang didefinisikan oleh **Organisasi Kesehatan Dunia (WHO)**, kesehatan adalah "suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang komplet dan bukan semata-mata terbebas dari penyakit". Selain definisi luas ini, kesehatan secara tradisional dinilai dengan memerhatikan **mortalitas** (kematian) dan **morbiditas** (kesakitan) selama periode tertentu. Oleh karena itu, keseimbangan antara kesejahteraan fisik, mental, dan sosial serta *keberadaan* penyakit menjadi indikator utama kesehatan.

Informasi mengenai mortalitas dan morbiditas penting bagi perawat. Data tersebut memberikan informasi signifikan tentang (1) penyebab kematian dan kesakitan, (2) kelompok usia berisiko tinggi terhadap gangguan atau bahaya tertentu, (3) kemajuan pengobatan dan pencegahan, dan (4) area tertentu dalam konseling kesehatan.

"MASYARAKAT SEHAT TAHUN 2000 dan 2010"

Meskipun kesehatan masyarakat, termasuk anak, di Amerika Serikat telah membaik secara dramatis selama abad ke duapuluh, namun masih ada penyebab kekhawatiran. Masyarakat semakin menyadari bahwa banyak masalah domestik serius, seperti AIDS, penyalahgunaan obat, perilaku kekerasan, dan kehamilan yang tidak dikehendaki, mempunyai dampak langsung pada kesehatan nasional. Solusi untuk masalah ini tidak bergantung pada pengobatan medis yang lebih baik atau lebih inovatif, tetapi pada *pencegahan*.

Pada tahun 1990 **Masyarakat Sehat 2000** (1991) menetapkan tiga tujuan utama untuk kesehatan masyarakat pada tahun 1990-an: (1) meningkatkan rentang hidup sehat untuk orang Amerika, (2) menurunkan kesenjangan kesehatan di antara orang Amerika, dan (3) mendapatkan akses untuk pelayanan pencegahan bagi semua orang Amerika.

Masyarakat Sehat 2000 mencakup beberapa tujuan berikut untuk pediatrik: meningkatkan nutrisi dan kesehatan bayi, mengurangi cedera yang tidak disengaja, meningkatkan kesehatan oral, mengurangi dan mengontrol infeksi HIV, mencegah penyakit menular seksual, dan meningkatkan pelayanan pencegahan klinis dengan mengurangi hambatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Masyarakat Sehat 2010 ditetapkan berdasarkan inisiatif untuk melanjutkan Masyarakat Sehat 2000. Tujuan dan sasaran untuk Masyarakat Sehat 2010 saat ini dikembangkan melalui suatu proses konsultasi luas yang dicirikan

oleh kolaborasi dan partisipasi masyarakat. Dokumen Masyarakat Sehat 2010 disebarkan ke masyarakat pada Januari 2000 (Healthy People 2010, 1999). Dua tujuan yang saling tumpang tindih telah diajukan untuk Masyarakat Sehat 2010: (1) meningkatkan usia hidup sehat, dan (2) menghilangkan kesenjangan kesehatan. Dua tujuan ini akan didukung oleh empat tujuan yang berkaitan dengan meningkatkan perilaku sehat, perlindungan kesehatan, menjamin akses ke pelayanan kesehatan berkualitas, dan menekankan pencegahan di komunitas. Bidang fokus baru telah ditambahkan dalam respons terhadap perubahan perawatan kesehatan dan kesehatan masyarakat selama 10 tahun terakhir. Bidang ini mencakup kecacatan dan ketidakmampuan, masyarakat berpendapatan rendah, ras dan etnisitas, penyakit kronis, dan infrastruktur kesehatan masyarakat (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1997).

MORTALITAS

Gambaran tingkat kejadian untuk peristiwa seperti kematian pada anak sering disebut sebagai **statistik vital**. **Statistik mortalitas** menggambarkan insiden atau jumlah individu yang meninggal selama periode waktu tertentu. Ini biasanya disajikan sebagai angka per 100.000 karena frekuensi kejadiannya yang rendah. Angka mortalitas dihitung dari sampel sertifikat kematian.

Beberapa perubahan penting telah terjadi dalam laporan statistik kesehatan selama 10 tahun terakhir. Gambaran kelahiran dan kematian didasarkan pada status tempat tinggal seseorang, bukan pada status tempat kejadian tersebut terjadi. Tabulasi ras untuk kelahiran hidup telah berubah dari ras anak ke ras ibu. Sebagai akibat dari perubahan ini, gambaran kelahiran dan kematian serta angka mortalitas bayi berdasarkan ras tidak dapat dibandingkan dengan statistik yang dilaporkan sebelum perubahan ini (National Center for Health Statistics, 1993).

KEWASPADAAN Keperawatan

Karena kompleksitas pengumpulan data ini, statistik dapat bervariasi dalam laporan yang berbeda dan harus diinterpretasikan secara hati-hati. Misalnya, gambaran mungkin **diperkirakan** (dari data yang dikumpulkan sebelumnya), **sementara** (dari data baru temporer), atau **final** (dari data sementara yang lengkap). Statistik final sering diterbitkan dalam 2 tahun atau lebih setelah pengumpulan data.

Mortalitas Bayi

Angka mortalitas bayi adalah jumlah kematian per 1000 kelahiran hidup selama tahun pertama kehidupan. Angka ini kemudian dibagi menjadi **mortalitas neonatal** (usia <28 hari) dan **mortalitas pascanatal** (usia 28 hari sampai 11 bulan). Di Amerika Serikat mortalitas bayi mengalami penurunan dramatis. Pada awal abad kedua puluh, angka

Marilyn L. Winkelstein, PhD, RN, merevisi bab ini.

ini kira-kira 200 kematian bayi per 1000 kelahiran hidup. Data terakhir tahun 1997 menunjukkan bahwa jumlah ini turun menjadi 7,2 kematian per 1000 lahir hidup, angka terendah yang pernah dilaporkan di Amerika Serikat (Hoyert, Kochanek, dan Murphy, 1999; Guyer dkk, 1999). Penurunan ini terutama dihasilkan dari perbaikan asuhan perinatal, seperti penanganan sindrom distres pernapasan, dan lebih sedikit kematian akibat sindrom kematian bayi mendadak (SIDS).

Dari perspektif dunia, Amerika Serikat, tertinggal dari negara maju lain. Statistik tahun 1997 menunjukkan bahwa AS diperingkat kedua akhir di antara 24 negara dengan angka kematian bayi paling rendah, dengan Swedia yang memiliki angka paling rendah (Tabel 1-1). Amerika Serikat berada di belakang negara tetangga seperti Kanada, yang ada diperingkat ke-16. Meskipun alasannya tidak diketahui, perbedaan besar antara Amerika Serikat dan 23 negara lainnya adalah bahwa 23 negara lain tersebut mempunyai program kesehatan nasional.

TABEL 1-1 ANGKA MORTALITAS BAYI (AMB) TAHUN 1997 UNTUK NEGARA DENGAN POPULASI >2.500.000 DAN DENGAN AMB SAMA DENGAN ATAU KURANG DARI ANGKA DI AMERIKA SERIKAT PADA TAHUN 1997 (ANGKA PER 100.000 KELAHIRAN HIDUP)

	AMB 1997
Swedia	3,6
Jepang	3,7*
Singapura	3,8
Hongkong	4,0
Norwegia	4,1
Finlandia	4,2*†
Swiss	4,5
Austria	4,7
Denmark	4,7†
Spanyol	—
Jerman	4,9
Belanda	5,0
Prancis	5,1*
Australia	5,3
Italia	5,5
Kanada	—
Republik Ceko	5,9
Inggris	5,9*
Belgia	6,1
Irlandia	6,2
Selandia Baru	6,6
Yunani	6,9*
Amerika Serikat	7,2
Portugis	8,4*†

Dari Guyer dkk: Annual summary of vital statistic-1998, *Pediatrics* 104(6):1241, 1999. Dicetak ulang dengan izin.

Sumber: United Nations Demographic Yearbook, 1997, United Nations Personnel (M. Otero, 1999) dan profil negara.

—, Data tidak tersedia

* Data awal

† Data tahun 1998

Berat badan lahir dianggap sebagai penentu utama kematian neonatus di negara teknologi maju dan sangat berkaitan dengan usia gestasi (Ventura dkk, 1998). Hubungan antara berat badan lahir (dan usia gestasi) dan mortalitas menunjukkan bahwa makin rendah berat badan lahir, makin tinggi mortalitasnya. Insidens **berat badan lahir rendah (BBLR)** (<2500 g) yang relatif tinggi di Amerika Serikat dianggap sebagai faktor utama terhadap tingginya angka mortalitas neonatus jika dibandingkan dengan negara lain. Akses dan penggunaan asuhan pranatal kualitas-tinggi adalah strategi pencegahan satu-satunya yang paling menjanjikan untuk menurunkan kelahiran dini dan mortalitas bayi. Faktor lain yang meningkatkan risiko mortalitas bayi meliputi ras kulit hitam, gender laki-laki, gestasi pendek atau panjang, urutan kelahiran (semua kecuali urutan kedua), usia maternal (sangat muda atau tua), dan tingkat pendidikan ibu rendah (Avery dan First, 1994).

Meskipun mortalitas bayi mengalami penurunan mantap dan signifikan, jumlah kematian yang terjadi dalam tahun pertama kehidupan secara proporsional masih tinggi jika

TABEL 1-2 ANGKA KEMATIAN BERDASARKAN USIA DAN JENIS KELAMIN: AMERIKA SERIKAT, 1997 (ANGKA PER 100.000 POPULASI)

USIA (TAHUN)	SEMUA RAS		
	KEDUA JENIS KELAMIN	LAKI-LAKI	PEREMPUAN
Semua usia*	864,7	880,8	849,2
Di bawah 1†	738,7	812,8	661,1
1-4	35,8	39,7	31,8
5-9	18,5	20,2	16,6
10-14	23,2	27,9	18,3
15-19	74,8	104,5	43,4

Dari Hoyert, Kochanek, dan Murphy: Death: final data for 1997, *National Vital Statistic Report* 47(19):19, 1999.

*Data untuk usia yang tidak dinyatakan dimasukkan dalam "Semua usia" tetapi tidak didistribusikan di antara kelompok-usia.

†Angka kematian untuk "di bawah 1 tahun" (berdasarkan perkiraan populasi) berbeda dengan angka mortalitas bayi (berdasarkan pada kelahiran hidup).

TABEL 1-3 ANGKA KEMATIAN UNTUK ANAK, KANADA, 1995 (ANGKA PER 100.000 POPULASI)

USIA (TAHUN)	ANGKA	
	LAKI-LAKI	PEREMPUAN
Di bawah 1	672,5	552,5
1-4	29,5	24,7
5-9	17,7	14,0
10-14	21,6	18,8
15-19	80,3	33,1
20-24	104,8	32,5

Data dari Statistics Canada, 1995.

dibandingkan dengan angka kematian pada usia lain (Tabel 1-2). Ini juga berlaku di negara lain, seperti Kanada (Tabel 1-3). Di Amerika Serikat dan Kanada, angka kematian bayi berusia kurang dari 1 tahun lebih besar dari angka kematian individu berusia 1 sampai 54 tahun. Ini tidak sampai usia 55 tahun ke atas karena angka kematian pada kelompok ini mulai melebihi angka kematian pada bayi.

Selama pertengahan pertama tahun 1990-an, angka mortalitas neonatus tidak menunjukkan penurunan bermakna yang terlihat pada mortalitas bayi pascaneonatus. Pada awal 1960-an, perhatian difokuskan pada pelayanan kesehatan perinatal dalam upaya menurunkan jumlah kematian neonatus. Hasilnya, mortalitas neonatus menurun dari 29 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1950 menjadi 7,2 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1998 (Guyer dkk, 1999). Seperti ditunjukkan Tabel 1-4, kebanyakan dari 10 penyebab utama kematian selama masa bayi terus terjadi selama periode perinatal. Empat penyebab pertama—anomali kongenital, gangguan yang berhubungan dengan gestasi pendek dan berat badan lahir rendah yang tidak khas, sindrom kematian bayi mendadak, dan sindrom distres pernapasan—menyebabkan hampir setengah dari semua kematian bayi berusia kurang dari 1 tahun (Hoyert, Kochanek, dan Murphy, 1999).

Meskipun banyak masalah perinatal telah teratasi dengan perbaikan pengobatan, anomali kongenital masih menjadi penyebab utama mortalitas bayi. Insidens mayoritas defek kelahiran masih sama secara substansial. Defek jantung telah meningkat, tetapi peningkatan ini akibat perbaikan metode deteksi, bukan peningkatan kejadian yang sesungguhnya. Anensefali dan spina bifida diperkirakan menurun sebesar 50% dengan rekomendasi suplementasi asam folat untuk semua ibu pada masa hamil (lihat Spina Bifida [Mielomeningocele], Bab 32). Kebanyakan defek kelahiran dikaitkan secara signifikan dengan BBLR; karenanya pencegahan anomali kongenital bergantung pada penurunan jumlah bayi BBLR.

Apabila angka kematian bayi digolongkan menurut ras, perbedaannya terlihat. Mortalitas bayi kulit putih lebih rendah dibandingkan semua ras lain di US, sedangkan bayi

kulit hitam memiliki angka kematian dua kali lipat dibandingkan bayi kulit putih. Walaupun mortalitas bayi dari kedua kelompok telah menurun, kesenjangan tersebut tetap terjadi. Sayangnya, data dari kelompok minoritas kurang tersedia. Sebagai contoh, angka kematian bayi Hispanik tidak dapat mewakili semua subkelompok Hispanik, seperti Cuban, yang memiliki data statistik lebih baik dalam hal asuhan pratinatal dan bayi BBLR (Kochanek dan Hudson, 1995).

Satu catatan yang menunjang menyatakan bahwa kesenjangan angka kematian bayi di antara ras bukan-kulit putih telah berkurang. Semenjak *Indian Health Service* mengambil alih tanggung jawab dalam memberikan layanan kesehatan kepada warga Amerika asli, mortalitas bayi warga Amerika asli telah menurun dari 62,7 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1950-an menjadi 9,8 pada pertengahan tahun 1980-an. Bagaimanapun, kemajuan tersebut terutama merupakan dampak penurunan mortalitas neonatus. Angka kematian pascaneonatus untuk warga Amerika asli tetap lebih dari dua kali lipat angka kematian bayi kulit putih. Hal ini menunjukkan bahwa bayi warga Amerika asli ketika lahir berada dalam kondisi sehat, tetapi setelah berada di tengah-tengah masyarakat, peluang untuk bertahan hidup dapat menurun pada tahun pertama kehidupannya.

Mortalitas Masa Kanak-Kanak

Untuk anak berusia lebih dari 1 tahun, angka kematiannya lebih kecil dari angka kematian bayi. Anak usia 5 sampai 14 tahun mempunyai angka kematian paling rendah (Tabel 1-5). Namun, peningkatan tajam terjadi selama masa remaja akhir, terutama karena cedera, pembunuhan, dan bunuh diri. Pada tahun 1998, kondisi ini menyebabkan kira-kira 75% kematian pada remaja dan dewasa muda usia 15 sampai 19 tahun. Tren umum dalam perbedaan rasial yang menyebabkan perbedaan mortalitas bayi juga tampak pada angka kematian di masa kanak-kanak bagi semua usia dan kedua jenis kelamin. Kulit putih mempunyai kematian lebih sedikit untuk semua usia; untuk kulit putih dan hitam, kematian laki-laki melebihi kematian wanita.

TABEL 1-4 ANGKA MORTALITAS NEONATUS UNTUK 10 PENYEBAB UTAMA KEMATIAN BAYI TAHUN 1998* (ANGKA PER 1000 KELAHIRAN HIDUP)

PERINGKAT	PENYEBAB KEMATIAN (BERDASARKAN PADA REVISI KE-9, <i>INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES</i>)	PERSEN	LAJU
...	Semua ras, semua penyebab	100,00	722,3
1	Anomali kongenital	22,0	158,9
2	Gangguan yang berhubungan dengan gestasi pendek dan berat badan lahir rendah tidak spesifik	14,1	101,7
3	Sindrom kematian bayi mendadak	8,9	64,1
4	Sindrom distres pernapasan	4,7	33,7
5	Bayi baru lahir yang dipengaruhi oleh komplikasi kehamilan maternal	4,7	33,7
6	Bayi baru lahir yang dipengaruhi oleh komplikasi plasenta, tali pusat, dan selaput ketuban	3,3	23,6
7	Infeksi khusus pada periode perinatal	2,9	20,7
8	Kecelakaan dan efek samping	2,5	18,4
9	Hipoksia intrauteri dan asfiksia kelahiran	1,6	11,6
10	Pneumonia dan influenza	1,4	10,1

Dimodifikasi dari Guyer B dkk: Annual summary of vital statistics—1998, *Pediatrics* 104(6):1240, 1999

*Data awal.

Setelah usia 1 tahun terdapat perubahan dramatik dalam penyebab kematian, yaitu cedera yang tidak disengaja yang menjadi penyebab utama kematian pada usia paling muda sampai masa remaja. Selain itu, **kematian akibat kekerasan** telah meningkat secara tetap di antara individu usia muda 10 sampai 25 tahun, khususnya masyarakat kulit hitam dan laki-laki (Rachuba, Stanton, dan Howard, 1995). Pembunuhan adalah penyebab kematian utama kedua pada kelompok usia 15 sampai 19 tahun (lihat Tabel 1-5). Anak-anak usia 12 tahun dan lebih cenderung dibunuh oleh bukan anggota keluarga (kenalan dan geng, terutama dari suku yang sama) dan paling sering karena senjata api.

TABEL 1-5 KEMATIAN DAN ANGKA KEMATIAN UNTUK LIMA PENYEBAB UTAMA KEMATIAN PADA MASA KANAK-KANAK DALAM KELOMPOK USIA TERTENTU PADA TAHUN 1998*

PENYEBAB KEMATIAN DAN USIA	ANGKA TAHUN 1998†
TOTAL: 1-19 TAHUN	
Semua penyebab	35,9
Kecelakaan dan efek samping	15,3
Pembunuhan dan intervensi hukum	4,1
Neoplasma malignan	2,8
Bunuh diri	2,7
Anomali kongenital	1,4
1-4 TAHUN	
Semua penyebab	34,2
Kecelakaan dan efek samping	12,4
Anomali kongenital	3,5
Pembunuhan dan intervensi hukum	2,4
Neoplasma malignan	2,3
Penyakit jantung	1,3
5-9 TAHUN	
Semua penyebab	17,6
Kecelakaan dan efek samping	7,5
Neoplasma malignan	2,4
Anomali kongenital	1,0
Pembunuhan dan intervensi hukum	0,8
Penyakit jantung	0,7
10-14 TAHUN	
Semua penyebab	21,8
Kecelakaan dan efek samping	8,5
Neoplasma malignan	2,8
Bunuh diri	1,6
Pembunuhan dan intervensi hukum	1,4
Penyakit jantung	0,8
15-19 TAHUN	
Semua penyebab	69,7
Kecelakaan dan efek samping	32,4
Neoplasma malignan	11,3
Bunuh diri	8,7
Pembunuhan dan intervensi hukum	3,6
Penyakit jantung	1,9

Dimodifikasi dari Guyer dkk: Annual summary of vital statistics-1998, *Pediatrics* 104(6):1243, 1999.

*Data awal.

†Angka per 100.000 populasi dalam kelompok tertentu.

Pembunuhan dengan senjata api adalah penyebab utama kematian di antara laki-laki kulit hitam usia 15 sampai 19 tahun. Bunuh diri, suatu bentuk kekerasan terhadap diri sendiri, adalah penyebab kematian utama ketiga di antara remaja dan dewasa muda 15 sampai 19 tahun (lihat Tabel 1-5).

Penyebab peningkatan kekerasan terhadap anak dan kekerasan terhadap diri sendiri tidak sepenuhnya dipahami. Pada anak kecil, peningkatan pembunuhan dapat mewakili identifikasi yang lebih akurat tentang penganiayaan anak. Pada semua kasus, masalah pembunuhan anak adalah yang paling kompleks, yang melibatkan berbagai pengaruh sosial, ekonomi, dan pengaruh lain. Pencegahannya bergantung pada pemahaman yang lebih baik tentang faktor sosial dan psikologi yang menyebabkan tingginya angka pembunuhan dan bunuh diri. Perawat perlu mengetahui kelompok usia muda yang mengalami depresi, bermasalah dengan sistem hukum kriminal, atau berhubungan dengan kelompok yang diketahui melakukan kekerasan. Pencegahan memerlukan identifikasi terhadap kelompok muda ini dan intervensi terapeutik oleh profesional ahli. Perawat pediatrik dapat mengkaji anak dan remaja untuk mengetahui adanya indikasi bahwa mereka berisiko terhadap perilaku kekerasan dan mendidik semua individu tentang pentingnya mempertahankan rumah, sekolah dan komunitas yang aman dan tanpa kekerasan.

Penurunan utama dalam angka kematian selama masa kanak-kanak adalah kematian yang disebabkan oleh penyakit gastrointestinal, penyakit infeksi, kondisi perinatal, neoplasma, dan cedera. Tidak adanya penyakit infeksi sebagai penyebab utama kematian membuktikan bahwa agens antibiotik dan imunisasi telah berperan dalam penurunan angka mortalitas. Pengobatan yang lebih efektif terhadap infeksi berat telah membuat gangguan lain menjadi lebih menonjol dalam daftar penyebab kematian. Paling nyata di



GBR. 1-1 Cedera kendaraan bermotor adalah penyebab utama kematian pada anak berusia lebih dari 1 tahun. Mayoritas fatalitas melibatkan penumpang yang tidak menggunakan sabuk pengaman.

antaranya adalah neoplasma, meskipun lebih sedikit anak meninggal karena kanker daripada sebelumnya (lihat Leukemia, Bab 26). Kematian yang disebabkan oleh penyakit infeksi telah menurun sebesar 45% di antara tahun 1995 dan 1998; kematian ini merupakan persentase kecil dari semua kematian. Pada tahun 1987, penyebab khusus kategori kematian diciptakan di Amerika Serikat untuk mengklasifikasi kematian yang berhubungan dengan infeksi HIV. Sejak tahun 1995, mortalitas yang berkaitan dengan infeksi HIV telah menurun sebesar 71% dan tidak lagi menjadi salah satu dari 15 penyebab utama kematian pada tahun 1998 (Guyer dkk, 1999).

Cedera. Cedera, penyebab utama kematian pada anak berusia lebih dari 1 tahun, bertanggung jawab untuk lebih banyak kematian dan kecacatan pada anak daripada kombinasi semua penyebab penyakit. Ketika anak bertambah besar, persentase kematian karena cedera meningkat (Tabel 1-6). Cedera tidak menunjukkan penurunan dramatis seperti yang terlihat pada area mortalitas lain di masa kanak-kanak karena cedera secara tradisional telah dianggap sebagai kecelakaan yang dapat dihindari atau suatu masalah perilaku, bukan masalah kesehatan. Istilah **kecelakaan**

menunjukkan suatu kejadian kacau dan acak yang adalah "keberuntungan" atau "kesempatan"; istilah **cedera** lebih disukai karena istilah ini berkonotasi rasa tanggung jawab dan kontrol. Selain itu, pengendalian cedera, termasuk riset, belum mendapat prioritas tinggi atau dukungan finansial yang cukup. Riset terhadap cedera belum didasarkan pada kerangka kerja teoretik, seperti yang dilakukan pada penyakit. Terdapat tuntutan untuk mengenal cedera dan pencegahannya dalam istilah **host** (orang yang dikenai), **lingkungan** (waktu dan tempat), dan **agens** (objek yang menjadi penyebab langsung).

Pola kematian yang disebabkan oleh cedera yang tidak disengaja, khususnya karena kecelakaan kendaraan, tenggelam, dan luka bakar, sangat konsisten terjadi di masyarakat Barat. Namun, Amerika Serikat lebih jauh melebihi negara lain dalam jumlah kematian akibat kekerasan. Penyebab utama kematian karena cedera untuk setiap kelompok usia yang berkaitan dengan jenis kelamin disajikan pada Tabel 1-6. Untungnya, strategi pencegahan seperti penggunaan sabuk pengaman mobil, helm sepeda, dan detektor asap, telah menghasilkan penurunan signifikan dalam fatalitas pada anak. Saat ini, semua negara bagian telah

TABEL 1-6 MORTALITAS AKIBAT TIPE UTAMA CEDERA TIDAK DISENGAJA, AMERIKA SERIKAT, 1996 (ANGKA PER 100.000 POPULASI DALAM SETIAP KELOMPOK USIA)

TIPE KECELAKAAN	USIA (TAHUN)			
	DI BAWAH 1	1-4	5-14	15-24
LAKI-LAKI				
Semua penyebab	828,0	42,2	25,4	130,6
Cedera yang tidak disengaja (semua jenis)	23,2	16,2	11,1	55,2
Kecelakaan kendaraan	5,7 (2)	5,7 (1)	6,0 (1)	40,7 (1)
Tenggelam	1,5 (5)	4,0 (2)	1,7 (2)	3,4 (2)
Kebakaran dan luka bakar	1,8 (4)	3,0 (3)	0,8 (3)	—
Senjata api	—	—	0,5 (4)	2,0 (4)
Mengonsumsi makanan/objek	2,3 (3)	0,7 (4)	—	—
Jatuh	—	—	—	1,1 (5)
Asfiksia mekanis	8,8 (1)	0,6 (5)	0,4 (5)	—
Keracunan	—	—	—	2,4 (3)
Semua cedera tidak disengaja lain	3,3	2,2	1,6	5,6
Kecelakaan dalam persen dari semua kematian	2,8%	38,4%	43,7%	42,3%
PEREMPUAN				
Semua penyebab	680,0	34,3	17,8	46,2
Cedera yang tidak disengaja (semua jenis)	19,3	11,3	6,7	20,1
Kecelakaan kendaraan	5,8 (2)	4,8 (1)	4,2 (1)	17,1 (1)
Tenggelam	1,5 (4)	2,0 (3)	0,6 (3)	0,5 (3)
Kebakaran dan luka bakar	1,6 (3)	2,2 (2)	0,7 (2)	—
Senjata api	—	—	0,1 (4)	0,2 (4)
Mengonsumsi makanan/objek	1,5 (4)	0,5 (4)	—	—
Jatuh	—	—	—	0,2 (4)
Asfiksia mekanis	6,3 (1)	0,4 (5)	0,1 (4)	—
Keracunan	—	—	—	0,6 (2)
Semua cedera tidak disengaja lain	2,6	1,4	0,9	1,6
Kecelakaan dalam persen dari semua kematian*	2,8%	32,9%	37,6%	43,5%

Dimodifikasi dari National Safety Council: Injury Facts, 1999 edition. Itaska, IL, National Safety Council.

Sumber Data: National Center for Health Statistics.

*Menunjukkan peringkat di antara tipe utama kecelakaan.

A



B



GBR. 1-2 A, Tenggelam adalah penyebab utama kedua kematian akibat cedera pada anak laki-laki dan ketiga pada anak perempuan usia 1 sampai 24 tahun. B, Luka bakar adalah penyebab utama kematian kedua akibat cedera pada anak perempuan dan ketiga pada anak laki-laki usia 1 sampai 14 tahun.



GBR. 1-3 Penggunaan senjata api yang tidak tepat adalah penyebab utama keempat kematian akibat cedera pada anak laki-laki dan perempuan usia 5 sampai 24 tahun.



GBR. 1-4 Asfiksia mekanis sering kali menjadi penyebab utama kematian akibat cedera pada bayi.



GBR. 1-5 Keracunan menyebabkan sejumlah besar cedera pada anak di bawah usia 4 tahun, tetapi keracunan adalah penyebab utama ketiga kematian akibat cedera pada laki-laki dan kedua pada perempuan (biasanya karena bunuh diri) pada kelompok muda usia 15 sampai 24 tahun.

mengundang legislasi yang menuntut anak kecil direstrein dengan tepat di kendaraan bermotor. Di samping upaya keselamatan, banyak penyebab kematian pada anak berusia lebih dari 1 tahun adalah kecelakaan kendaraan bermotor yang fatal, termasuk kematian penumpang, pejalan kaki, pengendara sepeda, dan pengendara kendaraan bermotor (Gbr. 1-1). Mayoritas kematian akibat cedera terjadi pada laki-laki. Meskipun persentase bayi yang meninggal karena cedera kecelakaan kendaraan bermotor kecil dibandingkan dengan jumlah kematian total pada kelompok-usia tersebut, anak di bawah usia 1 tahun masih mempunyai angka kematian tinggi akibat menjadi penumpang kendaraan bermotor, terutama karena kegagalan penggunaan restrein yang tepat.

Jika kematian akibat cedera dibandingkan menurut jenis kelamin dan usia, penyebab kematiannya menjadi berbeda. Tahap perkembangan anak menentukan jenis cedera yang paling mungkin terjadi pada usia tertentu. Misalnya, seorang anak antara usia 1 dan 4 tahun sangat mungkin meninggal ketika menjadi penumpang atau pejalan kaki dalam kejadian cedera kendaraan bermotor. Namun, anak usia 5 sampai 9 tahun lebih mungkin meninggal karena kecelakaan pejalan kaki, dan remaja lebih mungkin untuk meninggal akibat menjadi penumpang kendaraan yang tabrakan.

Anak usia 5 sampai 14 tahun paling berisiko terhadap fatalitas sepeda. Mayoritas kematian akibat bersepeda karena cedera kepala. Helm menurunkan risiko cedera kepala sebesar 85%, tetapi sedikit anak yang menggunakannya (National Safety Council, 1999).

Tenggelat dan luka bakar adalah penyebab utama kedua dan ketiga kematian pada anak laki-laki usia 1 sampai 14, tetapi urutannya terbalik pada anak perempuan (Gbr. 1-2). Tenggelat masih terus menjadi penyebab kematian signifikan pada remaja akhir. Selain itu, senjata api adalah penyebab kematian utama pada remaja laki-laki (Gbr. 1-3). Selama masa bayi, asfiksia mekanis sering menjadi penyebab utama kematian tetapi jarang pada anak yang lebih besar (Gbr. 1-4). Lebih dari setengah kejadian keracunan yang menyebabkan cedera terjadi pada anak di bawah usia 2 tahun (Gbr. 1-5). Pada usia 4 sampai 5, keracunan yang tidak disengaja jarang terjadi. Peningkatan lain terjadi pada kelompok usia 15 sampai 24 tahun, karena keracunan adalah penyebab ketiga kematian pada laki-laki dan kedua pada perempuan akibat cedera. Keracunan pada kelompok usia ini biasanya disengaja dan biasanya menunjukkan kematian akibat bunuh diri (khususnya pada perempuan) atau penyalahgunaan obat.

Tidak semua cedera tidak disengaja. Beberapa cedera mungkin disengaja dan menunjukkan penyalahgunaan atau bunuh diri. Pertimbangan keperawatan yang penting ketika benar-benar terjadi cedera adalah membantu menetapkan apakah tindakan ini disengaja.

KEWASPADAAN Keperawatan Penting untuk menetapkan riwayat cedera untuk membedakan cedera disengaja akibat penganiayaan atau pengabaian. Pertanyaan berikut adalah pertimbangan utama (Harding dan Camp, 1995):

Kapan—Apakah orang tua atau wali mencari pertolongan medis segera atau menundanya dalam waktu lama?

Di mana—Apakah lokasi tempat kecelakaan berkaitan dengan sifat cedera?

Bagaimana—Apakah situasi dan kondisi sekitar cedera bersifat logis?

Pencegahan cedera. Menganalisis kematian akibat jenis cedera tertentu berdasarkan usia dan jenis kelamin bermanfaat dalam mengidentifikasi kelompok risiko tinggi. Ketika membandingkan kematian akibat cedera dengan penyebab mortalitas masa kanak-kanak lain, jelas bahwa pencegahan cedera sangat menjanjikan untuk meningkatkan kelangsungan hidup (*survival*). Data terbaru menunjukkan bahwa perkembangan fisik tingkat lanjut menempatkan risiko tambahan untuk anak usia 5 sampai 8 tahun. Perawat memainkan peran utama dalam memberikan panduan antisipasi untuk orang tua dan anak yang lebih besar mengenai bahaya selama setiap periode usia (Christoffel dkk, 1996).

Pencegahan cedera dibahas dalam setiap bab peningkatan kesehatan pada berbagai kelompok usia.

Secara teoretis, semua cedera dapat dicegah. Tanggung jawab keperawatan yang utama adalah mengantisipasi dan mengenali kapan tindakan keselamatan dilakukan. Aspek preventif dalam asuhan anak adalah bagian dari promosi kesehatan yang terus-menerus selama masa kanak-kanak. Pedoman antisipasi berkenaan dengan perkiraan perkembangan dapat mewaspadaikan orang tua mengenai tipe cedera yang paling mungkin terjadi pada usia tertentu. Pada awal hubungan orang tua-anak, orang tua perlu diberi tahu tentang bagaimana memberikan lingkungan yang aman untuk anak mereka. Orang tua yang memiliki satu atau lebih anak tidak boleh dianggap mengetahui semua area keamanan anak. Kedatangan bayi baru dapat menyebabkan sikap permusuhan dari saudara kandung (*sibling rivalry*), dan bayi ini mungkin berisiko akibat kecemburuan saudara kandung. *American Academy of Pediatrics* telah mengembangkan program pencegahan cedera (*TIPP*) yang memberikan informasi bermanfaat dan pedoman antisipasi tentang masalah keamanan untuk orang tua dan pemberi pelayanan kesehatan.

MORBIDITAS

Prevalensi penyakit khusus dalam populasi pada waktu tertentu dikenal sebagai **statistik morbiditas**. Statistik morbiditas secara umum disajikan sebagai angka per 1000 populasi karena frekuensi kejadiannya yang tinggi. Tidak seperti statistik mortalitas, morbiditas sangat sulit didefinisikan dan mungkin menunjukkan penyakit akut, penyakit kronik, atau ketidakmampuan. Sumber data umum untuk statistik morbiditas mencakup alasan datang ke dokter, diagnosis pada saat masuk rumah sakit, atau wawancara di rumah tangga. Tidak seperti angka kematian, yang diperbarui setiap tahun, statistik morbiditas lebih jarang direvisi dan tidak selalu mewakili populasi umum. Bahasan berikut memberikan tinjauan tentang penyakit pada anak dari berbagai perspektif.

Morbiditas Masa Kanak-Kanak

Penyakit akut dapat didefinisikan sebagai gejala cukup berat sehingga membatasi aktivitas atau memerlukan pertolongan medis. Penyakit pernapasan terjadi kira-kira 50% dari semua kondisi akut; kira-kira 11% disebabkan oleh infeksi dan penyakit parasit, dan 15% disebabkan oleh cedera. Penyakit utama masa kanak-kanak adalah pilek (Pless dan Pless, 1997).

Tipe penyakit yang didapat anak selama masa kanak-kanak bervariasi sesuai usia. Misalnya, infeksi saluran pernapasan atas cenderung menurun sesuai pertambahan usia, dan gangguan lain seperti jerawat dan sakit kepala cenderung meningkat. Anak yang pernah mengalami tipe masalah tertentu lebih mungkin untuk mengalami masalah itu lagi. Morbiditas tidak didistribusikan secara acak pada anak. Anak dari keluarga miskin cenderung lebih banyak mengalami masalah kesehatan. Temuan ini menunjukkan perlunya upaya keras untuk memperbaiki akses ke pelayanan kesehatan untuk anak dari keluarga berpendapatan-rendah.

Perhatian sekarang difokuskan pada kelompok anak khusus yang mengalami peningkatan morbiditas—anak tunawisma, anak yang hidup miskin, anak berat badan lahir rendah, anak dengan penyakit kronik, anak yang diadopsi berasal dari negara lain, dan anak di pusat *day care*. Sejumlah faktor menempatkan kelompok ini pada risiko kesehatan buruk. Penyebab utama adalah terbatasnya akses ke pelayanan kesehatan, khususnya untuk tunawisma, kemiskinan, dan anak dengan masalah kesehatan kronik. Alasan lain meliputi peningkatan keberlangsungan hidup anak yang mengalami masalah kesehatan kronik, terutama bayi berat badan lahir sangat rendah. Anak yang hidup atau terpapar pada lingkungan berisiko seperti di negara asal (anak yang diadopsi) dan pusat *day care* lebih cenderung mengalami berbagai kondisi medis, khususnya infeksi (Lears, Guth, dan Lewandowski, 1998; Loubiala dkk, 1997).

Cedera adalah faktor tambahan yang memengaruhi morbiditas. Setiap tahun 40.000 sampai 50.000 anak cedera secara permanen dan sedikitnya satu juta anak membutuhkan perawatan medis karena cedera tidak disengaja (Mofenson dan Greensher, 1997).

Aspek paling penting dari morbiditas adalah derajat ketidakmampuan yang diakibatkannya. **Ketidakmampuan (disabilitas)** dapat diukur dari hari tidak hadir ke sekolah atau hari berbaring di tempat tidur. Rata-rata, anak kehilangan 5,3 hari per tahun karena cedera atau sakit. Meskipun lebih dari 95% anak di bawah usia 17 tahun tidak mengalami ketidakmampuan tertentu, kira-kira 3,8% anak mengalami ketidakmampuan yang mengakibatkan keterbatasan aktivitas dalam derajat tertentu. Dua persen mengalami keterbatasan dalam aktivitas hidup utama sehari-hari (Pless dan Pless, 1997). (Insidensi kondisi kronik dibahas pada Bab 18).

Pada kebanyakan anak, masa kanak-kanak adalah waktu yang relatif sehat; namun, pada masa ini jarang anak yang tidak mengalami sakit. Pendidikan orang tua mengenai tipe penyakit di masa kanak-kanak dan pengenalan gejala yang memerlukan pengobatan adalah bagian penting dalam asuhan keperawatan. Kemajuan selanjutnya dalam penurunan morbiditas dan mortalitas di masa kanak-kanak lebih bergantung pada pendidikan orang tua daripada penemuan suatu antibiotik. Perawat memainkan peran penting dalam meningkatkan asuhan anak melalui promosi kesehatan.

Morbiditas Baru

Selain penyakit dan cedera, anak menghadapi masalah perilaku, sosial (keluarga), dan pendidikan yang dapat mengganggu kesehatan mereka secara bermakna. Masalah ini disebut sebagai **morbiditas baru** atau **penyakit sosial pediatrik** (Pless dan Pless, 1997). Masalah ini diperkirakan berjumlah sedikitnya 5% sampai 30% dari masalah kesehatan pada kelompok usia tertentu, kelas sosial, dan fasilitas medis. Meskipun tidak ada karakteristik konklusif yang telah diidentifikasi pada anak yang mengalami masalah morbiditas baru, beberapa temuan signifikan muncul untuk memastikan kelompok berisiko. Temuan ini mencakup anak: (1) dari strata sosioekonomi paling rendah, (2) usia 7 sampai

14 tahun, (3) gender laki-laki, (4) dari keluarga orang tua tunggal, (5) dengan keluhan gangguan fisik kronik, (6) keterampilan membaca di bawah tingkat rata-rata, dan (7) angka ketidakhadiran di sekolah yang tinggi (Gortmaker dkk, 1990). Karena "epidemik" baru tentang perilaku kekerasan, kemiskinan, infeksi HIV, anak yang tergantung pada teknologi, dan bayi yang adiksi terhadap obat terus muncul, perawat perlu menemukan dan memberikan pendidikan untuk mengatasi masalah psikososial anak secara efektif.

EVOLUSI PELAYANAN KESEHATAN ANAK DI AMERIKA SERIKAT

Anak dalam koloni Amerika lahir dalam dunia yang memiliki banyak bahaya terhadap kesehatan dan hidup mereka. Epidemik umum terjadi. Dokter masih sedikit, dan hanya sejumlah kecil yang mempunyai pelatihan formal. Bidan tidak terlatih, praktik mereka hanya berdasarkan pada pengalaman masa lalu. Buku yang memberi informasi tentang asuhan anak dan pemberian makan masih langka dan, bila ada, bermanfaat hanya untuk minoritas orang tua yang dapat membaca.

Perawatan medis oleh dokter terbatas untuk keluarga kaya yang tinggal atau dapat melakukan perjalanan ke kota yang lebih berkembang. Anak yang tinggal di pertanian terutama dirawat oleh anggota keluarga lain atau oleh tetangga yang kompeten. Pada zaman ini umum ditemui *Medicine man* yang berkeliling, dengan berbagai bentuk perdukunannya. Anak yang dibeli sebagai budak atau lahir menjadi budak hanya mendapat perawatan sebanyak yang mampu atau ingin berikan oleh pemiliknya. Orang Amerika Asli diobati sesuai dengan tradisi dari masing-masing suku, yang sering merupakan campuran dari pengobatan, magis, dan religi. Pada kolonisasi Amerika, orang Amerika Asli terpapar pada banyak penyakit baru dan sering fatal.

Statistik mortalitas masa kanak-kanak selama periode kolonial umumnya tidak ada. Penyakit epidemik meliputi cacar air, campak, parotitis, cacar, influenza, difteria, demam kuning, kolera, dan batuk rejan. Namun, penyakit yang melebihi semua penyakit tersebut sebagai penyebab kematian di masa kanak-kanak adalah disentri. Kadang-kadang semua keluarga meninggal akibat penyakit ini. Penyakit lain yang sangat berperan pada penyakit masa kanak-kanak adalah "epidemik lambat" tuberkulosis, penyakit nutrisi, dan cedera.

Meskipun pengetahuan ilmiah bertambah, khususnya yang didapat dari Eropa, tidak ada upaya terorganisasi di Amerika Serikat untuk menerapkan pengetahuan tersebut dalam merawat anak sakit. Hal ini tidak dilakukan sampai Revolusi Industri berjalan baik dalam abad kesembilan belas yang konsekuensi penyakit dan cedera masa kanak-kanak serta efek persalinan, kemiskinan, dan pengabaian menjadi dikenal secara lebih luas. Akhir abad kesembilan belas sering dianggap sebagai masa kegelapan pediatrik, dan pertengahan pertama abad kedua puluh sebagai permulaan perbaikan pelayanan kesehatan bagi anak.

Penelitian tentang pediatrik mulai dilakukan pada akhir tahun 1800-an, dalam pengaruh dokter kelahiran-Prussia,

Abraham Jacobi (1830-1919), yang disebut sebagai **Bapak Pediatrik**. Pada waktu ini, telah terdapat peningkatan baru dalam bidang ilmiah dan dilakukan penyelidikan klinis tentang penyakit di masa kanak-kanak. Salah satu hasilnya adalah penetapan "stasiun susu" tempat ibu dapat membawa anak yang sakit untuk mendapatkan pengobatan dan mempelajari pentingnya susu murni dan penyiapannya yang tepat.

Kampanye yang mendukung susu murni membantu membuat industri susu berada di bawah pengendalian hukum dan memicu penetapan stasiun kesejahteraan bayi. Penurunan nyata dalam mortalitas bayi sejak tahun 1900 telah dicapai melalui pencegahan dan tindakan peningkatan kesehatan seperti perbaikan sanitasi dan pasteurisasi susu. Sebelum peraturan ini dibuat, suplai susu tidak bersih adalah sumber utama diare bayi dan tuberkulosis bovin. Sapi sering dibiarkan dalam kandang yang tidak bersih dan makan sampah serta sisa tempat penyulingan. Susu dari sapi yang diberi makan sisa dari tempat penyulingan dilaporkan membuat bayi mengalami "mabuk ringan". Beberapa sapi juga menderita penyakit tuberkulosis sehingga mereka harus dirawat dalam lingkungan khusus agar susunya dapat diperah.

Pada saat bersamaan, peningkatan perhatian diberikan pada kesejahteraan sosial anak, khususnya mereka yang tunawisma atau bekerja sebagai buruh pabrik. Hasil kerja **Lillian Wald** (1867-1940) mempunyai efek jangka panjang pada kesehatan dan keperawatan anak. Ia mendanai Henry Street Settlement di Kota New York, yang akhirnya memberikan pelayanan keperawatan, kerja sosial, dan program aktivitas sosial, budaya dan pendidikan yang terorganisasi. Wald dijuluki sebagai **pendiri kesehatan masyarakat** atau **keperawatan komunitas**. Ia adalah instrumen dalam penetapan peran perawat sekolah purna-waktu yang pertama, **Lina Rogers**. Segera setelah itu, perawat lain dipekerjakan untuk mengajarkan orang tua dan anak tentang pencegahan atau perlunya pengobatan terhadap kondisi kulit minor, malnutrisi, dan gangguan atau penyakit lain yang teridentifikasi di sekolah. Peningkatan keterlibatan keperawatan di kesehatan sekolah adalah perkembangan dari kursus pediatrik dan pengalaman klinis spesialis di sekolah keperawatan.

Karena makin banyak penyebab penyakit yang teridentifikasi, terdapat penekanan pada isolasi dan aseptis. Pada awal tahun 1900-an, anak yang menderita penyakit menular diisolasi dari pasien dewasa. Orang tua dilarang mengunjungi mereka karena dapat menularkan penyakit ke dan dari rumah. Bahkan mainan dan barang pribadi seperti pakaian dihindarkan dari anak. Akan tetapi tidak sampai tahun 1940-an, dan berkat hasil kerja Spitz dan Robertson yang terkenal tentang institusionalisasi anak efek isolasi dan deprivasi maternal menjadi diketahui. Riset ini mendorong minat pada kesehatan psikologik anak dan menghasilkan perubahan pada hospitalisasi anak, seperti rawat gabung (*rooming-in*), kunjungan saudara kandung, program aktivitas anak (bermain), persiapan pra-hospitalisasi, pendidikan orang tua, dan sekolah di rumah sakit.

Dipengaruhi oleh pembaru sosial seperti Lillian Wald, pemimpin nasional mulai melakukan aksi untuk memper-

baiki kondisi kehidupan anak. Pada tahun 1909 Presiden Theodore Roosevelt mengadakan **White House Conference on Children** yang pertama kali. Konferensi ini berfokus pada perawatan anak dependen dan berupaya mengatasi kondisi kerja remaja yang menyedihkan. Sebagai hasil dari konferensi ini, **U.S. Children's Bureau** didirikan pada tahun 1912. Peristiwa ini menandai mulainya periode penelitian terhadap faktor ekonomi dan sosial yang berkaitan dengan mortalitas bayi, kematian ibu, dan perawatan ibu dan bayi di area pedesaan semua ini menciptakan dasar untuk menstimulasi standar perawatan yang lebih baik untuk ibu dan anak. Hal ini membantu menciptakan **Maternity and Infancy Act** yang pertama (Sheppard-Towner Act) pada tahun 1921, yang memberikan jaminan pada negara bagian untuk mengembangkan **Division of Maternal and Child Health (MCH)** sebagai unit departemen kesehatan.

Dengan dikeluarkannya **Title V of the Social Security Act (SSA)** pada tahun 1935, kemitraan negara bagian-federal ditetapkan di bawah administrasi **Children's Bureau**. Title V termasuk bantuan federal untuk negara bagian, yang disesuaikan dengan dana negara bagian, untuk tiga tipe tugas: **kesehatan ibu dan anak (MCH)**, **Crippled Children's Services (CCS)**, dan **pelayanan kesejahteraan anak**. Program pertama yang diberikan oleh Title V adalah klinik kesehatan anak, pascanatal, dan pranatal serta pelatihan petugas. Penekanan awal CCS adalah pada perawatan ortopedik. Dengan pengenalan bahwa kemampuan anak untuk berfungsi juga dapat dibatasi oleh penyakit kronik, program CCS negara bagian mencakup anak dengan masalah perkembangan, perilaku, dan pendidikan serta yang lebih baru mencakup perawatan di rumah untuk anak dengan kondisi medis kompleks. Konsep luas ini secara resmi diberlakukan pada tahun 1985 dengan dikeluarkannya legislasi yang mengubah nama CCS menjadi **Program for Children with Special Health Needs (CSHN)**.

Banyak program federal lain yang telah dikembangkan. Beberapa yang telah memberi dampak utama pada kesehatan ibu dan anak terdiri atas.

Medicaid. Pada tahun 1965 *Medicaid* diciptakan di bawah Pasal XIX dari *Social Security Act* untuk mengurangi hambatan finansial untuk pelayanan kesehatan bagi orang miskin. *Medicaid* adalah program kesehatan ibu-anak paling besar. Proyek utama di bawah *Medicaid* adalah *Child Health Assessment Program (CHAP)*, yang memberi pelayanan bagi sejumlah besar ibu hamil dan anak-anak. Tidak semua anak miskin memenuhi syarat untuk mendapatkan *Medicaid*; kelayakan finansial bervariasi sesuai negara bagian.

Aid to Families with Dependent Children (AFDC). AFDC didirikan oleh *Social Security Act* tahun 1935 sebagai program dana bantuan untuk memungkinkan negara bagian membantu anak yatim yang membutuhkan.

MCH Services Block Grant. *MCH Services Block Grant* memberikan pelayanan kesehatan pada ibu dan anak, terutama mereka dengan pendapatan rendah atau akses ke pelayanan kesehatan terbatas. Tujuan utamanya adalah untuk mengurangi mortalitas bayi; menurunkan insidens penyakit yang dapat dicegah dan kondisi kecacatan pada anak; dan meningkatkan ketersediaan pelayanan pranatal, kelahiran, dan pascapartum pada ibu yang layak mendapatkan.

Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Block Grant.

Didirikan oleh *Omnibus Budget Reconciliation Act* tahun 1981, dana khusus ini memberikan bantuan pada negara bagian untuk (1) proyek pendukung pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi yang berkaitan dengan penyalahgunaan zat dan (2) dana untuk pusat kesehatan mental komunitas untuk identifikasi, pengkajian, dan pengobatan anak dan remaja yang mengalami gangguan mental berat.

Social Services Block Grant. Diciptakan di bawah Pasal XX dari *Social Security Act*, dana khusus ini memberi negara bagian dana untuk perawatan anak, pelayanan perlindungan dan kedaruratan, konseling, keluarga berencana, pelayanan di rumah, informasi dan rujukan, serta adopsi dan pengembangan pelayanan perawatan.

Women, Infants, and Children (WIC). Pada tahun 1974, *WIC Special Supplemental Food Program* dimulai. Program ini memberikan makanan bergizi dan pendidikan gizi pada ibu berpendapatan rendah, hamil, pascapartum, dan ibu menyusui serta pada bayi dan anak sampai usia 5 tahun. Program nutrisi lain mencakup *Food Stamps*, *National School Lunch Program*, *School Breakfast Program*, dan *Child Care Food Program*, yang memberikan bantuan finansial untuk makanan bergizi pada anak di pusat penitipan, rumah perawatan keluarga dan kelompok, dan pusat *Head Start*.

Education for All Handicapped Children Act (P.L. 94-142).

Pada tahun 1975 P.L. 94-142 dikeluarkan untuk memberi pendidikan masyarakat yang tepat dan gratis pada semua anak cacat dari usia 3 sampai 21 tahun dan untuk memberi pelayanan pendukung (seperti terapi wicara dan konseling) yang menjamin keuntungan pendidikan khusus.

Education of the Handicapped Act Amendments of 1986 (P.L. 99-457). Pada tahun 1986, P.L. 99-457 dikeluarkan untuk memungkinkan penyediaan pendanaan federal untuk negara bagian dalam rangka mengembangkan dan mengimplementasikan program layanan intervensi dini yang luas, komprehensif, terkoordinasi, dan multidisipliner untuk bayi dan toddler cacat serta keluarga mereka.

Family and Medical Leave Act (FMLA). Dijadikan undang-undang pada tahun 1993, FMLA memungkinkan karyawan yang memenuhi syarat untuk cuti sampai 12 minggu tanpa gaji setiap tahunnya untuk merawat bayi baru lahir atau baru mengadopsi anak; untuk merawat anak, orang tua, atau pasangan yang dalam kondisi kesehatan serius; atau untuk pulih dari kondisi kesehatan serius mereka sendiri. Setelah cuti ini, hukum memberi hak karyawan untuk masuk kembali ke pekerjaan mereka sebelumnya atau pekerjaan sejenis dengan bayaran, keuntungan, dan syarat lain yang sama.

Meskipun sejumlah program federal dan negara bagian tersedia untuk membantu anak dan keluarga, terdapat hambatan serius untuk pelayanan kesehatan di Amerika Serikat, termasuk (1) **hambatan finansial**, seperti tidak mempunyai asuransi, mempunyai asuransi yang tidak menanggung pelayanan tertentu, atau tidak dapat membantu pelayanan; (2) **hambatan sistem**, seperti harus melakukan perjalanan jauh untuk mendapatkan pelayanan kesehatan atau variasi dari satu negara bagian ke negara bagian lain dalam hal penggunaan *Medicaid*; dan (3) **hambatan pengetahuan**, seperti kurang memahami perlunya pengawasan kesehatan pranatal atau anak atau ketidaksadaran tentang ketersediaan pelayanan. Tujuan pelayanan kesehatan saat ini adalah memperbaiki akses anak dan keluarga ke pelayanan kesehatan.

Salah satu perubahan utama dalam pemberian pelayanan kesehatan adalah penetapan **prospective payment system** berdasarkan pada **diagnosis-related groups (DRG)**. Kategori DRG mendefinisikan **pembayaran pra-pengobatan (prospektif) (pretreatment [prospective] billing)** untuk hampir semua rumah sakit di A.S yang digantikan oleh **Medicare**. Karena rumah sakit sekarang bertanggung jawab secara finansial ketika pasien **Medicare** melebihi lama rawat yang ditetapkan, lebih banyak pasien dipulangkan lebih awal. Hal ini menciptakan kebutuhan besar terhadap perawatan di rumah dan sumber pelayanan komunitas lain. Karena biaya pelayanan kesehatan masih menjadi prioritas nasional, beberapa bentuk pembayaran prospektif akan memengaruhi anak dan orang dewasa. Perawat perlu menyadari perubahan ekonomi dan disiapkan untuk memenuhi tantangan dari perusahaan pemberi asuhan dan **health maintenance organizations (HMO)**.

KEPERAWATAN PEDIATRIK

FILOSOFI ASUHAN

Keperawatan bayi dan anak sesuai dengan **definisi keperawatan** yaitu "diagnosis dan penanganan respons manusia terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial." Definisi ini mencakup empat gambaran esensial tentang praktik keperawatan kontemporer:

1. Perhatian pada rangkaian pengalaman dan respons manusia terhadap kesehatan dan penyakit tanpa terbatas pada orientasi berfokus-masalah.
2. Integrasi data objektif dengan pengetahuan yang didapat dari pemahaman tentang pengalaman subjektif pasien atau kelompok.
3. Penerapan pengetahuan ilmiah pada proses diagnosis dan pengobatan.
4. Penetapan hubungan *caring* yang memfasilitasi kesehatan dan penyembuhan (American Nurses Association, 1995).

Asuhan Berpusat-Keluarga

Filosofi **asuhan berpusat-keluarga** menunjukkan keluarga bersifat konstan dalam hidup anak. Sistem pelayanan dan personel harus mendukung, menghargai, mendorong, dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga melalui pemberdayaan pendekatan dan pemberian bantuan efektif (Duns dan Trivette, 1996). Keluarga didukung dalam peran pemberian perawatan yang alami dan peran pembuatan keputusan dengan membangun kekuatan unik mereka sebagai individu dan keluarga. Mereka didorong untuk mengembangkan cara mereka sendiri dalam perawatan-diri di rumah dan di komunitas (Hockenberry-Eaton dan Diamond, 1994). Pola hidup di rumah dan di komunitas ditingkatkan. Kebutuhan semua anggota keluarga, tidak hanya kebutuhan anak, dipertimbangkan (Kotak 1-1). Filosofi ini

KOTAK 1-1 ELEMEN PENTING ASUHAN BERPUSAT-KELUARGA

Memasukkan pemahaman ke dalam kebijakan dan praktik bahwa **keluarga bersifat konstan** dalam kehidupan anak sementara sistem pelayanan dan personel pendukung di dalam sistem tersebut berubah-ubah.

Memfasilitasi **kolaborasi keluarga/profesional** pada semua tingkat pelayanan keperawatan di rumah sakit, rumah, dan di masyarakat.

Perawatan anak secara individual.

Pengembangan, implementasi, dan evaluasi program.

Pembentukan kebijakan.

Saling bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara anggota keluarga dan profesional dalam cara suportif di setiap saat.

Menggabungkan pemahaman dan **penghormatan terhadap keanekaragaman budaya**, kekuatan, dan individualitas di dalam dan di antara seluruh keluarga, termasuk keanekaragaman **suku, ras, spiritual, sosial, ekonomi, bidang pendidikan, dan geografi ke dalam kebijakan dan praktik**.

Mengenali dan menghormati **metode koping yang berbeda** dan menerapkan program dan kebijakan menyeluruh yang menyediakan pelayanan **perkembangan, pendidikan, emosi, lingkungan, dan dukungan keuangan** untuk memenuhi kebutuhan keluarga yang berbeda-beda.

Mendorong dan memfasilitasi dukungan dan jaringan kerjasama **keluarga-dengan-keluarga**.

Menetapkan bahwa **rumah, rumah sakit, dan pelayanan masyarakat dan sistem pendukung** untuk anak-anak yang memerlukan pelayanan kesehatan khusus dan keluarganya bersifat **fleksibel, dapat diakses, dan komprehensif** dalam menjawab pemenuhan kebutuhan keluarga yang berbeda sesuai yang diperlukan.

Menghargai keluarga sebagai keluarga dan anak-anak sebagai anak-anak, mengakui bahwa mereka memiliki beragam kekuatan, perhatian, emosi, dan cita-cita yang melebihi kebutuhan mereka untuk mendapat layanan dan dukungan kesehatan dan perkembangan khusus.

Dari Shelton TL, Stepanek JS: *Family-centered care for children needing specialized health and developmental services*, Bethesda, MD, 1994, Association for the Care of Children's Health.

mengakui perbedaan struktur dan latar belakang keluarga; tujuan, cita-cita, strategi, dan tindakan keluarga; serta kebutuhan keluarga untuk mendapat dukungan, pelayanan, dan informasi (Ahmann, 1994).

Dua konsep dasar dalam asuhan berpusat-keluarga adalah **memampukan** dan **memberdayakan**. Profesional **memampukan** keluarga dengan menciptakan kesempatan dan cara bagi semua anggota keluarga untuk menunjukkan kemampuan dan kompetensi terbaru mereka dan untuk mendapatkan kemampuan dan kompetensi yang baru yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. **Pemberdayaan** menggambarkan interaksi profesional dengan keluarga dalam cara tertentu sehingga keluarga mempertahankan atau mendapat kontrol atas kehidupan mereka sendiri dan membuat perubahan positif yang di-

hasilkan dari perilaku membantu yang mengembangkan kekuatan, kemampuan, dan tindakan mereka sendiri (Duns dan Trivette, 1996).

Kemitraan orang tua-profesional adalah mekanisme yang sangat kuat untuk memampukan dan memberdayakan keluarga. Orang tua berhak dihargai seperti halnya profesional dan mereka mempunyai hak untuk memutuskan apa yang penting bagi mereka sendiri dan keluarganya. Peran profesional adalah mendukung dan menguatkan kemampuan keluarga untuk mengasuh dan meningkatkan perkembangan anggota dalam cara yang memampukan dan memberdayakan. Profesional harus juga bekerja sama sebagai suatu tim demi keuntungan anak dan keluarga mereka (Patterson, 1996).

Kemitraan menyiratkan kepercayaan bahwa mitra adalah individu yang mampu yang akan menjadi lebih mampu melalui pertukaran pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya dalam cara tertentu yang bermanfaat bagi semua orang yang terlibat. Kerja sama/kolaborasi dianggap sebagai suatu rangkaian. Keluarga mempunyai pilihan di sepanjang rangkaian, bergantung pada kekuatan dan kebutuhan mereka serta para profesional yang terlibat. Perawat dapat membantu **setiap** keluarga, mencakup mereka yang mempunyai riwayat permasalahan pribadi sebelumnya yang serius dan/atau permasalahan keluarga, untuk mengidentifikasi kekuatan mereka, mengembangkan diri mereka, dan menilai tingkatan kenyamanan dalam partisipasi (lihat kotak Praktik Berdasarkan penelitian). Walaupun keperawatan pada keluarga sangat ditekankan di sepanjang teks, topik ini lebih disoroti dalam uraian di kotak Kesadaran Budaya, Fokus Keluarga, dan Asuhan Keluarga di Rumah.

Asuhan Atraumatik

Walaupun kemajuan yang luar biasa telah dicapai dalam keperawatan anak, banyak perubahan yang telah menyembuhkan penyakit dan memperpanjang kehidupan merupakan hal yang bersifat traumatis, menyakitkan, merepotkan, dan menakutkan. Sayangnya, upaya memperkecil trauma akibat intervensi medis tidak mengiringi kemajuan teknologi. Dengan mengetahui stresor yang dihadapi oleh anak sakit dan keluarganya dan dengan intervensi yang efektif dan aman dalam menghilangkan atau mengurangi stresor ini, para profesional kesehatan harus mengarahkan perhatian mereka untuk memberikan pelayanan atraumatik.

Asuhan atraumatik adalah penyediaan asuhan terapeutik dalam lingkungan, oleh personel, dan melalui penggunaan intervensi yang menghapuskan atau memperkecil distres psikologis dan fisik yang diderita oleh anak-anak dan keluarga mereka dalam sistem pelayanan kesehatan.

Asuhan terapeutik mencakup pencegahan, diagnosis, penanganan, atau penyembuhan kondisi akut atau kronis.

Lingkungan mengacu pada setiap tempat yang memberikan perlindungan—seperti di rumah, rumah sakit, atau di setiap tempat pemberian pelayanan kesehatan. **Personel** meliputi orang yang secara langsung terlibat dalam memberikan asuhan terapeutik. **Intervensi** berkisar dari pendekatan psikologis, seperti menyiapkan anak-anak untuk prosedur pemeriksaan, sampai pada intervensi fisik, seperti menyediakan ruang untuk orang tua tinggal bersama anak dalam satu kamar. **Distres psikologis** meliputi kecemasan, ketakutan, kemarahan, kekecewaan, kesedihan, malu, atau rasa bersalah. **Distres fisik** dapat berkisar dari kesulitan tidur dan imobilisasi sampai pengalaman stimulus

PRAKTIK BERDASARKAN PENELITIAN

Asuhan Berpusat-Keluarga

Walaupun profesional siap menerima konsep asuhan berpusat-keluarga, namun mereka lambat untuk menerapkan praktik yang menganggap "keluarga sebagai pasien." Keterlambatan ini terjadi sebagian karena pelayanan asuhan yang berpusat-keluarga memerlukan pergeseran orientasi dalam penyediaan pelayanan. Filosofi perlu diperluas sampai melebihi praktik klinis yang sudah menjadi tradisi karena ketepatannya pada institusi dan personel (Ahmann, 1994).

Asuhan berpusat-keluarga perlu memandang keluarga sebagai pusat pelayanan, menjadikan masukan mereka sebagai faktor penentu utama intervensi yang diberikan. Sebagai contoh, kebijakan tentang larangan digantikan dengan **asuhan berdasar-keluarga**, seperti pilihan orang tua dan anak mengenai perpisahan selama prosedur, waktu kunjungan, dan dihapuskannya batasan usia atau jumlah pengunjung, kecuali setiap keluarga meminta. Pada kenyataannya, haruskah kata pengunjung tetap digunakan? Anggota keluarga pasti bukanlah pengunjung bagi anak mereka, yang pengunjung adalah perawat dan staf!

Dalam praktik Anda, apa kebijakan yang dapat dianggap sebagai asuhan berpusat-keluarga? Bagaimana mungkin

asuhan yang bukan didasarkan pada keluarga dapat diubah? Apa alasan yang diberikan staf dalam memilih praktik yang menyingkirkan keluarga? Bandingkan kebijakan institusi dengan pernyataan tentang misi dan tujuannya. Amat disayangkan, Anda mungkin dapat menemukan apa yang dilaporkan Hostler (1992): selama kunjungan ke 30 rumah sakit terkemuka di Amerika Serikat, tidak ditemukan adanya satu pun model yang unggul dalam pengimplementasian pelayanan yang terpusat pada keluarga. Untungnya, model asuhan berpusat-keluarga, seperti *Nursing Mutual Participation Mode* (Model Partisipasi Mutual Keperawatan) (Curley dan Wallace, 1992), telah nyata ada dan memberikan manfaat, seperti (Curley dan Wallace, 1992; Johnson, Jeppson, dan Redburn, 1992):

- Keluarga memiliki kepercayaan dan kemampuan yang lebih besar dan tekanan yang lebih kecil dalam merawat anak-anak mereka.
- Ketergantungan keluarga pada pemberi perawatan profesional berkurang.
- Biaya perawatan berkurang.
- Para profesional mengalami kepuasan kerja yang lebih besar.
- Kedua orang tua dan petugas kesehatan diberdayakan untuk mengembangkan keahlian dan keterampilan yang baru.

sensori yang mengganggu seperti rasa sakit, temperatur ekstrem, bunyi keras, cahaya yang menyilaukan atau kegelapan. Asuhan atraumatik berkaitan dengan siapa, apa, kapan, di mana, mengapa, dan bagaimana setiap prosedur dilakukan pada anak untuk mencegah atau meminimalkan stres fisik dan psikologis (Wong, 1989).

Tujuan utama dalam perawatan atraumatik adalah **"pertama, jangan melukai"**. Tiga prinsip yang memberikan kerangka kerja untuk mencapai tujuan ini adalah: (1) mencegah atau meminimalkan pemisahan anak dari keluarga; (2) meningkatkan rasa kendali; dan (3) mencegah atau meminimalkan nyeri dan cedera pada tubuh. Contoh pemberian asuhan atraumatik meliputi pengembangan hubungan anak-orang tua selama dirawat di rumah sakit, menyiapkan anak sebelum pelaksanaan terapi dan prosedur yang tidak dikenalnya, mengendalikan perasaan sakit, memberikan privasi pada anak, memberikan aktivitas bermain untuk mengungkapkan ketakutan dan permusuhan, menyediakan pilihan untuk anak-anak, dan menghormati perbedaan budaya.

Seluruh teks mengenai konsep asuhan atraumatik merupakan bagian integral dari semua diskusi tentang asuhan keperawatan. Contoh terpilih diberikan dalam kotak Asuhan Atraumatik. Banyak kotak dan tabel lain berfokus pada budaya, pengajaran kepada keluarga, riset, dan berpikir kritis yang menggabungkan aspek-aspek pemberian perawatan yang sedapat mungkin bersifat atraumatik. Bab 21, Keperawatan yang berpusat-keluarga pada anak selama sakit dan dirawat di rumah sakit, diatur sesuai dengan prinsip penyediaan asuhan atraumatik.

Penatalaksanaan Kasus

Penatalaksanaan kasus mempunyai kekayaan sejarah dalam pengordinasian pelayanan untuk mengendalikan biaya (Kersbergen, 1996). Gerakan manajemen kasus dimulai dari pelayanan keperawatan terhadap orang dewasa tetapi dengan cepat dapat diterapkan pada pelayanan keperawatan pediatrik. Manfaat penatalaksanaan kasus, seperti peningkatan kepuasan keluarga/pasien, pengurangan fragmentasi pelayanan, dan kemampuan untuk menguraikan dan mengukur hasil yang dicapai pada sekelompok pasien yang homogen, menjadi nyata.

Para manajer kasus mempunyai tanggung jawab dan tanggung gugat pada kelompok pasien tertentu dan menggunakan sistem alur atau batas waktu yang diperoleh dari standar perawatan untuk merencanakan perawatan (Kaufman dan Blanchon, 1996).

Batas waktu ini mempunyai berbagai nama: pedoman kritis, pedoman perawatan, perencanaan penatalaksanaan kasus, Caremaps (nama dagang dari *Center for Case Management*), rencana perawatan yang terkoordinasi, atau sebutan lainnya yang disepakati oleh institusi tertentu. Tanpa memerhatikan namanya, batas waktu ini merupakan rencana multidisiplin yang meliputi semua komponen perawatan untuk satu atau banyak episode penyakit, dan mencakup hasil yang diharapkan terjadi dari pemberian perawatan tersebut. Batas waktu/jadwal ini dapat diterapkan

pada perawatan pasien rawat inap atau dapat diterapkan ke seluruh rangkaian perawatan, termasuk perawatan di rumah (lihat juga Bab 20). Alur asuhan adalah alat penatalaksanaan kasus. Banyak keterampilan keperawatan yang tidak diakui dibuat nyata oleh berbagai tanggung jawab yang disusun dalam alur perawatan (MacPhee dan Hoffenberg, 1996).

Bersamaan dengan gerakan untuk memberikan perawatan dalam cara sistematis, profesional dan organisasi pemerintah berupaya membuat **pedoman praktik klinis** untuk perawatan kesakitan, penyakit, atau masalah terkait. Walaupun jadwal perawatan pada umumnya dikembangkan di dalam institusi dan mencerminkan pola praktik lokal, pedoman klinis dibuat pada tingkat nasional dan mencerminkan riset yang telah diselenggarakan terhadap kesakitan atau penyakit tertentu. Institusi pemerintah pusat yang telah mengembangkan pedoman klinis adalah **Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)**.

Dengan berlanjutnya gerakan untuk menyediakan perawatan berdasarkan pedoman, institusi ditantang untuk menggabungkan pedoman klinis ke dalam batas waktu untuk perawatan yang telah dibuat secara lokal. Hasil dari usaha ini adalah telah dikembangkannya pedoman klinis secara profesional yang dapat diintegrasikan ke dalam praktik di tingkat lokal.

Diharapkan agar sistem pembayaran di masa yang akan datang dalam pelayanan kesehatan akan terikat oleh pedoman klinis. Usaha ini mendorong asuhan agar dapat diberikan dalam cara yang berbiaya paling efektif serta memastikan bahwa asuhan didasarkan pada pedoman profesional dan bukan berdasarkan praktik tradisional.

PERAN PERAWAT PEDIATRIK

Hubungan Terapeutik

Penetapan hubungan terapeutik merupakan pondasi penting untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Perawat anak perlu berhubungan dengan anak-anak dan keluarganya dan harus dapat memisahkan antara perasaan dan kebutuhan mereka. Dalam **hubungan terapeutik**, *caring*, batasan yang didefinisikan dengan baik, memisahkan perawat dari anak dan keluarga. Batasan ini bersifat positif dan profesional dan akan meningkatkan kendali keluarga atas perawatan kesehatan anak (Rushton, McEnhill dan Armstrong, 1996; Barnsteiner dan Gillis-Donovan, 1990). Keduanya, baik perawat maupun keluarga diberdayakan, dan komunikasi yang terbuka dipertahankan. Dalam **hubungan yang tidak terapeutik**, batasan ini tidak terlihat dengan jelas, dan banyak tindakan perawat yang dapat memenuhi kebutuhan pribadi, seperti kebutuhan untuk dilibatkan dan merasa diperlukan, dibandingkan hanya memenuhi kebutuhan keluarga.

Walaupun relevan dalam semua tatanan, pendekatan asuhan berpusat-keluarga dalam praktik perawatan paling jelas dilakukan pada perawatan di rumah (*home-care*). Bagaimanapun, tatanan perawatan di rumah memberikan tantangan terbesar bagi perawat dalam menentukan

batasan hubungan kolaboratif dengan keluarga dan menjadi bagian dalam sistem keluarga. Beberapa faktor menghambat pemeliharaan batasan yang jelas tentang lingkungan rumah yang bersifat informal, percakapan sosial yang biasa terjadi antara anggota keluarga sepanjang hari, keikutsertaan anggota keluarga dalam perawatan anak, dan upaya beberapa keluarga untuk mengurangi stres karena kehadiran orang asing di rumah dengan memasukkan perawat sebagai anggota keluarga.

Penelaahan apakah hubungan dengan pasien adalah hubungan terapeutik atau bukan dapat menolong perawat mengidentifikasi masalah lebih awal dalam interaksi mereka dengan anak dan keluarga. Walaupun pertanyaan untuk menyelidiki jenis keterlibatan keluarga dapat dikatakan sebagai negatif atau positif, tidak ada satu pun pertanyaan yang membuat suatu hubungan menjadi terapeutik atau tidak terapeutik. Misalnya, perawat dapat meluangkan lebih banyak waktu bersama keluarga tetapi tetap mengetahui kebutuhan mereka sendiri dan mempertahankan pemisahan dari hubungan profesionalnya. Petunjuk penting untuk hubungan tidak terapeutik adalah kekhawatiran staf tentang tindakan sejawat mereka terhadap keluarga.

Advokasi/Caring Keluarga

Walaupun perawat bertanggung jawab terhadap diri sendiri, profesi, dan institusi tempat bekerja, tanggung jawab utama mereka adalah memberikan asuhan keperawatan kepada konsumen yaitu anak dan keluarganya. Perawat harus bekerja sama dengan anggota keluarga, mengidentifikasi tujuan dan kebutuhan mereka, dan merencanakan intervensi yang paling dapat mengatasi masalah. Sebagai advokat (pembela), perawat membantu anak-anak dan keluarga mereka dalam menentukan berbagai pilihan yang diberitahukan dan bertindak dalam memberikan yang terbaik kepada anak. Advokasi itu meliputi jaminan bahwa keluarga akan mengetahui semua pelayanan kesehatan yang tersedia, diinformasikan secara tepat tentang pengobatan dan prosedurnya, dilibatkan dalam perawatan anak, dan didorong untuk berubah atau mendukung praktik pelayanan kesehatan yang ada. *United Nations Declaration of the Rights of the Child* (Deklarasi PBB tentang Hak Anak) (Kotak 1-2) memberikan pedoman bagi praktik keperawatan untuk memastikan bahwa setiap anak akan menerima pelayanan keperawatan yang optimal. Perawat menggunakan pengetahuan ini untuk memberikan pelayanan keperawatan dalam mencapai kesejahteraan fisik dan emosi anak yang optimal.

Saat perawat merawat anak dan keluarganya, perawat harus mampu menunjukkan **caring**, menunjukkan rasa kasih dan empati terhadap orang lain. Aspek **caring** dapat berwujud konsep tentang asuhan atraumatik dan pengembangan hubungan terapeutik dengan klien. Orang tua merasa bahwa **caring** merupakan tanda asuhan keperawatan yang berkualitas, yang sering dipusatkan pada kebutuhan non-teknis anak dan keluarga. Orang tua menjelaskan bahwa pelayanan yang "bersahaja" merupakan tindakan yang menjadi tanggung jawab perawat, termasuk

KOTAK 1-2 DEKLARASI PBB TENTANG HAK ANAK

Semua anak-anak perlu:
 Untuk bebas dari diskriminasi
 Untuk berkembang secara fisik dan mental secara bebas dan bermartabat
 Untuk memiliki nama dan kebangsaan
 Untuk mempunyai gizi yang cukup, perumahan, rekreasi, dan pelayanan kesehatan
 Untuk menerima perawatan khusus jika cacat jasmani
 Untuk menerima cinta, pemahaman, dan keamanan secara material
 Untuk menerima pendidikan dan mengembangkan kemampuannya
 Untuk didahulukan dalam menerima perlindungan saat keadaan bencana
 Untuk dilindungi dari pengabaian, kekejaman, dan eksploitasi
 Untuk dididik dengan semangat persahabatan antar-manusia

mengetahui kehadiran orang tua, mendengarkan, membuat perasaan orang tua nyaman terhadap lingkungan rumah sakit, menyertakan anak dan orang tua di dalam perawatan kesehatan, menunjukkan minat dan perhatian untuk kesejahteraan mereka, memperlihatkan kasih sayang dan kepekaan kepada orang tua dan anak, memberitahukan mereka dan memberikan asuhan keperawatan secara individual. Orang tua merasa asuhan keperawatan yang "bersahaja" merupakan bagian integral dalam membangun hubungan yang positif.

Perawat menyadari kebutuhan anak-anak dan bekerja dengan semua pemberi pelayanan kesehatan untuk memastikan bahwa seluruh kebutuhan pokok ini dipenuhi. Hal ini sering mengharuskan perawat memperluas ruang lingkup praktik ke tatanan yang tidak tradisional. Perawat dapat dilibatkan dalam pendidikan, perubahan legislatif/politik, rehabilitasi, skrining, administrasi, dan bahkan dalam bidang teknik dan arsitektur. Tanpa memerhatikan bagaimana perpindahan dari perawat asuhan pasien individual langsung, mereka terus mengembangkan praktik pelayanan kesehatan yang mempromosikan kesehatan anak-anak dengan menggabungkan pengetahuan tentang pertumbuhan dan perkembangan anak ke dalam peran praktik tertentu. Sebagai contoh, sebagai pendidik seorang perawat mempunyai tanggung jawab utama membantu orang lain belajar tentang menolong orang di lingkungan sekitarnya dan merawat anak-anak. Audiens perawat mungkin juga perawat lainnya, orang tua, guru sekolah, anggota tim kesehatan lain, atau masyarakat umum.

Pencegahan Penyakit/Promosi Kesehatan

Tren pelayanan kesehatan masa depan adalah ke arah pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan, bukan

perawatan penyakit atau ketidakmampuan. Keperawatan telah menyesuaikan perubahan ini, terutama dalam lingkungan kesehatan anak. Tahun 1965 program **pediatric nurse practitioner** (PNP) mulai dikembangkan dan telah memicu terbentuknya beberapa peran keperawatan primer atau ambulasi khusus bagi perawat. Daya dorong dari program ini adalah mendidik perawat lebih dari tahap persiapan dasar di area pemeliharaan kesehatan anak sehingga semua anak-anak dapat menerima perawatan yang berkualitas tinggi. Program praktisi sudah meluas untuk mempersiapkan PNP spesialis seperti praktisi perawat anak onkologi. Walaupun kurikulumnya bervariasi, isi kursus biasanya meliputi pengkajian riwayat, diagnosis fisik, pertumbuhan dan perkembangan, pendidikan kesehatan, farmakologi, konseling, masalah umum di masa kanak-kanak, dan rencana asuhan untuk individu dan kelompok. Program ini kini merupakan bagian dari pendidikan keperawatan tingkat sarjana.

Peran **clinical nurse specialist** (CNS) telah dikembangkan dalam upaya menyediakan asuhan keperawatan ahli. Selain itu, CNS bertindak sebagai suatu model peran untuk praktik staf klinis, sebagai peneliti untuk memvalidasi observasi dan intervensi keperawatan, sebagai agens perubahan dalam sistem pelayanan kesehatan, dan sebagai konsultan/guru dalam tim pelayanan kesehatan (Naylor dan Brooten, 1993). Spesialis klinis berkompeten menyediakan pelayanan perawatan selama semua tahapan penyakit atau kesejahteraan dan melaksanakan fungsinya di lingkungan mana pun tempat pasien ditemui—rumah sakit, rumah, komunitas, klinik, atau fasilitas jangka panjang. Peran CNS telah berkembang dalam setiap bidang spesialisasi tradisional dan mencakup subspecialisasi, seperti CNS kardiovaskular, onkologi, dan neurologi pediatrik. Persiapan pendidikan mencakup tingkat sarjana dalam keperawatan. Beberapa program tingkat sarjana sekarang menggabungkan peran PNP dan CNS, suatu isu yang terus mendapat banyak perhatian (Page dan MacKowiak, 1997). Meskipun julukan untuk penyatuan peran bervariasi, perawat ini secara umum disebut **advanced nurse practitioner (ANP atau ARNP)**. Perawat praktik tingkat lanjut banyak yang menjadi staf klinik perawatan kesehatan yang terkelola (Segal-Isaacson, 1996).

Setiap perawat yang terlibat dalam perawatan anak harus mempraktikkan kesehatan preventif. Tanpa memerhatikan masalah yang telah diidentifikasi, peran perawat adalah untuk merencanakan asuhan yang mengembangkan setiap aspek pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan proses pengkajian saksama, masalah yang berhubungan dengan nutrisi, imunisasi, keamanan, perawatan gigi, perkembangan, sosialisasi, disiplin, atau sekolah sering menjadi jelas. Ketika masalah teridentifikasi, perawat bertindak untuk mengintervensi secara langsung atau merujuk keluarga ke individu atau lembaga kesehatan lain.

Pendekatan terbaik untuk pencegahan adalah pendidikan dan pedoman antisipasi. Dalam buku ini masing-masing bab pada promosi kesehatan mencantumkan pedoman antisipasi. Pengenalan terhadap bahaya atau konflik dalam setiap periode perkembangan memungkinkan perawat untuk membimbing orang tua dalam hal praktik peng-

asuhan anak yang ditujukan untuk pencegahan masalah potensial. Salah satu contoh yang paling signifikan adalah keamanan. Karena setiap kelompok usia berisiko mengalami tipe cedera tertentu, penyuluhan preventif dapat membantu mencegah banyak cedera, sehingga secara bermakna menurunkan tingkat kecacatan permanen dan mortalitas akibat cedera pada anak.

Pencegahan juga melibatkan lebih sedikit aspek perawatan anak. Di samping mencegah penyakit fisik atau cedera, peran perawat adalah mempromosikan kesehatan mental. Sebagai contoh, tidak cukup hanya memberi imunisasi tanpa memerhatikan trauma psikologis yang berhubungan dengan prosedur. Kesehatan optimum melibatkan praktik pengobatan yang baik dengan pendekatan kemanusiaan pada pelayanan kesehatan; perawat sering menjadi salah satu profesional yang mampu menjamin "kemanusiaan" ini.

Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari advokasi dan prevensi keluarga. Penyuluhan kesehatan mungkin suatu tujuan langsung dari perawat, seperti selama kelas menjadi orang tua, atau mungkin tidak langsung seperti membantu orang tua dan anak memahami suatu diagnosis atau pengobatan medis, mendorong anak untuk mengajukan pertanyaan tentang tubuh mereka, merujuk keluarga ke profesional kesehatan atau kelompok pendukung, menyuplai pasien dengan literatur yang tepat, dan memberi pedoman antisipasi.

Penyuluhan kesehatan sering merupakan satu bidang yang perlu disiapkan dan dipraktikkan oleh perawat dengan model peran kompeten, karena penyuluhan ini melibatkan transmisi informasi pada tingkat pemahaman anak dan keluarga dan kebutuhan mereka terhadap informasi. Sebagai pendidik yang efektif, perawat berfokus pada pemberian penyuluhan kesehatan yang tepat dengan umpan balik dan evaluasi yang tulus untuk meningkatkan pembelajaran.

Dukungan/Konseling

Perhatian pada kebutuhan emosi memerlukan dukungan dan kadang-kadang konseling. Peran advokat anak atau guru kesehatan bersifat mendukung melalui pendekatan individual yang sangat alamiah. Dukungan dapat diberikan dengan cara berikut: mendengar, menyentuh, dan kehadiran fisik. Sentuhan dan kehadiran fisik paling menolong anak-anak karena cara ini memudahkan komunikasi nonverbal.

Konseling melibatkan pertukaran pendapat dan ide yang memberi dasar untuk pemecahan masalah bersama. Konseling melibatkan dukungan, penyuluhan, teknik untuk mendorong ekspresi perasaan dan pikiran, dan pendekatan untuk membantu keluarga mengatasi stres. Secara optimal, konseling tidak hanya membantu mengatasi krisis atau masalah tetapi juga memungkinkan keluarga untuk mendapatkan tingkat fungsi lebih tinggi, harga diri lebih tinggi, dan hubungan yang lebih dekat. Meskipun konseling

sering menjadi peran perawat dalam bidang yang lebih spesialis, teknik konseling dibahas dalam berbagai bagian dalam buku ini untuk membantu peserta didik dan perawat mengatasi krisis yang dihadapi dan merujuk keluarga untuk mendapat bantuan profesional tambahan.

Peran Restoratif

Peran paling dasar dari semua peran keperawatan adalah restorasi kesehatan melalui aktivitas pemberian asuhan. Perawat secara langsung terlibat dalam pemenuhan kebutuhan fisik dan emosi anak, termasuk makan, mandi, toileting, berpakaian, keamanan, dan sosialisasi. Meskipun mereka bertanggung jawab untuk melakukan program dokter, perawat juga bertanggung gugat atas tindakan dan penilaian mereka sendiri tanpa memerhatikan program tertulis dari dokter.

Aspek penting dari restorasi kesehatan adalah pengkajian dan evaluasi status fisik yang berkesinambungan. Fokus utama seluruh buku ini pada pengkajian fisik, patofisiologi, dan rasional ilmiah atas terapi yang dilakukan membantu perawat membuat keputusan mengenai status kesehatan. Perawat harus mengetahui temuan normal untuk mengidentifikasi dan mendokumentasikan penyimpangan. Selain itu, perawat pediatrik tidak boleh kehilangan kesadaran tentang kebutuhan emosi dan perkembangan individu anak, yang dapat sangat memengaruhi perjalanan proses penyakit.

Koordinasi/Kolaborasi

Perawat, sebagai anggota tim kesehatan, berkolaborasi dan mengoordinasi pelayanan keperawatan dengan aktivitas profesional lain. Bekerja sendirian tidak memberikan hal terbaik untuk anak. Konsep "asuhan holistik" hanya dapat direalisasi melalui penyatuan pendekatan interdisiplin. Menyadari kontribusi dan keterbatasan individu pada perawatan anak, perawat harus berkolaborasi dengan spesialis lain untuk memberikan pelayanan kesehatan berkualitas tinggi. Kegagalan mengenali keterbatasan dapat menjadi non-terapeutik dan mungkin destruktif. Misalnya, perawat yang merasa kompeten dalam konseling tetapi tidak benar-benar cocok dalam bidang ini mungkin tidak hanya mencegah anak dari menghadapi krisis tetapi mungkin juga mengancam keberhasilan profesional yang berkualitas nantinya.

Bahkan perawat yang berpraktik dalam area geografik terisolasi yang luas dan terpisah dari profesional kesehatan lain tidak dapat dianggap mandiri. Setiap perawat bekerja secara interdependen dengan anak dan keluarga, mengoordinasikan kebutuhan dan intervensi sehingga rencana asuhan akhir benar-benar memenuhi kebutuhan anak. Sayangnya, aspek kolaborasi dan koordinasi ini sering diabaikan dalam perencanaan asuhan kesehatan. Banyak disiplin sering bekerja bersama untuk merumuskan pendekatan komprehensif tanpa berkonsultasi dengan klien mengenai ide atau pilihan mereka. Perawat ada pada posisi

vital untuk melibatkan konsumen dalam asuhan mereka, baik secara langsung atau tidak-langsung, dengan mengoordinasikan pikiran-pikiran mereka pada tim kesehatan.

Pengambilan Keputusan Etis

Dilema etis muncul ketika pertentangan dari pertimbangan moral mendasari berbagai alternatif. Orang tua, dokter, perawat, dan anggota tim pelayanan kesehatan dapat memperoleh keputusan berbeda tetapi dapat dibenarkan secara moral dengan menempatkan pertimbangan berbeda pada nilai moral yang menentangnya. Pertentangan nilai moral ini meliputi **autonomi**, hak-hak pasien untuk mengatur dirinya sendiri; **nonmaleficence**, kewajiban untuk memperkecil atau mencegah bahaya; **beneficence**, kewajiban untuk mempromosikan kesejahteraan pasien, dan **keadilan**, konsep kesamaan (Cornelison, 1998; Salvatore dan Baxter, 1998). Perawat harus menentukan tindakan yang paling menguntungkan atau paling sedikit bahayanya dalam kerangka kerja masyarakat, standar praktik profesional, hukum, peraturan lembaga, tradisi religius, sistem nilai keluarga, dan nilai pribadi perawat.

Ketika konflik etis terjadi, perawat bisa mengalami konflik loyalitas pada profesi mereka, rekan kerja, pasien dan keluarga, institusi, dan masyarakat. Peran perawat dalam pengambilan keputusan etis bisa ambigu. Seorang perawat mungkin berkewajiban untuk menyelesaikan prosedur yang didasarkan pada program dokter atau kebijakan rumah sakit tetapi tidak sesuai dengan hal terbaik untuk pasien. Kadang-kadang, anggota tim pelayanan kesehatan tidak mencari masukan atau keterlibatan perawat tersebut, meninggalkan perawat dengan informasi yang tidak jelas tentang situasi klinis atau tanpa pemilihan suara dalam pengambilan keputusan.

Peran perawat sebagai anggota tim pelayanan kesehatan memastikan keikutsertaan mereka di dalam pengambilan keputusan etis kolaboratif. Perawat secara rutin menggunakan metode pemecahan masalah sistematis yang dikenal sebagai **proses keperawatan**, untuk memecahkan masalah klinis. Masing-masing keputusan menuntut perawat untuk mengumpulkan data fisiologis dan psikososial, mengkaji nilai relevan yang diyakini keluarga dan pasien, dan menggabungkan data tersebut ke dalam suatu rencana asuhan. Masing-masing aktivitas ini adalah suatu komponen penting dalam pengambilan keputusan etis.

Selanjutnya, karena perawat meluangkan sebagian besar waktunya secara langsung untuk merawat anak, mereka berada dalam posisi yang unik untuk memberikan wawasan tentang kondisi pasien dan responsnya terhadap terapi. Selain itu, mereka membantu keluarga menghadapi berduka dan stres dan sering menginterpretasikan informasi mengenai kondisi anak, prognosis, dan pilihan pengobatan untuk membantu keluarga mengambil keputusan berdasarkan informasi. Oleh karena hubungan mereka dengan keluarga, perawat mampu menghadirkan nilai, keyakinan, dan pilihan orang tua dan anak, sehingga bertindak sebagai penghubung penting untuk komunikasi antara keluarga dan anggota tim kesehatan lainnya.

Perawat juga menggunakan kode etik profesional untuk pedoman dan alat pengaturan diri profesional. *The Code for Nurses* menurut *American Nurses Association* berfokus pada tanggung jawab dan tanggung gugat perawat kepada klien dan menekankan peran keperawatan sebagai suatu profesi mandiri yang memegang liabilitas hukumnya sendiri (Kotak 1-3).

Perawat harus mempersiapkan diri mereka secara sistematis untuk pengambilan keputusan etis kolaboratif. Hal ini dapat terpenuhi melalui kerja formal, pendidikan berkelanjutan, literatur kontemporer, dan aktif menetapkan suatu lingkungan yang kondusif untuk pembicaraan tentang etika. Perawat harus banyak mengetahui seputar mekanisme untuk resolusi perselisihan, tinjauan ulang kasus oleh komite etika, prosedur perlindungan, Undang-undang negara bagian, dan hukum kasus.

Perawat sering menghadapi masalah etis dalam perawatan pasien, seperti penggunaan pertolongan jiwa untuk bayi baru lahir dengan berat badan lahir sangat rendah atau hak anak yang sakit terminal untuk menolak pengobatan. Mereka mungkin berperang dengan pertanyaan mengenai kebenaran, menyeimbangkan hak dan tanggung jawab mereka dalam merawat anak AIDS, memberi informasi atau alokasi sumber daya. Dalam buku ini suatu dilema disajikan dalam kotak berjudul "Praktik Berdasarkan Penelitian". Konflik argumentasi etika disajikan untuk membantu perawat memperjelas pertimbangan nilai mereka ketika dihadapkan pada masalah yang sensitif.

Riset

Perawat pelaksana harus berperan pada riset karena mereka adalah individu yang mengamati respons manusia terhadap kesehatan dan kesakitan. Sayangnya, sedikit perawat yang secara sistematis mencatat atau menganalisis pengamatan ini. Sebagai contoh, perawat kesehatan anak menggunakan metode inovatif untuk mendorong anak-anak mematuhi pengobatan. Jika intervensi ini secara klinis dievaluasi dan disebarluaskan pada perawat lain dalam publikasi riset, praktik keperawatan dapat didasarkan terutama pada ilmiah, bukan tradisi atau coba-coba.

Penekanan saat ini pada hasil yang dapat diukur untuk menentukan efektivitas intervensi (sering kali dalam kaitannya dengan biaya) menuntut agar perawat mengetahui apakah intervensi klinis menimbulkan hasil positif untuk klien mereka. Tuntutan ini telah memengaruhi tren saat ini ke arah **praktik berdasarkan penelitian**. Praktik berdasarkan penelitian menyiratkan pertanyaan *mengapa* sesuatu efektif dan *apakah* ada pendekatan yang lebih baik. Konsep praktik berdasarkan penelitian juga melibatkan analisis dan penerjemahan riset klinis yang diterbitkan ke dalam praktik keperawatan sehari-hari. Ketika perawat mendasarkan praktik klinis mereka pada ilmu pengetahuan dan riset dan mendokumentasikan hasil klinis mereka, mereka akan mampu memvalidasi kontribusi mereka pada kesehatan, kesejahteraan, dan pengobatan tidak hanya pada klien mereka, pembayar pihak-ketiga, dan institusi, tetapi juga kepada profesi keperawatan (Freda,

KOTAK 1-3 KODE ETIK PERAWAT

1. Perawat memberi pelayanan dengan menghormati martabat manusia dan keunikan klien yang tidak dibatasi oleh pertimbangan sosial atau status ekonomi, atribut pribadi, atau sifat dari masalah kesehatan.
2. Perawat melindungi hak-hak privasi klien dengan melindungi informasi yang bersifat pribadi secara bijak.
3. Perawat bertindak untuk menyelamatkan klien dan publik ketika pelayanan dan keselamatan kesehatan dipengaruhi oleh praktik yang tidak kompeten, tidak etis, atau ilegal dari siapa pun.
4. Perawat menjalankan tanggung jawab dan tanggung gugat untuk penilaian dan tindakan keperawatan individual.
5. Perawat mempertahankan kompetensi dalam keperawatan.
6. Perawat melatih penilaian informal dan penggunaan kompetensi dan kualifikasi individual sebagai kriteria dalam mencari konsultasi, menerima tanggung jawab, dan mendelegasikan aktivitas keperawatan kepada orang lain.
7. Perawat berpartisipasi dalam aktivitas yang turut berperan dalam pengembangan landasan pengetahuan profesi.
8. Perawat berpartisipasi dalam upaya profesi untuk menerapkan dan meningkatkan standar keperawatan.
9. Perawat berpartisipasi dalam upaya profesi untuk menetapkan dan memelihara kondisi ketenagakerjaan yang kondusif untuk asuhan keperawatan berkualitas tinggi.
10. Perawat berpartisipasi dalam upaya profesi untuk melindungi publik dari kesalahan informasi dan kesalahan representasi dan untuk mempertahankan integritas keperawatan.
11. Perawat berkolaborasi dengan anggota profesi kesehatan dan warga negara lain dalam meningkatkan upaya masyarakat dan nasional untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat.

American Nurses Association, 1997. Diproduksi ulang dengan izin dari American Nurses' Association.

1998). Evaluasi penting pada proses keperawatan, dan riset adalah salah satu cara terbaik untuk memenuhinya.

Perencanaan Pelayanan Kesehatan

Beberapa tahun terakhir peran perawat telah meluas hingga ke luar dari keluarga inti hingga mencakup komunitas (Kerfoot, 1996). Secara tradisional perawat telah terlibat dalam pelayanan kesehatan masyarakat, baik secara kontinu atau episodik. Namun, jarang sekali perawat dilibatkan dalam perencanaan pelayanan kesehatan, terutama pada tingkatan legislatif atau politis.

Di masa depan, keperawatan harus memasukkan komponen politik ke dalam identitas profesional mereka dan berupaya untuk memengaruhi lembaga pemerintah yang membuat keputusan (Brown, 1996).

Sebagai profesi pelayanan kesehatan yang paling besar, keperawatan harus mempunyai suara, terutama sebagai advokat keluarga/konsumen. Untuk itu, perawat harus me-

KOTAK 1-4 STANDAR ASOSIASI PERAWAT AMERIKA TENTANG PRAKTIK KEPERAWATAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

Standar I: Perawat membantu anak-anak dan orang tua mencapai dan memelihara kesehatan optimum.

Standar II: Perawat membantu keluarga untuk mencapai dan memelihara keseimbangan antara kebutuhan pertumbuhan pribadi individu anggota keluarga dan fungsi keluarga secara optimum.

Standar III: Perawat mengintervensi keluarga dan klien yang rentan terhadap risiko untuk mencegah kemungkinan masalah perkembangan dan kesehatan.

Standar IV: Perawat meningkatkan lingkungan yang bebas bahaya untuk reproduksi, pertumbuhan dan perkembangan, dan pemulihan dari penyakit.

Standar V: Perawat mendeteksi perubahan dalam status kesehatan dan penyimpangan dari perkembangan optimum.

Standar VI: Perawat menjalankan intervensi dan pengobatan yang sesuai untuk memfasilitasi daya tahan hidup dan pemulihan dari penyakit.

Standar VII: Perawat membantu klien dan keluarga untuk memahami dan mengatasi situasi traumatis dan perkembangan selama sakit, melahirkan, pengasuhan, dan masa kanak-kanak.

Standar VIII: Perawat secara aktif menjalankan strategi untuk meningkatkan akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang adekuat.

Standar IX: Perawat meningkatkan praktik keperawatan kesehatan ibu dan anak melalui evaluasi terhadap praktik, pendidikan, dan riset.

Dari American Nurses Association: *Standards of maternal and child health nursing practice*, Washington, DC, 1983, The Association.

miliki pengetahuan dan mengetahui tentang kebutuhan masyarakat, tertarik dalam perumusan biaya oleh pemerintah, mendukung politisi untuk menjamin dikeluarkannya (atau ditolaknya) legislasi yang signifikan, dan terlibat aktif dalam kelompok yang ditujukan untuk kesejahteraan anak (mis. kelompok keperawatan profesional, organisasi orang tua-guru, kelompok pendukung orang tua, organisasi religius, dan organisasi sukarelawan).

Perencanaan pelayanan kesehatan melibatkan tidak hanya penyediaan layanan yang baru tetapi juga meningkatkan kualitas yang paling tinggi atas pelayanan yang ada. Keperawatan perlu menjamin keunggulan profesinya sendiri melalui setiap individu anggota, yang berpraktik sesuai dengan Kode Etik Perawat dan standar praktik. **Standar praktik** adalah tingkat kinerja yang diharapkan dari seorang profesional. Perawat pediatrik diwajibkan untuk mengikuti *Standards of Maternal-Child Health Nursing* (Kotak 1-4) dan standar khusus untuk spesialisasi mereka, seperti keperawatan onkologi pediatrik atau keperawatan sekolah. Mereka juga harus terlibat dalam membuat sejawat mereka mengimplementasikan standar melalui pendidikan, model peran, dan pengawasan.

Di dalam buku ini standar yang paling tinggi dari praktik keperawatan secara terus-menerus ditunjukkan dalam

penekanan pada pengkajian saksama, fokus pada rasional ilmiah sebagai dasar asuhan, ringkasan tujuan dan tanggung jawab asuhan keperawatan, dan pembahasan komprehensif tentang pertumbuhan dan perkembangan. Prinsip-prinsip berpusat-keluarga secara kontinu ditunjukkan dalam pertimbangan dinamika yang memengaruhi anak, orang tua, saudara kandung, dan anggota keluarga besar. Perawat dipandang sebagai komponen vital dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan.

TREN MASA DEPAN

Pergeseran fokus saat ini dari pengobatan penyakit menjadi promosi kesehatan akan memperluas peran perawat dalam asuhan ambulatori, dengan pencegahan dan penyuluhan kesehatan yang mendapat penekanan besar. Karena pembayaran prospektif menjadi lebih besar pada asuhan pediatrik, kebutuhan untuk asuhan di rumah dan pelayanan kesehatan komunitas akan menuntut perawat menjadi lebih mandiri dan sangat terampil melebihi lingkungan asuhan terdahulu. Kedua tren ini digambarkan pada buku ini, dengan penekanan lebih pada pencegahan melalui bimbingan antisipasi, pengkajian kesehatan anak dan keluarga, dan perencanaan pemulangan dan asuhan di rumah dan komunitas. Ketika perubahan kebijakan sosial membentuk perluasan arena pelayanan kesehatan, fokus asuhan keperawatan tidak lagi apa yang kita **lakukan untuk** keluarga, tetapi apa yang kita **lakukan dalam kemitraan dengan** mereka (Plotnick dan Presler, 1996). Karenanya filosofi asuhan berpusat-keluarga tidak lagi menjadi pilihan, tetapi menjadi suatu kewajiban.

Kemajuan teknologi yang berhubungan dengan asuhan pasien, serta tuntutan terhadap pengetahuan komputer dalam lingkungan kerja, adalah tren masa depan yang tidak dapat dielakkan lagi. Karena makin banyak posisi yang tercipta dalam sistem pelayanan kesehatan yang tidak menuntut latar belakang keperawatan, seperti "pendidik perawatan pasien" dan personel asisten tanpa lisensi, perawat dituntut secara kontinu untuk meningkatkan pengetahuan mereka dan membuktikan kontribusi unik mereka. **Unlicensed assistive personnel (UAP)** "adalah individu yang dilatih untuk berfungsi dalam peran pembantu perawat profesional terdaftar dalam pemberian aktivitas asuhan (peserta didik) yang didelegasikan oleh dan di bawah pengawasan perawat profesional terdaftar" (American Nurses Association, 1994).

KEWASPADAAN Keperawatan Ketika perawat terdaftar (*registered nurse, RN*) menetapkan bahwa seseorang yang tidak diizinkan untuk melakukan praktik keperawatan dapat secara aman memberikan aktivitas atau tugas keperawatan tertentu untuk pasien dan mendelegasikan aktivitas tersebut pada orang tersebut, RN ini tetap bertanggung jawab dan secara legal bertanggung gugat untuk asuhan yang diberikan tersebut.

Perubahan demografik juga akan memengaruhi keperawatan pediatrik. Meskipun jumlah aktual anak di bawah usia 18 tahun akan meningkat dari 64,3 juta pada tahun 1990 menjadi kira-kira 78 juta pada tahun 2020, makna relatifnya dalam hal proporsi populasi total akan menurun dari 26% sampai 24%. Dengan kata lain, populasi dewasa berkembang lebih cepat daripada populasi pediatrik. Yang menyertai kecenderungan ini adalah penurunan jumlah anak kecil dan peningkatan jumlah anak yang lebih besar, serta penurunan populasi kulit putih dengan peningkatan kelompok minoritas. Misalnya, kelahiran dari kelompok kulit putih diperkirakan menurun, kelahiran dari kelompok kulit hitam diproyeksikan meningkat, dan peningkatan terbesar akan terjadi pada kelahiran orang Hispanik dan Asia. Perubahan seperti ini akan memengaruhi pemberian pelayanan kesehatan, dengan masalah pada masa remaja dan kelompok minoritas menjadi lebih signifikan. Ketika persentase populasi lansia lebih besar, biaya pelayanan kesehatan akan terpecah antara kelompok muda dan lansia, dengan penyempitan sumberdaya untuk memenuhi kebutuhan keduanya. Perawat perlu mengikuti perkembangan pada pengobatan remaja dan terus mengadaptasi perawatan mereka dengan berbagai budaya di lingkungan tempat praktik mereka. Tantangan yang terbaru akan menyerap biaya tanpa mengorbankan kualitas asuhan.

BERPIKIR KRITIS DAN PROSES KEPERAWATAN ANAK DAN KELUARGA

BERPIKIR KRITIS

Berpikir kritis adalah suatu proses berpikir sistematis yang penting bagi seorang profesional. Berpikir kritis akan membantu profesional dalam memenuhi kebutuhan klien. **Berpikir kritis** adalah berpikir dengan tujuan dan mengarah-sasaran yang membantu individu membuat penilaian berdasarkan data bukan perkiraan (Alfaro-LeFevre, 1995). Berpikir kritis berdasarkan pada metode penyelidikan ilmiah, yang juga menjadi akar dalam proses keperawatan. Berpikir kritis dan proses keperawatan adalah krusial untuk keperawatan profesional karena cara berpikir ini terdiri atas pendekatan holistik untuk pemecahan masalah.

Berpikir kritis adalah proses perkembangan kompleks yang berdasarkan pada pikiran rasional dan cermat. Menjadi pemikir kritis adalah sebuah denominator umum untuk pengetahuan yang menjadi contoh dalam pemikiran yang disiplin dan mandiri. Pengetahuan didapat, dikaji, dan diatur melalui berpikir. Keterampilan kognitif yang digunakan dalam berpikir kualitas-tinggi, memerlukan disiplin intelektual, evaluasi-diri, berpikir ulang, oposisi, tantangan, dan dukungan (Paul, 1993). Berpikir kritis mentransformasikan cara individu memandang dirinya sendiri,

KOTAK 1-5 PERTANYAAN EVALUASI-DIRI PADA BERPIKIR KRITIS

- Apa tujuan berpikir saya?
- Apa pertanyaan pasti yang saya coba jawab?
- Dalam sudut pandang apa saya berpikir?
- Informasi apa yang sedang saya gunakan?
- Bagaimana saya menginterpretasikan informasi tersebut?
- Konsep atau ide apa yang ada dalam pikiran saya?
- Apa yang akan saya dapatkan, dan asumsi apa yang saya buat?
- Bila saya mendapatkan kesimpulan, apa implikasinya?
- Apa yang akan menjadi konsekuensi bila saya menempatkan pikiran saya pada suatu tindakan?

Dari Paul R: *Critical thinking: what every person needs to survive in a rapidly changing world*, Rohnert Park, CA, 1993. Foundation for Critical Thinking.

memahami dunia, dan membuat keputusan (Chafee, 1994).

Dimensi krusial dalam berpikir kritis mencakup kesempurnaan berpikir, elemen pikiran, dan domain pikiran. Ketika berpikir jelas, tepat, akurat, relevan, konsisten, dan seimbang, suatu koneksi logis berkembang di antara elemen-elemen dan masalah yang dihadapi. Pertanyaan evaluasi-diri yang meningkatkan perkembangan berpikir kritis diuraikan pada Kotak 1-5 (Paul, 1993).

Dalam pengenalan tentang pentingnya keterampilan ini, Latihan Berpikir Kritis telah dimasukkan dalam buku ini. Latihan ini menyajikan situasi praktik keperawatan yang menuntut peserta didik untuk menggunakan keterampilan berpikir kritis agar mendapat kesimpulan terbaik. Peserta didik diarahkan melalui pertanyaan evaluasi-diri untuk membuat respons rasional dan cermat berdasarkan berpikir mandiri. Keuntungan dari latihan berpikir ini adalah bahwa mereka dapat meningkatkan kinerja keperawatan dalam penilaian klinis.

PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan adalah suatu metode identifikasi masalah dan pemecahan masalah yang menggambarkan apa yang sebenarnya dilakukan perawat. Model lima-langkah yang diterima sebagai proses keperawatan adalah: pengkajian, diagnosis (identifikasi masalah), perencanaan (dengan pembuatan sasaran), implementasi, dan evaluasi. Langkah kedua dari proses keperawatan, diagnosis keperawatan, adalah penyebutan masalah anak/keluarga dalam bahasa keperawatan umum. *American Nurses Association* telah menetapkan *Standards for Practice* (penggunaan proses keperawatan) dan *Standards of Professional Performance* (perilaku profesional) (Kotak 1-6). Pada *Standards of Care*, fase diagnosis keperawatan dari proses keperawatan dipisahkan ke dalam dua langkah: diagnosis keperawatan dan identifikasi hasil. Model ini menyajikan proses enam-langkah.

KOTAK 1-6 STANDAR PRAKTIK ASOSIASI PERAWAT AMERIKA (ANA)

STANDAR ASUHAN (PENGUNAAN PROSES KEPERAWATAN)

Standar	I	Pengkajian: Perawat mengumpulkan data kesehatan klien.
	II	Diagnosis: Perawat menganalisis data pengkajian dalam menentukan diagnosis.
	III	Identifikasi hasil: Perawat mengidentifikasi hasil yang diharapkan per individual klien.
	IV	Perencanaan: Perawat membuat suatu rencana asuhan yang menetapkan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan.
	V	Implementasi: Perawat mengimplementasikan intervensi yang telah diidentifikasi pada rencana asuhan.
	VI	Evaluasi: Perawat mengevaluasi kemajuan pasien ke arah pencapaian hasil.

STANDAR KINERJA PROFESIONAL (PERILAKU PROFESIONAL)

Standar	I	Kualitas Asuhan: Perawat mengevaluasi secara sistematis kualitas dan efektivitas praktik keperawatan.
	II	Penilaian Kinerja: Perawat mengevaluasi praktik keperawatannya sendiri dalam kaitannya dengan standar praktik profesional dan hukum serta peraturan yang terkait.
	III	Pendidikan: Perawat memerlukan dan mempertahankan pengetahuan terkini dan kompetensi dalam praktik keperawatan.
	IV	Kesejawatan: Perawat berinteraksi dengan dan berkontribusi pada pengembangan profesional sejawat dan pemberi pelayanan kesehatan lain sebagai sejawat.
	V	Etik: Keputusan dan tindakan perawat demi kepentingan pasien ditetapkan dalam cara etis.
	VI	Kolaborasi: Perawat berkolaborasi dengan pasien, keluarga, dan pemberi pelayanan kesehatan lain dalam memberikan asuhan pasien.
	VII	Riset: Perawat menggunakan temuan riset dalam praktik.
	VIII	Penggunaan Sumber daya: Perawat mempertimbangkan faktor-faktor yang berhubungan dengan keamanan, efektivitas, dan biaya dalam perencanaan dan pemberian asuhan klien.

Dari American Nurses Association: *Standards of clinical nursing practice*, ed. 2, Washington, DC, 1998, American Nurses Publishing, American Nurses Foundation.

Pengkajian

Pengkajian adalah suatu proses kontinu yang dilakukan semua fase pemecahan masalah dan menjadi dasar untuk pengambilan keputusan. Pengkajian menggunakan banyak keterampilan keperawatan dan terdiri atas pengumpulan, klasifikasi, dan analisis data dari berbagai sumber. Untuk memberikan pengkajian yang akurat dan komprehensif, perawat harus mempertimbangkan informasi mengenai latar belakang biofisik, psikologis, sosiokultural, dan spiritual pasien.

Diagnosis Keperawatan

Tahap kedua dari proses keperawatan adalah identifikasi masalah dan diagnosis keperawatan. Pada fase ini, perawat harus menginterpretasi dan membuat keputusan tentang data yang dikumpulkan. Perawat mengatur atau mengumpulkan data ke dalam kategori yang sama untuk mengidentifikasi area signifikan dan membuat salah satu keputusan berikut:

- **Tidak ada data masalah kesehatan disfungsional**; tidak ada intervensi yang diindikasikan.
- **Ada risiko masalah kesehatan disfungsional**; intervensi diperlukan untuk memfasilitasi peningkatan kesehatan.
- **Data masalah kesehatan fungsional aktual**; intervensi diperlukan untuk memfasilitasi peningkatan kesehatan.

Diagnosis keperawatan adalah penyebutan sekelompok petunjuk yang didapat selama fase pengkajian. Definisi isti-

lah *diagnosis keperawatan* yang diakui oleh *North American Nursing Diagnosis Association's* (NANDA's) saat ini adalah "suatu penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual dan potensial. Diagnosis keperawatan menjadi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil menjadi tanggung gugat perawat" (Carroll-Johnson, 1991).

Baik NANDA maupun Marjory Gordon (2000) telah mengembangkan kerangka kerja atau sistem klasifikasi untuk diagnosis keperawatan. NANDA mendasarkan kerangka kerjanya pada 9 **pola respons manusia**, dan Gordon mendasarkan kerangka kerjanya pada 11 **pola kesehatan fungsional** (Kotak 1-7). Diagnosis keperawatan terdiri atas tiga komponen: masalah, etiologi, dan tanda serta gejala (sering disebut sebagai **PES**). Pertama-**pernyataan masalah (problem)**—menggambarkan respons anak terhadap defisit pola kesehatan pada anak, keluarga, atau komunitas. Ini adalah respons pasien terhadap gangguan proses, pola, fungsi, atau perkembangan kehidupan, termasuk respons yang terjadi sebagai akibat sekunder dari penyakit.

Tidak semua anak mengalami masalah kesehatan aktual. Beberapa anak mungkin mengalami masalah kesehatan potensial, suatu keadaan berisiko yang memerlukan intervensi keperawatan untuk mencegah berkembangnya masalah aktual. Masalah kesehatan potensial menunjukkan adanya **faktor risiko** (tanda yang menunjukkan masalah kesehatan potensial), yang mempredisposisi anak dan keluarga pada pola kesehatan disfungsional dan terbatas pada individu yang memiliki risiko lebih besar daripada

KOTAK 1-7 SISTEM KLASIFIKASI UNTUK DIAGNOSIS KEPERAWATAN

POLA RESPONS MANUSIA*

Pertukaran—Saling memberi dan menerima
Komunikasi—Mengirimkan pesan
Berhubungan—Menciptakan ikatan
Penilaian—Menetapkan makna relatif
Pemilihan—Pemilihan dari beberapa alternatif
Pergerakan—Aktivitas
Merasakan—Penerimaan informasi
Mengetahui—Makna yang dikaitkan dengan informasi
Perasaan—Kesadaran subjektif tentang sensasi atau afek

POLA KESEHATAN FUNGSIONAL†

Pola penatalaksanaan kesehatan-persepsi kesehatan—Persepsi yang berhubungan dengan penatalaksanaan kesehatan umum dan praktik pencegahan
Pola nutrisi-metabolik—Asupan makanan dan cairan yang berhubungan dengan kebutuhan metabolik
Pola eliminasi—Regularitas dan kontrol fungsi ekskresi, defekasi, berkemih, kulit, dan zat sisa
Pola aktivitas-latihan fisik—Pola aktivitas yang memerlukan penggunaan energi dan memberikan istirahat
Pola tidur-istirahat—Keefektifan periode tidur dan istirahat
Pola kognitif-perseptual—Keadekuatan keterampilan kognitif bahasa, dan persepsi yang berhubungan dengan aktivitas yang dibutuhkan atau diinginkan, termasuk persepsi nyeri
Pola konsep-diri-persepsi-diri—Keyakinan dan evaluasi terhadap makna diri
Pola hubungan-peran—Peran keluarga dan sosial; khususnya hubungan orang tua-anak
Pola reproduktif-seksualitas—Masalah atau masalah potensial dengan seksualitas atau reproduksi
Pola toleransi stres koping—Tingkat toleransi stres dan pola koping, termasuk sistem pendukung
Pola keyakinan-nilai—Nilai, tujuan, atau keyakinan yang memengaruhi keputusan dan tindakan yang terkait kesehatan

*Dimodifikasi dari North American Nursing Diagnosis Association *Nursing diagnosis: definitions and classifications*, 1999-2000, Philadelphia, 1999, NANDA.

†Dimodifikasi dari Gordon M: *Manual of Nursing Diagnosis*, ed 9, St. Louis, 2000, Mosby.

populasi sebagai suatu keseluruhan. Intervensi diarahkan untuk mengurangi faktor risiko. Untuk membedakan masalah kesehatan aktual dan potensial, kata *risiko* dimasukkan dalam pernyataan diagnosis keperawatan (mis. *Risiko infeksi*).

Komponen kedua, **etiologi**, menggambarkan faktor fisiologi, situasi, dan maturasi yang menyebabkan masalah atau memengaruhi munculnya masalah. Etiologi dituliskan dengan menggunakan kategori diagnostik NANDA (mis., *"Ketidakpatuhan yang berhubungan dengan ketidakberdayaan"*). Dalam penggunaan format PES, penting agar perawat tidak menghubungkan pernyataan masalah dan etiologi dengan kata yang berimplikasi penyebab dan efek. Etiologi adalah kemungkinan penyebab; menggunakan kata yang berimplikasi penyebab dan efek dapat mengakibatkan kesulitan profesional atau legal. Meskipun hubungan langsung sebab-akibat mungkin tidak dituliskan, tetapi etiologi memengaruhi masalah. Karenanya, kalimat *"yang berhubungan dengan"* digunakan untuk menunjukkan hubungan antara masalah dan etiologinya.

Pembedaan antara berbagai etiologi sangat penting karena *intervensi untuk mengubah masalah kesehatan diarahkan pada etiologi*. Ini adalah konsep utama dalam memahami proses diagnosis keperawatan dan format PES. Contohnya, suatu pernyataan masalah *Ketidakpatuhan pada pembatasan diet* dapat mempunyai banyak etiologi, misalnya (1) defisit pengetahuan, (2) penyangkalan penyakit, (3) sumber daya ekonomi rendah, atau (4) konflik budaya. Intervensi untuk defisit pengetahuan akan sangat berbeda dengan intervensi sumber daya ekonomi rendah.

Komponen ketiga, **tanda dan gejala**, mengacu pada sekelompok petunjuk dan/atau batasan karakteristik yang didapat dari pengkajian pasien dan menunjukkan masalah kesehatan aktual. Ketika suatu batasan karakteristik penting untuk pembuatan diagnosis, maka batasan ini dianggap penting. Batasan karakteristik yang penting ini membantu membedakan kategori diagnosis. Misalnya, dalam penentuan antara kategori diagnostik yang berhubungan dengan

TABEL 1-7 KARAKTERISTIK RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN STANDAR DAN INDIVIDUAL

	RENCANA ASUHAN STANDAR*	RENCANA ASUHAN INDIVIDUAL
Pengkajian	Informasi hanya spesifik terhadap masalah	Informasi bersifat khusus untuk masalah yang teridentifikasi dan untuk anak dan keluarga
Diagnosis keperawatan	Semua kemungkinan diagnosis keperawatan dengan faktor etiologi umum dipertimbangkan	Hanya diagnosis keperawatan khusus pada anak dan keluarga yang dipertimbangkan, penyebab penyakit mengarahkan rencana asuhan aktual
Perencanaan	Tujuan bersifat luas dan mewakili tujuan keperawatan dan tujuan pasien	Tujuan bersifat khusus dan menunjukkan hasil pasien
Implementasi	Intervensi keperawatan bersifat luas dan dapat diterapkan pada kebanyakan pasien bermasalah	Intervensi keperawatan bersifat khusus dan memberikan arah untuk asuhan keperawatan bagi pasien individual
Evaluasi	Kemajuan yang <i>diharapkan</i> terjadi pada pasien diidentifikasi	Kemajuan pasien yang secara aktual terjadi dan mengarah pada hasil yang telah ditetapkan diidentifikasi

*Menggambarkan format yang digunakan dalam rencana asuhan keperawatan dalam buku ini mungkin berbeda dengan tipe rencana asuhan keperawatan yang distandardisasi.



FOKUS KELUARGA

Penggunaan Batasan Karakteristik untuk Memilih Diagnosis Keperawatan yang Tepat

Seorang anak satu-satunya berusia 18 bulan masuk rumah sakit dengan distres pernapasan dan diagnosis awal epiglottitis. Tindakan keperawatan awal difokuskan pada status fisiologis anak. Ketika kondisi stabil, data pengkajian keluarga dikumpulkan. Imunisasi anak baru dilakukan, ia bersih dan bergizi baik, dan usia perkembangannya tepat. Orang tua hadir pada saat ia masuk rumah sakit. Keduanya bekerja, dan anak dirawat oleh nenek. Ibu sangat ketakutan tentang awitan tiba-tiba gawat napas. Ia menyatakan bahwa sebelumnya anak hanya "pilek". Ia mengajukan pertanyaan tepat dan tampak memahami bahwa epiglottitis adalah penyakit tiba-tiba yang secara khas diikuti oleh gejala pilek. Ia bertanya apa yang dapat ia lakukan untuk membuat anaknya lebih nyaman dan mengurangi rasa takutnya serta membuatnya mampu mengimplementasikan anjuran. Ayah mendukung anak dan ibu tetapi bersikap lebih pasif dan berperan sebagai "pendengar."

Sedikitnya tiga diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan situasi keluarga/orang tua dapat ditetapkan. Langkah pertama adalah meninjau ulang definisi dan batasan karakteristik untuk masing-masing dan memutuskan yang paling tepat untuk keluarga ini:

ketidakmampuan menjadi orang tua—ketidakmampuan menjadi seorang yang mengasuh untuk menciptakan lingkungan yang meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan manusia lain secara optimum

Batasan karakteristik terpilih:

- Tidak perhatian pada kebutuhan bayi/anak
- Perilaku merawat yang tidak tepat

Koping keluarga: potensial untuk pertumbuhan—anggota keluarga telah secara efektif mengelola tugas adaptif yang terkait dengan masalah kesehatan klien dan menunjukkan minat dan kesiapan untuk meningkatkan kesehatan dan pertumbuhan pada diri sendiri dan dalam kaitan dengan klien

Batasan karakteristik terpilih:

- Anggota keluarga berupaya untuk menggambarkan dampak pertumbuhan atau krisis pada nilai, prioritas, tujuan atau hubungan pribadi.

Perubahan proses keluarga—ketidakmampuan sistem keluarga (anggota rumah tangga) untuk memenuhi kebutuhan anggota, menjalankan fungsi keluarga, atau mempertahankan komunikasi untuk pertumbuhan dan maturasi mutual.

Batasan karakteristik terpilih:

- Ketidakmampuan anggota keluarga untuk saling berhubungan untuk pertumbuhan dan maturasi mutual
- Kegagalan untuk mengirimkan dan menerima pesan dengan jelas
- Ketidakmampuan untuk menerima dan merasakan bantuan

Di antara pilihan-pilihan ini, diagnosis keperawatan yang paling tepat adalah **Koping keluarga: potensial untuk pertumbuhan**. Orang tua memerhatikan kebutuhan anak dan tampak memiliki keterampilan merawat yang tepat. Penyakit tiba-tiba pada anak telah mengganggu pola keluarga, tetapi ibu menunjukkan koping efektif dan kemampuan untuk belajar dan mengimplementasikan keterampilan pemberian rasa nyaman. Dua diagnosis yang lain memerlukan gambaran maladaptif, yang tidak ditemukan pada situasi ini.

fungsi dan koping keluarga, batasan karakteristik penting dalam pemilihan diagnosis keperawatan yang paling tepat (lihat kotak Fokus Keluarga).

Diagnosis keperawatan tidak menggambarkan segala sesuatu yang dilakukan keperawatan. Praktik keperawatan terdiri atas tiga dimensi: aktivitas dependen, interdependen, dan independen. Perbedaan ada pada sumber otoritas untuk suatu tindakan. **Aktivitas dependen** adalah area praktik keperawatan yang mengandalkan tanggung gugat perawat untuk mengimplementasikan tindakan yang ditetapkan. **Aktivitas interdependen** adalah area praktik keperawatan yang tanggung jawab dan tanggung gugat keperawatannya tumpang tindih dengan disiplin lain seperti kedokteran dan memerlukan kolaborasi di antara kedua disiplin tersebut. **Aktivitas independen** adalah area praktik keperawatan yang merupakan tanggung jawab langsung dari perawat.

Dalam buku ini, Rencana Asuhan Keperawatan menggabungkan diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan kondisi atau gangguan khusus. Karena diagnosis keperawatan harus menetapkan hanya intervensi yang dapat dilakukan perawat secara independen, atau secara interdependen, intervensi keperawatan yang berkaitan dengan penatalaksanaan medis ditunjukkan dengan tanda bintang (*).

Perencanaan

Setelah diagnosis keperawatan teridentifikasi, suatu rencana asuhan dibuat dan *hasil* atau tujuannya ditetapkan. *Hasil* adalah perubahan yang terproyeksi pada status kesehatan pasien, kondisi klinis, atau perilaku yang terjadi setelah intervensi keperawatan. Sasaran akhir dari asuhan keperawatan adalah mengubah diagnosis keperawatan menjadi status kesehatan yang diinginkan. Rencana harus ditetapkan sebelum intervensi dapat dibuat.

Titik akhir dari fase perencanaan adalah pengembangan rencana asuhan keperawatan. Rencana asuhan dalam buku ini memberikan pedoman untuk asuhan pada anak dan keluarga yang menghadapi masalah tertentu dan standar ketika rencana asuhan individual tidak sesuai (Tabel 1-7).

Rencana asuhan standar adalah rencana yang cukup luas untuk menghadapi situasi yang dapat dialami pasien dengan masalah tertentu. Untuk alasan ini, rencana asuhan sering memiliki banyak diagnosis keperawatan. Kemungkinan diagnosis keperawatan ini dapat mengarahkan observasi pasien dan pengumpulan data dalam pemantauan perkembangan reaksi yang tidak diinginkan. **Rencana asuhan individual** adalah rencana yang ditekankan hanya pada diagnosis yang berlaku pada situasi pasien tertentu. Pada praktik aktual, semua masalah yang disajikan dalam

PEDOMAN**Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

Pengkajian awal dan pengkajian ulang
 Diagnosis keperawatan dan/atau kebutuhan asuhan pasien
 Intervensi yang teridentifikasi untuk memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien

Asuhan keperawatan yang diberikan
 Respons pasien terhadap, dan hasil dari, asuhan yang diberikan
 Kemampuan pasien dan/atau, bila tepat, orang terdekat untuk mengelola kebutuhan asuhan berkelanjutan setelah pemulangan

rencana asuhan standar mungkin tidak relevan untuk pasien tertentu. Ketika suatu rencana asuhan keperawatan standar digunakan untuk mengembangkan rencana asuhan individual, masalah yang tidak berhubungan dengan situasi dihilangkan, dan hasilnya bersifat individual untuk situasi tertentu.

Untuk membantu pembaca membuat rencana asuhan individual, diagnosis keperawatan dalam buku ini disusun dalam urutan prioritas. Umumnya, masalah potensial dibahas pada akhir rencana, kecuali dalam keadaan ketika intervensi keperawatan penting dalam mencegah masalah potensial menjadi masalah aktual.

Implementasi

Fase implementasi di mulai ketika perawat menempatkan intervensi tertentu ke dalam tindakan dan mengumpulkan umpan balik mengenai efeknya. Umpan balik muncul kembali dalam bentuk observasi dan komunikasi serta memberi dasar data untuk mengevaluasi hasil intervensi keperawatan. Selama tahap implementasi, keamanan dan kenyamanan psikologi pasien berkenaan dengan asuhan atraumatik tetap harus diperhatikan.

Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses pembuatan keputusan. Perawat mengumpulkan, menyortir, dan menganalisis data untuk menetapkan apakah (1) tujuan telah tercapai, (2) rencana memerlukan modifikasi, atau (3) alternatif baru harus dipertimbangkan. Pedoman observasi dimasukkan dalam rencana asuhan standar untuk membantu pembaca mengidentifikasi metode untuk mengevaluasi apakah tujuan atau hasil tercapai. Tahap evaluasi memenuhi proses keperawatan atau berperan sebagai dasar untuk pemilihan alternatif lain untuk intervensi dalam pemecahan masalah spesifik.

Dokumentasi

Meskipun dokumentasi bukan salah satu dari lima tahap proses keperawatan, proses ini penting untuk evaluasi. Perawat dapat mengkaji dan mengidentifikasi masalah, rencana, dan mengimplementasi tanpa dokumentasi; namun, evaluasi dilakukan paling baik dengan bukti tertulis tentang kemajuan pencapaian hasil. Catatan medis pasien harus mencakup bukti tentang elemen-elemen yang disebutkan pada kotak Pedoman.

Proses keperawatan telah menjadi bagian integral dari praktik profesional. **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)** telah menggabungkan proses keperawatan ke dalam proses akreditasi, dan standar pertama pengevaluasian pelayanan keperawatan adalah individualisasi asuhan keperawatan yang mengarah-tujuan melalui penggunaan proses keperawatan. JCAHO mengakreditasi banyak tipe pemberi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, rumah perawatan, pelayanan rawat jalan, dan lembaga perawatan di rumah.

Area fokus untuk akreditasi JCAHO adalah penggunaan **perbaikan kualitas kontinu (continuous quality improvement, CQI)**. Proses ini adalah tinjauan terhadap sistem, identifikasi masalah, dan resolusi yang memungkinkan institusi menetapkan dan mempertahankan asuhan berkualitas (Sullivan dan Decker, 1997). Standar JCAHO dapat berubah setiap waktu. Misalnya, pada tahun 2000 standar baru yang mengakomodasi masalah pengkajian dan penatalaksanaan nyeri ditambahkan.

Baru-baru ini perhatian pelayanan kesehatan difokuskan pada hasil yang diperoleh pasien. Kriteria telah ditetapkan untuk perubahan yang harus terjadi pada pasien sebagai hasil dari interaksi dengan tim pelayanan kesehatan. Saat pulang asuhan dievaluasi untuk memastikan pencapaian hasil.

POIN PENTING

- "Masyarakat Sehat 2010" memperluas sasaran pelayanan kesehatan yang dicapai pada tahun 1990-an dan berfokus pada pencegahan sebagai metode pencapaian tujuannya.
- Meskipun angka mortalitas bayi di Amerika Serikat tertinggal selalu rendah, Amerika Serikat secara bermakna berada di belakang sebagian besar negara besar lain seperti Kanada.
- Berat badan lahir rendah, yang secara erat berkaitan dengan usia gestasi awal, dianggap sebagai penyebab utama kematian neonatus di Amerika Serikat.
- Cedera adalah penyebab utama kematian pada anak usia lebih dari 1 tahun, dengan mayoritas terjadi akibat cedera sepeda motor.
- Morbiditas masa kanak-kanak mencakup penyakit akut, penyakit kronik, dan ketidakmampuan.
- Delapan puluh persen penyakit masa kanak-kanak berkaitan dengan infeksi, dengan infeksi saluran napas dua sampai tiga kali lebih sering dari penyakit penyerta lain.
- "Morbiditas baru" mengacu pada masalah perilaku, sosial, dan pendidikan yang dapat secara signifikan mengganggu kesehatan anak.
- Tahap perkembangan dan lingkungan adalah faktor penting dalam kejadian cedera pada usia tertentu dan membantu untuk mengarahkan tindakan pencegahan.
- Selama pertengahan pertama tahun 1900-an, inisiatif kesehatan masyarakat seperti strategi lingkungan untuk mengontrol infeksi dan perkembangan antibiotik adalah perkembangan utama yang menurunkan kematian di masa kanak-kanak.
- Selama pertengahan kedua tahun 1900-an, peningkatan dan penerapan pengetahuan dan teknologi kedokteran, khususnya pada perawatan risiko tinggi dan bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah, menurunkan jumlah kematian anak, khususnya angka mortalitas neonatus.
- Hasil kerja Lillian Wald, pemimpin reformasi sosial, telah memberikan efek besar pada kesehatan dan keperawatan anak. Ia memulai pelayanan perawat kunjungan di New York dan merupakan pendorong pertama dalam penetapan peran perawat sekolah purnawaktu.
- Filosofi asuhan berpusat-keluarga mengenali keluarga sebagai sesuatu yang konstan bagi kehidupan anak dan merupakan sistem pelayanan, dan personel harus mendukung, menghargai, mendorong, dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga.
- Asuhan atraumatik adalah pemberian asuhan terapeutik dalam suatu lingkungan, oleh personel, dan melalui penggunaan intervensi yang membatasi atau meminimalkan distres psikologis dan fisik pada anak dan keluarga mereka dalam sistem pelayanan kesehatan.
- *Managed care* adalah suatu sistem pemberian pelayanan kesehatan yang berupaya menyeimbangkan biaya dan kualitas melalui suatu kerangka kerja pemberi pelayanan kesehatan dan pembayaran prospektif yang ditetapkan sebelumnya untuk pelayanan.
- Peran perawat pediatrik mencakup hubungan terapeutik, advokasi keluarga, pencegahan penyakit/promosi kesehatan, penyuluhan kesehatan, konseling, koordinasi/kolaborasi, pembuatan keputusan etis, riset, dan perencanaan pelayanan kesehatan.
- Seiring pergeseran fokus dari pengobatan penyakit menjadi promosi kesehatan, peran perawat telah meluas dalam asuhan rawat jalan dan komunitas, dengan penekanan pada pencegahan dan penyuluhan kesehatan.
- Perubahan demografik akan menimbulkan makna yang lebih besar pada masalah remaja dan kelompok minoritas serta menurunkan sumber daya untuk pelayanan kesehatan.
- Berpikir kritis adalah berpikir terarah-sasaran dan bertujuan yang didasarkan pada pikiran rasional dan cermat.
- Proses keperawatan anak dan keluarga mencakup pengkajian akurat dan komplet, analisis data pengkajian untuk menghasilkan *diagnosis keperawatan*, perencanaan asuhan, implementasi rencana, dan evaluasi intervensi.

Referensi

- Ahmann E: Family-centered care; The time has come, *Pediatr Nurs* 20(1): 52-53, 1994.
- Alfaro-Lefevre R: *Applying nursing process*, Philadelphia, 1995, JB Lippincott.
- American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Drugs: Treatment guidelines for lead exposure in children, *Pediatrics* 96: 155-160, 1995.
- American Nurses Association: *Nursing's social policy statement*, Washington, DC, 1995, American Nurses' Publishing.
- American Nurses Association: *Registered professional nurses and unlicensed assistive personnel*, Washington, DC, 1994, American Nurses Publishing.
- Avery ML, First LR: *Pediatric medicine*, ed 2, Baltimore, 1994, Williams & Wilkins.
- Barnsteiner J, Gillis-Donovan J: Being related and separate: a standard for therapeutic relationship, *MCN* 15(4): 223-228, 1990.
- Brown SG: Incorporating political socialization theory into baccalaureate nursing education, *Nurs Outlook* 44(3): 120-123, 1996.
- Carroll-Johnson RM, editor: *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Ninth Conference*, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Philadelphia, 1991, JB Lippincott.
- Chaffee J: A classic false dilemma teaching vs. infusing critical thinking, *Educational Vision* 8-9, 1994.
- Christoffel K and others: Psychosocial factors in childhood pedestrian injury: a matched case-control study, *Pediatrics* 97(1): 33-42, 1996.
- Cornelison AH: A profile of ethical principles, *J Pediatr Nurs* 13(6): 383-386, 1998.
- Curley M, Wallace J: Effects of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the pediatric intensive care unit: a replication, *Pediatr Nurs* 7(6): 377-385, 1992.
- Dunst CJ, Trivette C: Empowerment, effective help-giving practices and family centered care, *Pediatr Nurs* 22(4):334-337, 1996.
- Freda MC: Toward evidence-based practice, *MCN* 23:177, 1998.
- Gordon M: *Manual of nursing diagnosis*, ed 9, St Louis, 2000, Mosby.
- Gortmaker S and others: Chronic conditions, socioeconomic risk and behavioral problems in children and adolescents, *Pediatrics* 85(3): 267-276, 1990.

- Guyer B and others: Annual summary of vital statistics - 1998, *Pediatrics* 104(6):1229-1245, 1999.
- Harding AM, Camp JH: Traumatic injuries in the preschool child, *Dent Clin North Am* 39(4): 817-835, 1995.
- Healthy people 2010, *Federal Register* 64(44): 11011-11012, 1999.
- Hockenberry-Eaton M, Diamond J: Family centered care for children with chronic illnesses, *J Pediatr Health Care* 8: 196-197, 1994.
- Hostler S: Personal communication. Cited in Johnson BH, Jeppson ES, Redburn L: *Caring for children and families: guidelines for hospitals*, Bethesda, MD, 1992, Association for the Care of Children's Health.
- Hoyert DL, Kochanek MA, Murphy SL: Deaths: final data for 1997, *National Vital Statistics Report (CDC)* 47(19), 1999.
- Johnson BH, Jeppson ES, Redburn L: *Caring for children and families: guidelines for hospitals*, Bethesda, MD, 1992, Association for the Care of Children's Health.
- Kaufman J, Blanchon D: Managed care for children with special needs: a care coordination model, *J Care Manage* 2(2): 46-59, 1996.
- Kersbergen AL: Case management: a rich history of coordinating care to control costs, *Nurs Outlook* 44(4): 169-172, 1996.
- Kerfoot K: The new nursing leader for the new world order of health care, *Pediatr Nurs* 22(4): 349-350, 1996.
- Kochanek KD, Hudson BL: Advance report of final mortality statistics: 1992, *Monthly Vital Statistics Report* 43(6, suppl), 1995.
- Lears MK, Guth KJ, Lewandowski L: International adoption: a primer for pediatric nurses, *Pediatr Nurs* 24:578-586, 1998.
- Loubiala PJ and others: Day-care centers and diarrhea: a public health perspective, *J Pediatr* 131:476-479, 1997.
- MacPhee M, Hoffenberg E: Nursing case management for children with failure to thrive, *J Pediatr Health Care* 10(2): 63-73, 1996.
- Mofenson HC, Greensher J: Injury prevention. In Hoekelman RA: *Primary pediatric care*, ed 3, St Louis, 1997, Mosby.
- National Center for Health Statistics: Advance report of final mortality statistics, 1991, *Monthly Vital Statistics Report* 42 (2, suppl), 1993.
- National Safety Council: *Injury Facts*, 1999 edition, Itasca, IL, National Safety Council.
- Naylor MD, Broton D: The Roles and function of clinical nurse specialist, *Image J Nurs Sch* 25(1): 73-78, 1993.
- Office of Disease Prevention and Health Promotion: *Developing objectives for healthy people 2010*, Washington, DC, September 1997, US Department of Health and Human Services.
- Page ME, Mackowiak L: The clinical nurse specialist and nurse practitioner: complementary roles, *J Soc Pediatr Nurs* 2(4): 188-190, 1997.
- Patterson E: Nursing children with disabilities: a conceptual framework for organizing services, *Aust J Adv Nurs* 13(3): 32-39, 1996.
- Paul R: *Critical thinking: what every person needs to survive in a rapidly changing world*, Rohnert Park, CA, 1993, Foundation for Critical thinking.
- Pless IB, Pless CE: Morbidity and mortality among the young. In Hoekelman A: *Primary pediatric care*, ed 3 St Louis, 1997, Mosby.
- Plotnick J, Presler B: Rugged individualism and compassion: the foundation of public policy, *MCN* 21(1): 20-33, 1996.
- Rachuba L, Stanton B, Howard D: Violent crime in the United States, *Arch Pediatr Adolesc Med* 149(9): 953-960, 1995.
- Rushton CH, McEnhill M, Armstrong L: Establishing therapeutic boundaries as patient advocates, *Pediatr Nurs* 22(3): 185-189, 1996.
- Salvatore T, Baxter T: *Administrative ethics: a guide for home care providers*, Springfield, PA, 1998, HCMA Ltd.
- Segal-Isaacson AE: Negotiating the reimbursement morass, *Adv Pract Nurse Sourcebook* 1:4-6, 1996.
- Sullivan EJ, Decker PJ: *Effective leadership and management in nursing*, ed 4, Menlo Park, CA, 1997, Addison-Wesley-Longman.
- Ventura SJ and others: Birth and death: preliminary data for 1997, *National Vital Statistics Reports* 47 (4), 1998.
- Wong D: Principles of atraumatic care. In Feeg V, editor: *Pediatric nursing: forum on the future: looking toward the 21st century*, Pitman, NJ, 1989, Anthony J Jannetti.

Bibliografi

MORTALITAS AND MORBIDITAS

- American Academy of Pediatrics: *Injury prevention and control for children*, ed 3, Elk Grove Village, Illinois, 1997, The Association.
- Bernard PA, Johnston C, Curtic SE, and others: Toppled television sets cause significant pediatric morbidity and mortality, *Pediatrics* 102(3): E32, 1998.
- Christoffel KK: Psychiatric and injury prevention approaches to youth suicide: questions, answers, and lethal means, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(5): 481-484, 1998.
- Cohen LR and others: Pediatric injury prevention counseling priorities, *Pediatrics* 99(5): 704-710, 1997.
- Fry-Bowers EK: Community violence: its impact on the development of children and implications for nursing practice, *Pediatr Nurs* 23(2): 117-121, 1997.
- Harker P, Moore L: Primary healthcare action to reduce child home accidents: a review, *Health Educ J* 55(3): 322-331, 1996.
- Jones FC: Community violence, children and youth: considerations for programs, policy, and nursing roles, *Pediatr Nurs* 23(2): 131-137, 1997.
- Overpeck MD and others: Risk factor for infant homicide in the United States, *N Engl J Med* 339:1211-1216, 1998.
- Roberts I, Li L, Barker M: Trends in intentional injury deaths in children and teenagers (1980-1995), *J Public Health Med* 20(4):463-466, 1998.
- Scholer SJ, Hickson GB, Mitchel EF Jr, and others: Predictors of mortality from fires in young children, *Pediatrics* 101(5): E12, 1998.
- Scholer SJ, Mitchel EF Jr, Ray WA: Predictors of injury mortality in early childhood, *Pediatrics* 100(3 Pt 1): 342-347, 1997.
- Society of Pediatric Nurses (SPN): Policy Statement on pediatric firearm injuries, *SPN News* 4(1): 7, 1995.
- Society of Pediatric Nurses (SPN): Policy Statement on pediatric injury prevention, *SPN News* 4(1): 6, 1995.

EVOLUSI PERAWATAN KESEHATAN ANAK

- Burns M, Thornam CB: Broadening the scope of nursing practice: federal programs for children, *Pediatr Nurs* 19(6): 546-552, 1993.
- Cone TE, Jr: *History of American Pediatrics*, Boston, 1980, Little Brown.
- Gilmartin MJ: The nursing organization and the transformation of health care delivery for 21st century, *Nurs Adm Q* 22(2): 70-86, 1998.
- Harvey B: New series of essays on pediatric history, *Pediatrics* 92(3): 467-468, 1993.
- Veisor-Friedrich B: The federal government and child health, *J Pediatr Nurs* 5(1): 56-58, 1990.

KEPERAWATAN PEDIATRIK

- Betz CL: Will nursing education respond to the changes in health care? *J Pediatr Nurs* 10(2): 81, 1995.
- Barnes K, Sharu D: Advanced practice in the US. Part One: The paediatric nurse practitioner, *Paediatr Nurs* 10(9): 30-32, 1998.
- Broome ME: A commentary on confronting the challenges, *Pediatr Nurs* 21(1): 49-50, 1995.
- Cox RP: Family health care delivery for the 21st century, *JOGNN* 26(1): 109-118, 1997.
- Dearmun A: Developments in children's nursing, *Nurs Stand* 13(27): 59, 1999.
- Delegation of school health services to unlicensed assistive personnel: a position paper of the National Association of State School Nurse Consultants, *J Sch Nurs* 11(4): 13-16, 1995.
- El-Sherif C: Nurse practitioners-where do they belong within the organizational structure of the acute care setting? *Nurs Pract* 20(1): 62-65, 1995.
- Graham KY: Mobilizing for child health and well being, *Public Health Nurs* 14(4): 189, 1997.
- Harper DC: Advanced practice nursing: changes on the horizon, *Pediatr Nurs* 21(1): 41-42, 1995.
- Heller R, McKlindon D: Families as "faculty": parents educating caregivers about family-centered care, *Pediatr Nurs* 22(5): 428-431, 1996.
- Johnson A, Lindschau A: Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized, *Pediatr Nurs* 22(2): 99-102, 120, 1996.
- Kolcaba KY: The art of comfort care, *Image J Nurs Sch* 27(4): 287-289, 1995.
- Kowalski K and others: The high-touch paradigm: a 21st century model for maternal-child nursing, *MCN* 21(1):43-50, 1996.
- Larrabee JH: emerging model of quality, *Image J Nurs Sch* 28(4): 353-358, 1996.
- Letourneau NL, Elliott MR: Pediatric health care professionals' perceptions and practices of family-centered care, *Child Health Care* 25(3): 157-174, 1996.
- Pearson L: Annual update of how each state stands on legislative issues affecting advanced nursing practice, *Nurse Pract* 24(1): 16-19, 23-24, 27-30, 1999.
- Pignatello CH, D'Esmond LK, Fischbein JA, Fournier EA: Expanding the role of the pediatric nurse from inpatient to community health, *Nurs Adm Q* 22(4): 48-54, 1998.

- Rushton CH, Infante MD: Keeping secrets: the ethical and legal challenges, *Pediatr Nurs* 21(5): 479-482, 1995.
- Sharts-Hopko NC: On chaos, wholeness, and longstanding values: directions for nursing's future, *MCN* 2311-2314, 1998.
- Totka JP: Exploring the boundaries of pediatric practice: nurse stories related to relationships, *Pediatr Nurs* 22(3): 191-196, 1996.

PENATALAKSANAAN KASUS

- Beyers M: Ask AONE's experts...about implementing a case management program, *Nurs Manage* 30(1): 64, 1999.
- Cesta TG, Falter EJ: Case management. Its value for staff nurses, *Am J Nurs* 99(5):48-51, 1999.
- Cesta TG, Tahan HA, Fink LF: *The case manager's survival guide: winning strategies for clinical practice*, St Louis, 1998, Mosby.
- Conger M, Craig C: Advance nurse practice: a model for collaboration, *Nurs Case Manage* 3(3): 120-127, 1998.
- Elizondo AP: Nursing case management in the neonatal intensive care unit. Part 2: Developing critical pathways, *Neonatal Network* 14(1): 11-19, 1995.
- Engleman SG: From myths to a critical path: What happens when someone asks Why? *J Pediatr Nurs* 10(1):69-71, 1995.
- Forbes MA: The practice of professional nurse case management, *Nurs Case Manage* 4(1):28-33, 1999.
- Minon M: Keeping the care in manage care, *Pediatr Basic* 79:15-16, Spring 1997.
- More PK, Mandell S: *Nursing case management: an evolving practice*, New York, 1997, McGraw-Hill.

PROSES KEPERAWATAN

- Christensen PJ, Kenney JW: *Nursing process: application of theories, frameworks and models*, ed 4, St Louis, 1995, Mosby.
- Iyer PW, Camp NH: *Nursing documentation: a nursing process approach*, ed 2, St Louis, 1995, Mosby.
- Katherason S, Nahas V: The nursing process as a model for clinical supervision, *Nurse Educ* 23(5):41, 50, 1998.
- Keegan L: Introduction: holistic approach to the nursing process, *Semin Perioper Nurs* 7(2):87-89, 1998.
- Mason GM, Attree M: The relationship between research and the nursing process in clinical practice, *J Adv Nurs* 26(5):1045-1049, 1997.
- O'Connell B: The clinical application of the nursing process in selected acute care setting: a profession mirage, *Aust J Adv Nurs* 15(4): 22-32, 1998.

2

Asuhan Keperawatan Anak dan Keluarga di Komunitas



www.mosby.com/MERLIN/Wong/Essentials/

SARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, pembaca mampu:

- Mendefinisikan keperawatan komunitas.
- Mengidentifikasi populasi target.
- Menguraikan aspek-aspek tertentu dalam proses epidemiologik.
- Mendiskusikan kontinum asuhan pediatrik.
- Menjelaskan komponen-komponen proses keperawatan komunitas.

DEFINISI KOMUNITAS

Komunitas bisa didefinisikan sebagai kelompok orang yang tinggal di wilayah geografik tertentu (Spradley dan Allender, 1996). Komunitas juga bisa berarti sistem yang meliputi anak-anak dan keluarga, lingkungan fisik, fasilitas pendidikan, keamanan dan alat transportasi, badan pemerintah, dinas pelayanan sosial dan kesehatan, alat komunikasi, sumber ekonomi, dan fasilitas rekreasi (Anderson dan McFarlane, 1996). Upaya kesehatan komunitas diarahkan pada kesehatan masyarakat secara umum sebagai suatu keseluruhan atau sebagai populasi khusus dalam masyarakat yang mempunyai kebutuhan unik. **Populasi** didefinisikan sebagai kelompok orang yang memiliki nilai umum seperti religi, usia, etnis, kebudayaan atau kepercayaan (lihat Bab 4 untuk kultur yang khusus). Nilai umum ini sering kali melandasi berbagai perilaku populasi, misalnya kegiatan promosi kesehatan. **Populasi target** adalah kelompok orang yang dijadikan sasaran perbaikan sistem pemeliharaan kesehatan secara individual oleh petugas pelayanan kesehatan (lihat kotak Fokus Komunitas).

Asuhan komunitas mencakup suatu aliansi penyedia pelayanan kesehatan, advokat, pemerintah, organisasi *managed care*, bisnis, anak-anak, dan keluarga dalam komunitas khusus. Misi aliansi penyedia asuhan komunitas ini adalah secara kolaboratif memberi akses ke pelayanan yang memajukan upaya kesehatan anak untuk mencapai Sehat 2010* (Bushy, 1997). Aliansi tersebut melakukan kolaborasi untuk mengidentifikasi, merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi sistem kesehatan dalam komunitas. Asuhan komunitas merupakan pelayanan yang berjalan "tanpa penghalang" dengan sistem pelayanan kesehatan yang sering kali dapat didesain ulang untuk memenuhi kebutuhan yang berubah di masyarakat. **Keperawatan komunitas** memungkinkan anak-anak dan keluarga untuk secara efektif mendapatkan sumber-sumber yang mereka butuhkan untuk memelihara kesehatan yang optimal. Keperawatan komunitas dan asuhan komunitas dipraktikkan dalam lingkungan komunitas berikut: lembaga kesehatan di rumah, sekolah, tempat praktik dokter, klinik kesehatan ambulatori, UGD, *triage call centers*, lembaga asuransi, unit kesehatan, *international relief agencies*, lembaga pendidikan kesehatan, *juvenile detention centers*, *day care centers*, *foster care facilities*, dan lembaga rehabilitasi. *American Nurses Associations* telah menetapkan sembilan standar untuk keperawatan kesehatan komunitas yang terkait dengan kategori berikut: teori, pengumpulan data, diagnosis, perencanaan, intervensi, evaluasi, jaminan kualitas, dan pengembangan profesional, kolaborasi interdisiplin, dan riset. Pemahaman terhadap proses yang mendasari asuhan keperawatan dalam komunitas adalah hal yang penting bagi semua perawat. Proses ini mencakup proses epidemiologik, kontinuitas asuhan, dan proses keperawatan komunitas.

Christine Golazeski-Leyden, MSN, A-CCC, RN, dan Christine A. Brosnan, DrPH, RNC menulis bab ini.

FOKUS KOMUNITAS

Populasi Target

Project Connect adalah suatu Kemitraan Interagensi Kota New York yang menggambarkan beberapa konsep asuhan komunitas dan keperawatan komunitas. Pada tahun 1995, diproyeksikan bahwa 7% dari seluruh bayi bukan kulit putih yang lahir di New York, dilahirkan oleh ibu yang mengalami penyalahgunaan obat-obatan (Randolph dan Sherman, 1993). Bayi yang lahir dari ibu pengguna obat-obatan sering kali memiliki berat badan rendah sehingga berisiko tinggi terhadap morbiditas dan mortalitas bayi. Berkurangnya risiko untuk bayi berat badan lahir rendah (BBLR) adalah salah satu sasaran Masyarakat Sehat 2000 dan Masyarakat Sehat 2010. Untuk memenuhi kebutuhan kesehatan komunitas ini, Departemen Kesehatan Kota New York mengidentifikasi empat wilayah di kota New York (Harlem di Manhattan, Queens, Brooklyn, dan Bronx) sebagai tempat tinggal ibu yang berisiko. Ibu hamil yang menyalahgunakan obat-obatan dan berdomisili di empat wilayah tersebut adalah populasi target. Wanita ini juga menganut perilaku penyalahgunaan obat sebagai nilai umum. Program kesehatan komunitas yang dikembangkan untuk populasi ini menggunakan intervensi pencegahan sekunder dan tersier. Rintangan terhadap asuhan pranatal, pascapartum, dan perinatal diidentifikasi; dan penatalaksanaan kasus yang komprehensif dan program pengobatan yang agresif diberikan kepada ibu dan bayinya (Randolph dan Sherman, 1993). Agar program ini berhasil, perlu ditekankan kepada perawat kesehatan komunitas tentang pentingnya identifikasi populasi target, penentuan kebutuhan kesehatan yang unik dari kelompok, identifikasi rintangan asuhan kesehatan dari perspektif populasi, dan keterampilan keperawatan untuk menjamin pencapaian akses populasi ke program yang berbasis komunitas.

PROSES EPIDEMIOLOGIK

Epidemiologi adalah ilmu kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk mendeteksi dan mengidentifikasi penyebab morbiditas dan mortalitas. Proses epidemiologik mengidentifikasi distribusi dan penyebab penyakit, cedera, atau kesakitan serta menentukan cara pencegahannya. Masyarakat sehat 2010 adalah sebuah contoh program promosi kesehatan dan pencegahan penyakit yang dibuat dengan menggunakan proses epidemiologik.

Mengukur Distribusi Penyakit, Cedera, atau Kesakitan

Angka morbiditas digunakan untuk mengukur tingkat kesakitan dan kecelakaan serta sejalan dengan angka kelahiran (natalitas) dan mortalitas. Ketiganya menghadirkan gambaran yang objektif mengenai status kesehatan suatu komunitas. Ada dua jenis angka kejadian: insidensi dan prevalensi. **Insidensi** mengukur kejadian/peristiwa baru di

* populasi target = penduduk yang dijadikan sasaran dalam program asuhan kesehatan

suatu populasi dalam jangka waktu tertentu. **Prevalensi** mengukur peristiwa yang sedang berlangsung di suatu populasi dalam jangka waktu tertentu (Hennekens dan Buring, 1987). Sebagai contoh, insidensi diabetes tipe 1 pada komunitas tertentu diperkirakan dengan menghitung kasus baru diabetes tipe 1 pada populasi dan membagi gambaran tersebut dengan populasi berisiko. Prevalensi diabetes tipe 1 diperkirakan dengan menghitung kasus diabetes yang sedang berlangsung pada populasi dan membagi gambaran tersebut dengan populasi berisiko. Baik angka insidensi maupun prevalensi biasanya dibagi dengan 1000, 10.000, atau 100.000 populasi, bergantung pada frekuensinya. Kotak 2-1 menunjukkan angka kejadian yang sering digunakan.

Agens Penyebab

Agens penyebab digolongkan ke dalam tiga kategori umum (Lancaster dan Lancaster, 1996):

1. **Lingkungan** yang meliputi: pencemaran udara, air, atau makanan; gangguan kebisingan, limbah beracun; dan pemajanan zat beracun seperti karbon monoksida.
2. **Tingkah laku** yang meliputi: penggunaan alkohol dan penyalahgunaan narkoba, kekerasan, merokok, gaya hidup yang berisiko tinggi, stres, kurang olah raga, kejahatan, tidak mematuhi program pengobatan, dan kecelakaan.
3. **Biologik** yang meliputi: predisposisi genetik atau keluarga terhadap penyakit seperti asma atau diabetes, penyakit keturunan seperti hemofilia, sindrom Down, dan terpajan penyakit infeksi seperti HIV, gondok, tuberkulosis, hepatitis.

Tingkat Pencegahan

Tiga tingkat intervensi yang tercakup dalam proses epidemiologi adalah primer, sekunder, dan tersier. Program kesehatan komunitas didasarkan pada tiga tingkat pencegahan, klasik ini (Leavell dan Clark, 1965). **Pencegahan primer** adalah intervensi yang melindungi anak-anak dari penyakit atau cedera. Contohnya adalah klinik asuhan anak, program imunisasi, program keamanan (helm sepeda, tempat duduk mobil, sabuk pengaman, kontainer yang aman bagi anak), program nutrisi, upaya pemeliharaan lingkungan (program daur ulang dan pembersihan udara), langkah-langkah sanitasi (penambahan fluorida ke dalam air, pembuangan sampah, pembuangan kotoran/limbah, dan *parenting class* di komunitas). **Intervensi tingkat sekunder** adalah intervensi yang bertujuan meningkatkan deteksi dini dan pengobatan penyakit atau upaya mencegah penyebaran penyakit menular, perkembangan penyakit, atau kecacatan. Contohnya adalah program skrining dini dan tuberkulosis, isolasi atau pembatasan anak-anak dari sekolah jika mereka menderita penyakit menular, layanan pengembangan intervensi dini (*Head Start*), dan bimbingan kesehatan mental untuk orang yang mengalami kondisi penuh stres, contohnya perpisahan, perceraian, kematian, atau bencana alam (gempa bumi, banjir, dan badai). **Pencegahan tersier** adalah intervensi yang bertujuan mengoptimalkan fungsi anak yang memiliki kecacatan atau penyakit kronik. Contohnya adalah program rehabilitasi dan program penatalaksanaan

penyakit asma, kanker, anoreksia, dan program pendidikan khusus bagi anak-anak.

KONTINUM ASUHAN

Pelayanan kesehatan komunitas diberikan dengan kontinum (rangkai) sistem asuhan (Gbr. 2-1). Kontinum sistem asuhan mempunyai subsistem yang masing-masing mengandung empat dimensi status kesehatan: sejahtera, sakit akut, sakit kronis, dan kematian anak (Leyden, 1996). Kontinuitas asuhan memberikan panduan antisipasi untuk dimensi kesehatan dalam cara komprehensif. Aspek asuhan fisik, mental, dan sosial merupakan pelayanan terintegrasi yang diberikan secara kontinu dan didasarkan pada kebutuhan keluarga. Kontinum pendekatan asuhan memberikan kewenangan kepada keluarga untuk mendukung pencapaian kesehatan optimal bagi anak-anak mereka. Kontinum dimulai pada bayi, anak atau orang dewasa yang sehat melalui pendekatan asuhan yang berfokus pada keluarga untuk upaya-upaya peningkatan kesehatan (tumbuh-kembang, imunisasi, keamanan, atau skrining). Semua anak dan keluarga bisa mengalami sakit akut atau cedera secara berkala dan memerlukan pelayanan kesehatan akut. Kondisi kesehatan yang berubah memerlukan penanganan yang segera dari penyedia asuhan primer. Penatalaksanaan kasus mirip dengan proses keperawatan, tetapi lebih kompleks karena menggabungkan sumber-sumber yang ada di masyarakat dan manfaat asuransi kesehatan dalam rangka meningkatkan asuhan yang kontinu untuk mencapai kondisi kesehatan optimal (Leyden, 1997).

Ketika seorang anak didiagnosis mengalami sakit kronis selama masa akut, pendekatan perawatan yang digunakan adalah Penatalaksanaan penyakit. Penatalaksanaan penyakit ini mencakup kontinuitas rencana asuhan yang menggambarkan kebutuhan asuhan. Kebutuhan ini muncul akibat perubahan fase kesehatan yang menyertai sakit kronik. Perubahan fase kesehatan ini mencakup episode akut yang membutuhkan pelayanan intensif melalui perawatan di rumah, perawatan ambulatori, atau rawat inap; terapi rehabilitasi untuk memaksimalkan kemampuan fungsional; asuhan pemeliharaan kesehatan dan kesejahteraan yang dipantau oleh penyedia asuhan primer dan perawat sekolah, serta asuhan menjelang ajal (*end-of-life*) selama episode penyakit terminal baik di rumah ataupun di *hospice care*. Upaya penatalaksanaan penyakit dilakukan oleh tim interdisiplin (penyedia asuhan primer, perawat sekolah, manajer kasus asuransi, perawat ruangan, di rumah, perawat asuhan ambulatori, ahli terapi rehabilitasi, konselor, atau pekerja sosial dan apoteker). Semuanya memberi wewenang kepada keluarga untuk menjadi pimpinan dan manajer hasil dari rencana. Asuhan menjelang ajal yang merupakan bagian dari asuhan kontinum dapat menjadi pengecualian atau sebagai langkah terakhir. Rencana kehilangan dari keluarga dibuat jika memungkinkan sebelum kematian. Rencana asuhan menjelang ajal ditujukan untuk menangani nyeri, spiritual, keyakinan kultural, tingkat partisipasi pada saat kematian seperti memakaikan baju pada anak jika keluarga menginginkannya, kata perpisahan, persiapan penguburan, dan konseling kehilangan. Konseling ke-

KOTAK 2-1 ANGKA MORBIDITAS DAN MORTALITAS YANG SERING DIGUNAKAN

ANGKA KELAHIRAN KASAR Jumlah kelahiran dalam populasi Total populasi	Dalam periode waktu tertentu	x	1.000
ANGKA KEMATIAN KASAR Jumlah kematian dalam populasi Total populasi	Dalam periode waktu tertentu	x	1.000
ANGKA KEMATIAN PENYEBAB KHUSUS Jumlah kematian dalam populasi akibat penyakit tertentu Total populasi	Dalam periode waktu tertentu	x	100.000
ANGKA KEMATIAN USIA KHUSUS Jumlah kematian dalam populasi pada kelompok usia tertentu Total populasi dalam kelompok usia tersebut	Dalam periode waktu tertentu	x	100.000
INSIDENSI PENYAKIT Jumlah kejadian baru dalam populasi Total populasi berisiko	Dalam periode waktu tertentu	x	100.000
PREVALENSI PENYAKIT Jumlah kejadian yang berlangsung dalam populasi Total populasi berisiko	Dalam periode waktu tertentu	x	100.000

hilangan adalah aspek yang esensial dan berlanjut di sepanjang kehidupan anggota keluarga.

PROSES KEPERAWATAN KOMUNITAS

Dalam keperawatan komunitas, fokus proses keperawatan mengalami pergeseran dari anak dan keluarga kepada masyarakat atau populasi target. Tahapan proses serupa baik pada klien seorang anak atau pun populasi anak, yang berbeda hanya indikator kesehatan dan indikator penyakit (Anderson dan McFarlane, 1996). **Pengkajian** difokuskan kepada pengumpulan data objektif dan subjektif mengenai populasi target untuk mendiagnosis masalah yang didasarkan pada kebutuhan masyarakat. **Perencanaan** mencakup gambaran mengenai tujuan dan sasaran yang berfokus kepada masyarakat. Perawat bekerja dalam masyarakat untuk **mengimplementasikan** program yang memungkinkan para anggota masyarakat mencapai tujuan mereka dan **mengevaluasi** pencapaian tujuan. Keperawatan komunitas bersifat kolaboratif. Perawat adalah seorang anggota aliansi komunitas yang mencakup ahli kesehatan lain, seperti pendidik, politisi, pemuka agama, anggota LSM, dan konsumen (Bushy, 1997). Peran perawat bergantung pada ruang lingkup proyek, populasi target, dan keahlian anggota lainnya. Misalnya, perawat sekolah dapat memiliki peran pemimpin dalam merencanakan pemenuhan kebutuhan kesehatan anak SD dan berperan sebagai anggota panel dalam komite kota yang mengkaji polusi lingkungan.

Pengkajian Kebutuhan Komunitas

Fase pengkajian dalam proses keperawatan komunitas disebut **pengkajian kebutuhan komunitas**. Pengkajian



GBR. 2-1 Kontinum Asuhan Pediatrik (Christine Golazeski-Leyden, 1996. Digunakan dengan izin).

mencakup pengumpulan informasi objektif dan subjektif tentang suatu komunitas. **Informasi subjektif** mengindikasikan bahwa pernyataan anggota masyarakat merupakan kebutuhan yang terpenting dan dapat ditetapkan dengan berbagai cara. Salah satunya adalah dengan membagikan angket kepada sejumlah orang yang tinggal di masyarakat. Cara lainnya adalah dengan mewawancarai anggota masyarakat secara langsung, menelepon atau mengadakan pertemuan dengan individu yang mewakili kelompok atau yang memiliki peran khusus dalam kelompok tersebut. Pemimpin masyarakat merupakan contoh orang yang memiliki peran khusus.

Informasi objektif adalah data yang dikumpulkan oleh perawat melalui observasi langsung. *Windshield tour* merupakan salah satu metode observasi langsung. Perawat melakukan perjalanan di sekitar lingkungan dan mencatat keadaan lingkungan termasuk keadaan rumah, trotoar, dan

pembatas atau jumlah area pemukiman. Informasi objektif mengenai kesehatan masyarakat dapat diperoleh dari sejumlah sumber seperti: Kamar Dagang, Biro Sensus, Perpustakaan, Departemen Kesehatan, Internet, dan Badan Pemerintahan. Informasi mengenai lembaga pelayanan dapat ditemukan di referensi. Referensi tersebut adalah buku telepon lokal, buku petunjuk komunitas yang disusun oleh setiap organisasi seperti *United Way*, dan buku khusus-populasi yang disediakan oleh LSM dan lembaga masyarakat.

Satu cara untuk mengelola pengkajian adalah dengan menggunakan petunjuk yang mencatat sistem komunitas yang perlu diperiksa. Proses ini serupa dengan penggunaan petunjuk pengkajian fisik untuk memeriksa sistem tubuh yang berbeda pada pasien. Anderson dan McFarlane (1996) menjelaskan delapan sistem komunitas yang perlu diperhatikan oleh perawat yaitu: pelayanan sosial dan kesehatan, komunikasi, rekreasi, lingkungan fisik, pendidikan, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, serta ekonomi. Selama pengkajian, perawat meneliti seberapa baik setiap komponen dalam komunitas berfungsi dan melakukan interaksi untuk memenuhi kebutuhan kesehatan anak-anak. Selain itu, perawat juga mengidentifikasi berbagai rintangan yang mengganggu komponen tersebut dan yang menghambat akses untuk memberi asuhan kepada anak-anak dan keluarganya.

Begitu pengkajian lengkap, perawat komunitas menganalisis informasi. Perawat mengevaluasi hasil survei dan hasil angket; menentukan apakah kebutuhan yang diminta oleh anggota masyarakat sudah terpenuhi dengan adanya lembaga masyarakat, dan mengidentifikasi individu yang berisiko tinggi karena agens biologi, perilaku, atau lingkungan. Perawat menentukan angka mortalitas dan morbiditas di masyarakat dan membandingkannya dengan standar yang ada. Perbandingan dapat dilakukan berdasarkan waktu atau tempat. Pada perbandingan yang didasarkan pada waktu, perawat membandingkan tingkat mortalitas dan morbiditas dalam tahun tertentu dengan tahun sebelumnya. Dalam perbandingan yang didasarkan pada tempat, perawat membandingkan tingkat mortalitas dan morbiditas di masyarakat dengan populasi standar untuk mengetahui apakah tingkat mortalitas dan penyakit lebih tinggi dalam populasi target. Angka kejadian standar mungkin dapat diperoleh dari komunitas lain atau kota, negara, atau skala nasional.

Diagnosis kesehatan masyarakat merupakan refleksi status, risiko, dan kebutuhan kesehatan sebagaimana yang ditentukan oleh agens penyebab. Format diagnosis komunitas serupa dengan diagnosis keperawatan individu dengan masalah (kebutuhan) dan etiologi yang berkaitan masalah tersebut (agens penyebab). Suatu contoh diagnosis keperawatan komunitas adalah "Penganiayaan anak yang berhubungan dengan suatu lingkungan kekerasan".

Perencanaan Komunitas

Perawat bekerja sama dengan anggota masyarakat untuk menyusun rencana yang mengatasi kebutuhan dan masalah populasi target. Untuk memaksimalkan penggunaan sumber-sumber di masyarakat, masalah harus diprioritaskan

berdasarkan derajat keparahannya, kebutuhan yang dirasakan masyarakat, dan kemampuan perawat komunitas untuk melakukan perubahan. Begitu masalah menjadi prioritas, perawat bekerja dengan anggota masyarakat untuk mengembangkan setidaknya satu tujuan untuk setiap masalah. **Tujuan** adalah hasil yang memberikan petunjuk terhadap intervensi dan memberikan ukuran terhadap perubahan yang dihasilkan oleh intervensi. Intervensi komunitas sering kali berupa **program kesehatan** yang dilakukan untuk meningkatkan status kesehatan populasi target. Program kesehatan komunitas ini terbagi ke dalam tiga tingkat pencegahan: primer, sekunder, dan tersier. Sebagai contoh, tujuan untuk mencegah cedera saat bersepeda adalah, "Dalam satu tahun seluruh peserta didik kelas satu akan memakai helm saat bersepeda". Perawat dan anggota masyarakat kemudian merencanakan suatu program yang mencakup program pendidikan kesehatan mengenai keamanan bersepeda untuk peserta didik dan keluarganya (pencegahan primer). Selain itu, suatu program skrining dilakukan untuk menentukan jumlah peserta didik yang memerlukan helm (pencegahan sekunder).

Kelompok perencanaan mempertimbangkan sumber-sumber yang sudah tersedia di masyarakat dan sumber-sumber yang akan dibutuhkan untuk mengimplementasikan program kesehatan, termasuk personel, peralatan dan persediaan, ruang kantor, telepon, dan komputer. Selain itu, dilakukan pengambilan keputusan mengenai batas waktu program, anggaran, dan strategi yang dapat digunakan untuk memperoleh dana. Perawat juga bisa menghubungi para ahli kesehatan yang telah berhasil melaksanakan program di komunitas lain; mereka bisa memberikan tips mengenai efisiensi waktu dan saran yang bermanfaat. Uraian program di temukan melalui kontak profesional dan sumber *on-line* dan dengan meninjau literatur. Sebuah contoh proyek pengkajian dan perencanaan komunitas dituliskan dalam Kotak 2-2.

Implementasi Komunitas

Selama implementasi, perawat dan anggota masyarakat melakukan intervensi. Tanpa melihat apakah program ini sederhana atau kompleks, pengawasan diperlukan untuk memastikan bahwa setiap orang yang terlibat berkomunikasi satu sama lain, mengikuti pedoman perencanaan, memerhatikan waktu, dan mendokumentasikan kegiatan serta biaya harian. Pendokumentasian ini tidak memiliki arti jika dilakukan pada tahap evaluasi.

Evaluasi Komunitas

Evaluasi mengidentifikasi apakah tujuan dan sasaran program tercapai atau tidak. Ada beberapa macam evaluasi. Struktur, proses, dan hasil merupakan metode yang biasa digunakan oleh organisasi pelayanan kesehatan. Donabedian (1996) pertama kali menjelaskan bahwa pendekatan ini cocok untuk evaluasi program masyarakat pada abad 21.

1. **Struktur:** Di mana dan siapa yang melakukan asuhan kesehatan dalam suatu program?

KOTAK 2-2 CONTOH PENGKAJIAN DAN PERENCANAAN KOMUNITAS

Meadowlark adalah sebuah sekolah dasar yang menampung 500 peserta didik dari Taman Kanak-Kanak sampai kelas 6. Perawat sekolah telah diminta untuk melakukan pengkajian komunitas dan mengembangkan suatu rencana asuhan. Anak-anak sekolah dan keluarganya merupakan populasi target.

PENGKAJIAN KEBUTUHAN KOMUNITAS

Perawat sekolah membentuk suatu kelompok anggota masyarakat, termasuk orang tua, kepala sekolah dan staf, profesional asuhan kesehatan, pemuka agama setempat, dan politikus. Kelompok tersebut mengadakan pertemuan secara teratur. Tugas pertama kelompok ini adalah menyelesaikan pengkajian komunitas. Anggota kelompok mengirimkan kuesioner lewat pos kepada keluarga hasil sampling acak dan memegang kelompok fokus bersama anggota masyarakat untuk memperoleh informasi subjektif mengenai kebutuhan masyarakat. Anggota kelompok memperoleh data objektif dari departemen kesehatan setempat, arsip sekolah, dan Badan Sensus US. Perawat juga melakukan suatu *windshield tour* di lingkungan sekitar sekolah. Informasi yang dikumpulkan adalah sebagai berikut:

Penduduk: Meadowlark berlokasi dalam suatu komunitas dengan etnisitas yang bermacam-macam antara lain 30% Hispanik, 30% Afrika-Amerika, 30% kulit putih non-Hispanik, dan 10% Asia. Sekolah tersebut berada di kota besar di sebelah barat daya.

Keamanan dan Transportasi: Bus sekolah merupakan layanan yang diberi nilai sangat baik sampai sangat memuaskan oleh sebagian besar masyarakat yang disurvei. Catatan transportasi mengindikasikan bahwa kecelakaan bus sekolah terakhir terjadi 10 tahun yang lalu.

Perekonomian: Meskipun sekurang-kurangnya satu anggota sudah bekerja pada 94% keluarga, 25% keluarga hidup di bawah garis kemiskinan. Jumlah ini tidak mengalami perubahan selama 10 tahun.

Pendidikan: Pada populasi dewasa, 60% memiliki gelar diploma, dan 10% pernah belajar sekurang-kurangnya 1 tahun di perguruan tinggi. Tingkat kehadiran di sekolah lebih tinggi dibandingkan tingkat kehadiran di seluruh negara bagian lain.

Komunikasi: 95% penduduk memiliki telepon rumah dibandingkan dengan 10 tahun yang lalu yang hanya 85%. Diperkirakan 10% populasi target tidak berbahasa Inggris, dan Spanyol merupakan bahasa percakapan utama yang digunakan dalam kelompok ini.

Rekreasi: Terdapat sedikit tempat bermain yang disediakan untuk anak-anak. Kelompok fokus merekomendasikan agar memperbanyak taman dan sarana bermain anak.

Politik dan Pemerintahan: Sistem di sekolah sangat tersentralisasi dan dipimpin oleh kepala sekolah. Kota tersebut dipimpin oleh gubernur dan walikota.

Sosial: Dari penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan, 60% nya mendapat beberapa jenis bantuan kesejahteraan, termasuk kupon makanan.

Kesehatan: Angka imunisasi untuk anak berusia kurang dari 2 tahun sebesar 60%, menurun 20% dalam 10 tahun. Masyarakat Sehat 2000 merekomendasikan agar 90% anak

berusia kurang dari 2 tahun harus mendapat imunisasi lengkap. Angka imunisasi anak berusia kurang dari 4 tahun sebesar 70%, menurun 5% dalam 10 tahun. Angka insidensi penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin adalah 30/100.000 anak yang berusia kurang dari 5 tahun dibandingkan dengan angka insidensi berskala nasional yaitu 24/100.000 anak yang berusia kurang dari 5 tahun (Teitelbaum dan Edmunds, 1999). Berbagai hasil dari kuesioner dan kelompok fokus mengindikasikan bahwa orang tua tidak selalu menyadari pentingnya imunisasi, lokasi klinik tidak dipublikasikan, dan jam klinik tidak sesuai.

Berdasarkan pengkajian di atas, diagnosis komunitas yang dapat dibuat yaitu:

1. Penurunan angka imunisasi yang berhubungan dengan defisit pengetahuan dan hambatan dalam mengakses informasi
2. Kurang tempat bermain yang aman yang berhubungan dengan kurangnya taman bermain di komunitas

PERENCANAAN

Anggota kelompok menyepakati bahwa penurunan angka imunisasi merupakan masalah prioritas dan kemudian membuat beberapa tujuan berikut:

1. Dalam 2 tahun angka imunisasi anak berusia kurang dari 2 tahun akan meningkat menjadi 80%.
2. Dalam 4 tahun angka imunisasi anak di bawah 4 tahun akan meningkat sebesar 90%.
3. Dalam 5 tahun insidensi penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin dalam masyarakat Meadowlark menjadi 24/100.000 pada anak berusia kurang dari 5 tahun.

Anggota kelompok mencari literatur untuk menemukan masyarakat yang memiliki masalah yang sama, menghubungi petugas departemen kesehatan dan sekolah di wilayah lain di negaranya, memeriksa keberhasilan program, dan merencanakan program kesehatan yang diarahkan pada pemenuhan kebutuhan yang unik dari populasi target. Sasaran program adalah:

1. Dalam 6 bulan setiap ibu yang baru melahirkan akan mendapat pamflet mengenai pentingnya imunisasi sebelum pemulangan dari rumah sakit. Pamflet dibuat dalam versi bahasa Spanyol dan Inggris.
2. Dalam setahun tempat imunisasi tambahan akan dibuat di sekitar pusat perbelanjaan masyarakat dan di tempat peribadatan. Jam klinik akan diperpanjang pada sore dan hari libur.
3. Setiap bulan September perawat akan menghubungi Persatuan Orang tua, Murid, dan Guru (POMG) mengenai pentingnya imunisasi tepat waktu.

Anggota kelompok menentukan jumlah sumber yang dibutuhkan untuk melaksanakan program tersebut, termasuk personel, suplai, dan peralatan. Mereka memperkirakan biaya total penyusunan program dan pemeliharannya selama 5 tahun serta menyediakan pendanaan untuk departemen kesehatan di wilayahnya. Perawat sekolah dan anggota kelompok lain memikul tanggung jawab untuk ketepatan waktu pelaksanaan program kesehatan dan pelaksanaan evaluasi tujuan serta sasaran program tersebut.

2. **Proses:** Apakah pemberian asuhan kesehatan didasarkan pada standar operasional dan pedoman keuangan yang benar?
3. **Hasil:** Apa pengaruhnya bagi kondisi kesehatan? Adakah peningkatan?

Struktur berfokus pada kualifikasi anggota, keadekuatan gedung kantor, persediaan, dan peralatan; serta karakteristik populasi target. Proses memfokuskan pada interaksi pasien dan penyedia program asuhan. Indikator



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 3-1 INTISARI TEORI KELUARGA DAN PENERAPANNYA

ASUMSI	KEKUATAN	KETERBATASAN	APLIKASI
TEORI SISTEM KELUARGA			
Perubahan dalam satu bagian sistem keluarga memengaruhi semua bagian lain dalam sistem keluarga (<i>circular causality</i>)	Dapat diterapkan ke keluarga dalam kehidupan sehari-hari, dan pada keluarga yang mengalami disfungsi dan patologi	Lebih sulit untuk menentukan hubungan sebab dan akibat karena adanya <i>circular causality</i>	Seleksi pasangan, proses penjaan, komunikasi keluarga, pemeliharaan ikatan, kekuasaan dan kontrol dalam keluarga, hubungan orang tua-anak, kehamilan remaja dan masa menjadi orang tua
Sistem keluarga ditandai oleh periode pertumbuhan dan perubahan yang cepat serta periode stabilitas relatif	Berguna untuk berbagai struktur keluarga dan berbagai tahap siklus kehidupan		
Baik perubahan yang sangat kecil maupun yang sangat besar menimbulkan disfungsi dalam sistem keluarga; oleh karenanya diperlukan keseimbangan antara morfogenesis (perubahan) dan morfostasis (tidak ada perubahan)			
Sistem keluarga dapat menimbulkan perubahan, dan bereaksi terhadap perubahan tersebut			
TEORI STRES KELUARGA			
Stres adalah bagian yang tidak dapat dihindarkan dari kehidupan keluarga dan peristiwa apa pun, bahkan kejadian positif pun dapat mengakibatkan stres bagi keluarga.	Berpotensi untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku keluarga pada saat berespons terhadap stresor dan mengembangkan intervensi yang efektif untuk meningkatkan adaptasi keluarga	Hubungan di antara semua variabel dalam kerangka kerja belum diuraikan dengan tepat	Transisi menjadi orang tua dan transisi normatif lainnya, keluarga orang tua tunggal, keluarga yang mengalami stres kerja (kedua orang tua bekerja), pengangguran), penyakit masa kanak-kanak yang akut atau kronis atau disabilitas, infertilitas, kematian anak, perceraian, kehamilan remaja, dan masa menjadi orang tua
Keluarga menghadapi baik stresor yang secara normatif diharapkan atau stresor keadaan yang tidak diharapkan selama siklus hidup berlangsung	Berfokus pada kontribusi positif sumber daya, koping, dan dukungan sosial untuk mendapatkan hasil yang adaptif	Belum diketahui apakah kombinasi tertentu dari sumber dan strategi koping dapat diterapkan pada semua peristiwa yang menimbulkan stres	
Stres mempunyai suatu efek kumulatif terhadap keluarga	Dapat digunakan oleh beberapa disiplin dalam bidang kesehatan		
Keluarga mengatasi dan berespons terhadap stresor dengan berbagai respons dan efektivitas			
TEORI PERKEMBANGAN			
Keluarga berkembang dan berubah sepanjang waktu dengan cara yang serupa dan konsisten	Memberikan pandangan keluarga yang dinamik (tidak statis)	Model tradisional lebih mudah diterapkan oleh keluarga dengan dua orang tua dan anak	Bimbingan antisipasi, strategi pendidikan, dan pengembangan/penguatan sumber daya keluarga untuk mengelola transisi ke masa menjadi orang tua; penyesuaian keluarga terhadap anak yang masuk sekolah, menjadi remaja, meninggalkan rumah; mengatasi masa "kekosongan" dan masa pensiun
Keluarga dan anggotanya harus melaksanakan tugas khusus pada waktu tertentu yang disusun oleh diri sendiri dan oleh orang lain dalam masyarakat mereka yang lebih luas.	Menghadapi perubahan dalam keluarga dan perubahan di dalam keluarga sebagai suatu sistem sosial selama sejarah kehidupannya	Penggunaan usia anak sulung and lama pernikahan sebagai tanda tahap transisi mungkin menjadi masalah (mis., dalam keluarga tiri, keluarga orang tua tunggal)	
Penampilan peran keluarga pada satu tahap siklus hidup keluarga memengaruhi perilaku keluarga pada tahap berikutnya	Mengantisipasi potensial stresor yang biasanya menyertai transisi pada berbagai tahap dan pada saat masalah memuncak karena kekurangan sumber		
Keluarga cenderung berada pada tahap disequilibrium, dengan memasuki satu tahap siklus hidup yang baru, dan berusaha menuju homeostasis dalam setiap tahap.			



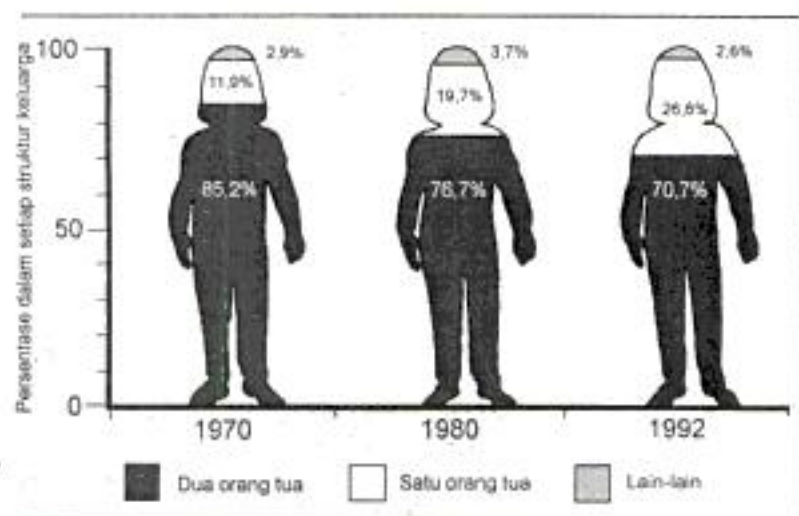
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 3-1 Persentase anak di bawah usia 18 tahun yang tinggal dengan dua, satu, atau tanpa orang tua, 1970, 1980, dan 1992. (Data dari US Bureau of the Census: *Marital status and living arrangements: March 1992, Current Population Reports, Series P20, No. 468, Washington, DC, 1992, US Government Printing Office.*)

orang tua biologik anak tersebut tetapi bukan orang tua anak tersebut secara biologik. Saudara tiri tidak mempunyai hubungan se-ayah atau pun se-ibu; orang tua biologik dari salah satu anak tersebut adalah orang tua tiri bagi anak yang lain. Saudara se-ayah atau se-ibu saja hanya mempunyai hubungan dengan salah satu orang tua biologiknya. Keadaan ini mungkin sering dijumpai oleh perawat yang mempunyai kesempatan untuk berinteraksi dengan keluarga campuran dalam suatu lingkungan masyarakat (lihat Kotak Fokus Keluarga, hlm. 62).

Keluarga Besar

Suatu keluarga/rumah tangga besar paling tidak terdiri atas satu orang tua, satu anak atau lebih, dan satu atau lebih anggota keluarga (berasal dari kerabat dekat atau bukan kerabat), bukan hanya terdiri atas orang tua atau anak saja. Hubungan orang tua-anak dan saudara kandung mungkin bersifat biologik, tiri, adopsi, atau asuh.

Salah satu masalah yang muncul dalam keluarga besar ini adalah ketika kakek-nenek harus mengurus dan membesarkan cucu-cucunya. Hampir 1,5 juta anak diasuh dan dibesarkan oleh kakek dan neneknya, selain itu 2,4 juta anak dibesarkan oleh kakek-nenek dengan salah satu orang tuanya tinggal di tempat yang sama (Woodworth, 1996). Hampir 44% waktu dari kakek-nenek dihabiskan hanya untuk mengambil alih peran orang tua karena berbagai masalah berat yang menimpa orang tua anak tersebut. Masalah lain yang menyebabkan kakek-nenek berperan sebagai orang tua anak antara lain penganiayaan anak, pengabaian, atau penolakan (28%); orang tua tidak mampu mengurus anaknya (11%); kematian orang tua (5%); orang tua pengangguran (4%); dan perceraian orang tua (4%) (Woodworth, 1996).

Beberapa masalah yang dihadapi kakek-nenek saat menjadi orang tua adalah hambatan finansial (46% adalah

berpendapatan tetap). Dari 33% kakek/nenek tunggal, 96% adalah nenek. Sering tidak terdapat keterlibatan dengan lembaga negara, dan masalah hukum dan medis menjadi menyusahkan, dengan dilema yang diciptakan oleh situasi seperti pendaftaran sekolah dan kebutuhan untuk perawatan anak serta program pelayanan khusus (Woodworth, 1996).

Salah satu sumber untuk keluarga seperti di atas adalah *Grandparent Information Center*.

Keluarga Orang Tua Tunggal

Suatu perkembangan yang paling menonjol adalah tren menyeluruh yang mengarah pada keluarga dengan orang tua tunggal sebagai bentuk yang berlawanan dengan keluarga lengkap yang terdiri atas dua orang tua. **Keluarga orang tua tunggal** bukan merupakan fenomena yang baru lagi, dan istilah orang tua tunggal (*single parent*) dan orang tua lengkap (*two-parent*) bukan suatu hal yang harus diperbincangkan lagi, karena adanya berbagai pengertian yang menjelaskan istilah tersebut. Berdasarkan sejarah, kematian akibat penyakit, kelahiran anak, dan perang telah mengakibatkan semakin bertambahnya keluarga dengan orang tua tunggal walaupun kemungkinan untuk menikah kembali bisa terjadi. Keluarga dengan orang tua tunggal zaman sekarang kemungkinan sebagian besar terjadi sebagai konsekuensi dari gerakan hak perempuan sehingga lebih banyak perempuan (dan pria) membentuk rumah tangga yang terpisah karena perceraian, kematian, meninggalkan keluarga, atau pelanggaran hukum. Selain itu, keputusan pengadilan memperbolehkan seseorang baik perempuan atau pria untuk mengadopsi anak, sedangkan sebelumnya hal tersebut hanya dapat terjadi bila ada orang tua lengkap. Meskipun keluarga dengan orang tua tunggal lebih sering dialami oleh ibu, namun hal ini menjadi hal yang biasa dialami oleh seorang ayah yang mengalami perceraian dan semua anak-anaknya ikut dengan ayah. Jumlah keluarga dengan orang tua tunggal yang signifikan dihasilkan dari seorang ibu yang berharap untuk mempunyai anak tetapi memilih untuk tidak bersuami. Selain itu, seorang ibu yang tidak menikah sering memilih untuk tetap memelihara dan membesarkan anak-anaknya sendiri daripada membiarkan mereka diadopsi atau menikah, dan ibu dan anak dengan keadaan seperti ini sering dimasukkan ke dalam keluarga besar (*extended family*). Dengan meningkatnya kemandirian psikologis seorang perempuan secara keseluruhan dan meningkatnya toleransi terhadap pelanggaran yang terjadi dalam masyarakat, lebih banyak perempuan yang tidak menikah memilih bentuk keluarga yang terdiri atas ibu dan anak saja. Tantangan yang sering dihadapi oleh keluarga dengan orang tua tunggal dibahas pada hlm. 61.

Keluarga Binuklear (Binuclear Family)

Istilah **binuclear family** digunakan untuk menjelaskan situasi yang memungkinkan orang tua untuk melanjutkan peran menjadi orang tua ketika memutuskan untuk berpisah dari pasangannya. Tingkat kerja sama antara rumah



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 3-3 Hubungan dan aktivitas yang banyak, dapat terjadi pada keluarga besar.

Anak memberikan respons terhadap situasi kehidupan sesuai dengan perilaku yang dipelajari pada saat terjadinya transaksi timbal-balik. Saat anak memperoleh keterampilan peran yang penting, hubungan mereka dengan orang lain akan berubah. Sebagai contoh, apabila seorang remaja yang juga merupakan seorang ibu tinggal dalam suatu rumah tangga bersama neneknya, ibu remaja tersebut mungkin memperoleh dukungan lebih besar untuk menjalankan peran remaja dibandingkan peran sebagai orang tua (Black dan Nitz, 1996). Anak-anak menjadi lebih pandai memahami orang lain saat mereka mendapatkan kemampuan untuk membedakan pendapat mereka dengan pendapat orang lain. Anak-anak yang dapat bergaul dengan orang lain dan mempertahankan kedudukannya dalam kelompok teman sebaya telah memperoleh keterampilan untuk mengembangkan peran yang lebih baik.

Ukuran dan Bentuk Keluarga

Peran sebagai orang tua pada kenyataannya berbeda antara keluarga yang kecil dan keluarga yang besar. Dalam keluarga kecil lebih menekankan pada perkembangan anak masing-masing. Peran sebagai orang tua lebih bersifat intensif daripada ekstensif dan terdapat tekanan yang konstan untuk mengukur apa yang menjadi keinginan keluarga. Perkembangan anak dan pencapaiannya diukur berdasarkan anak lain di lingkungan dan kelas sosial. Dalam suatu keluarga kecil terdapat partisipasi anak yang lebih terbuka dibandingkan dengan anak yang berada dalam keluarga besar. Remaja di keluarga kecil akan saling mengenal lebih dalam dan mempunyai ketergantungan yang

lebih pada orang tua untuk mendapatkan saran atau nasihat. Remaja dari keluarga kecil memiliki kontrol autonom dari dalam diri yang telah berkembang dengan baik, berbeda dengan remaja dari keluarga besar yang lebih bergantung pada otoritas orang dewasa.

Anak dalam keluarga besar dapat menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan dan krisis. Terdapat penekanan yang lebih besar dalam kelompok dan lebih sedikit pada masing-masing individu (Gbr. 3-3). Kerja sama merupakan hal yang sangat penting, sering kali hal ini disebabkan oleh kebutuhan ekonomi. Banyaknya jumlah anggota keluarga yang berbagi sejumlah ruangan yang terbatas memerlukan tingkat organisasi, administrasi dan kendali kekuasaan yang lebih besar. Kendali tersebut digunakan oleh anggota keluarga yang paling dominan, bisa orang tua atau anak yang paling tua. Jumlah anak juga bisa mengurangi suasana akrab, kontak satu per satu antara anak dengan orang tuanya serta kontak di antara masing-masing anak. Dengan demikian, anak akan cenderung berpaling ke pihak lain karena mereka tidak dapat memperoleh apa yang mereka harapkan dari orang tuanya. Kurangnya kontak antara orang tua-anak mendorong seorang anak untuk mengambil peran khusus dalam upaya meningkatkan pengakuan dalam keluarga.

Disiplin sering kali diberikan oleh anak yang paling tua dalam suatu keluarga besar. Saudara kandung biasanya lebih dapat menyesuaikan diri pada apa yang dianggap perilaku yang tidak diharapkan, dan ketidaksetujuan atau sikap mengasingkan saudara kandung sering lebih menjadi tindakan disiplin yang bermakna daripada intervensi orang tua. Dalam suatu keadaan seperti kematian atau penyakit yang diderita orang tua, seorang anak yang paling tua memikul tanggung jawab dan pengorbanan diri yang lebih besar dalam keluarga. Keluarga besar tampaknya memberikan perasaan aman pada anak yang dibesarkan dengan dukungan dan kerja sama dari saudara kandung lainnya. Namun demikian, anak remaja dari keluarga besar cenderung lebih berorientasi pada kelompok teman sebaya dibandingkan dengan orang tuanya sendiri.

Jarak Anak

Perbedaan usia di antara saudara kandung dapat memengaruhi lingkungan pada masa kanak-kanak, tetapi lebih sedikit pengaruhnya jika dibandingkan dengan perbedaan jenis kelamin saudara kandung. Hadirnya seorang anggota keluarga baru berpengaruh terhadap anak yang lebih tua, bila perbedaan usia antara 2 sampai 4 tahun bisa dikatakan merupakan suatu ancaman bagi anak yang lebih tua. Pada saat usia anak paling tua masih kecil, konsep diri belum matang sehingga muncul perasaan terancam. Seorang anak yang lebih tua mempunyai tingkat pemahaman yang lebih baik terhadap situasi yang terjadi dan tidak lagi memandang kehadiran anggota baru sebagai suatu ancaman walaupun ia mengalami kehilangan kedudukannya sebagai anak semata wayang. Berbagai studi telah dilakukan dan menunjukkan bahwa terdapat kasih sayang yang lebih besar dan lebih sedikit persaingan atau perasaan kesepian pada anak yang mempunyai adik baru dengan perbedaan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

keamanan anak-anak. Tindakan untuk memisahkan mereka sejak dini jelas merupakan suatu keadaan yang bisa menimbulkan stres yang tidak diharapkan. Kecenderungannya adalah memperlakukan mereka secara berbeda untuk memudahkan proses perpisahan jika memang perpisahan tersebut dianjurkan.

Penyesuaian orang tua. Masuknya satu anggota keluarga baru dalam suatu rumah tangga akan menimbulkan stres, tetapi dengan adanya kelahiran kembar dua atau lebih anggota keluarga yang baru harus disatukan dalam keluarga tersebut pada waktu yang bersamaan. Masalah sangat nyata, pada waktu bersamaan ada dua orang bayi yang harus mendapatkan perhatian dan perawatan fisik termasuk menyusui, mengganti popok, dan semua pembelanjaan serta persiapan yang menyertai perawatan bayi tersebut. Pengaturan jadwal merupakan hal paling penting, dan setiap kemajuan perkembangan akan menimbulkan masalah baru serta penyesuaian yang baru (mis., pengaturan ruangan dan tempat tidur, memilih kereta dorong, dan peralatan lainnya). Hati-hati dalam memilih mainan. Karena bermain menjadi kesibukan yang serius, beberapa mainan yang aman dan tepat untuk setiap anak dapat menjadi senjata jika kedua bayi berada dalam rumah bermain yang sama. Merupakan ide yang baik untuk memilih mainan berbeda untuk anak saat mereka tumbuh lebih besar dan dorong mereka untuk berbagi.

Sangat penting bagi orang tua untuk mempertahankan hubungan dengan mereka dan juga dengan anggota keluarga yang lain. Sangat penting bagi orang tua untuk menyusun waktu bersama dengan sering. **National Organization of Mothers of Twins Club, Inc.** mempunyai cabang lokal di seluruh Amerika Serikat untuk memberikan informasi dan dukungan kepada orang tua yang memiliki anak kembar dan sangat direkomendasikan sebagai suatu sumber untuk semua orang tua yang baru memiliki anak kembar. **Twins Foundation**, suatu organisasi yang didirikan oleh sekelompok anak kembar dan dibentuk untuk membantu anak kembar dan saudara kembar lainnya, direkomendasikan untuk anak yang lebih tua.

MENJADI ORANG TUA

MOTIVASI SELAMA MASA MENJADI ORANG TUA

Karakteristik yang dominan dalam semua masyarakat adalah orang dewasa diharapkan untuk menjadi orang tua dan merasa puas dengan pengalamannya. Tekanan tradisi, sentimen yang berhubungan dengan masa menjadi orang tua, dan perintah agama untuk memenuhi perintah tentang fertilitas sangat memengaruhi pengambilan keputusan, karena kesesuaian dengan harapan peran sosial berpengaruh kuat dalam keluarga berencana.

Faktor-faktor yang cenderung memengaruhi ukuran keluarga adalah kelas sosial, agama, ras, stabilitas finansial, tipe hubungan peran, dan aspek sosial-psikologis hu-

man seksual. Tentunya, seberapa efektif praktik kontrasepsi sebuah pasangan dapat menentukan ukuran keluarga tetap seperti yang direncanakan. Juga, dalam kasus perceraian dan pernikahan kembali, seorang individu dapat memutuskan untuk memiliki lebih banyak anak dengan pasangan barunya.

PERSIAPAN UNTUK MASA MENJADI ORANG TUA

Tujuan dasar menjadi orang tua adalah meningkatkan daya tahan fisik dan kesehatan anak, mengembangkan keterampilan dan kemampuan yang penting agar dapat menjadi orang dewasa yang mandiri, dan membantu mengembangkan kemampuan perilaku untuk memaksimalkan nilai-nilai budaya dan kepercayaan. Walaupun demikian, orang tua baru memiliki peran sebagai orang tua dengan pengalaman yang sedikit dan pengetahuan yang kurang memadai, walaupun tidak ada tugas yang sebanding dengan membesarkan seorang manusia, dalam konsekuensi secara keseluruhan. Orang tua belajar berdasarkan kesalahan (*trial and error*), melakukan kesalahan yang sama yang telah dilakukan banyak orang tua lain, tetapi bagaimanapun mereka tetap dapat menyelesaikan tugas, menjadi lebih terampil dengan bertambahnya anak. Tradisi, bukan perencanaan rasional, membentuk norma-norma utama dalam membesarkan anak. Pengalaman masa lalu saat dibesarkan sebagai seorang anak merupakan komponen esensial untuk menjadi orang tua yang berhasil.

Orang tua mereka sendiri mungkin merupakan satu-satunya orang yang diobservasi oleh orang tua baru secara saksama dalam peran orang tua; hal ini menghasilkan **kontinuitas generasi**—orang tua membesarkan anak mereka dengan cara yang hampir sama seperti mereka dahulu dibesarkan. Keterampilan dan pengetahuan penting lain yang perlu diketahui oleh orang tua agar dapat merasa lebih nyaman dalam peran sebagai orang tua meliputi pemahaman dasar tentang pertumbuhan dan perkembangan masa kanak-kanak, mandi, memberi makan, penggunaan mainan, dan keterampilan interpersonal. Semua informasi ini, terintegrasi dalam teks ini.

TRANSISI KE MASA MENJADI ORANG TUA

Walaupun terdapat ketidaksepakatan apakah kelahiran anak pertama dari pasangan harus disebut sebagai krisis atau tidak, minggu-minggu pertama kehidupan bayi telah mengharuskan pasangan membuat penyesuaian yang drastis. Walaupun orang tua telah mengantisipasi dan mungkin menyiapkan kehadiran anak, kelahiran berarti adanya perubahan tiba-tiba terhadap perawatan secara total selama 24 jam sehari bagi anggota keluarga yang baru. Keadaan tersebut memang dapat menjadi suatu krisis jika dianggap mengganggu kebiasaan dan hubungan yang lama dan respons baru. Keadaan ini memerlukan per-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pedoman Umum untuk Mengimplementasikan Disiplin

Tanpa memerhatikan jenis disiplin yang digunakan, prinsip-prinsip tertentu penting dalam menjamin keefektifan pendekatan tersebut (lihat kotak Pedoman). Banyak strategi, seperti modifikasi perilaku, hanya dapat diimplementasikan secara efektif jika prinsip-prinsip konsistensi dan waktu dipatuhi. Suatu pola pemberlakuan batasan yang intermiten atau kadang-kadang sebenarnya hanya akan memperpanjang perilaku yang tidak diinginkan karena anak belajar jika mereka terus melakukannya, perilaku tersebut pada akhirnya akan diizinkan. Penundaan hukuman akan melemahkan tujuannya, dan praktik yang mengatakan pada anak, "Tunggu sampai ayahmu pulang," tidak hanya tidak efektif, tetapi juga menunjukkan konotasi negatif tentang orang tua mereka yang lain.

Jenis Disiplin

Untuk menghadapi perilaku yang salah, orang tua perlu mengimplementasikan tindakan disiplin yang tepat. Tersedia berbagai pendekatan, dan beberapa memiliki keuntungan lebih dari yang lain.

Alasan melibatkan penjelasan mengapa suatu tindakan salah dan biasanya tepat untuk anak yang lebih besar, terutama jika melibatkan masalah moral. Namun, anak yang lebih kecil tidak dapat diharapkan untuk "melihat sisi yang lain" karena sifat egosentris mereka. Anak dalam tahap perkembangan kognitif praoperatif (todler dan prasekolah) memiliki keterbatasan kemampuan untuk membedakan antara pandangan mereka dan pandangan orang lain (Blum dkk, 1995).

Kadang-kadang anak menggunakan "alasan" sebagai cara untuk memperoleh perhatian. Sebagai contoh, mereka dapat bertindak yang tidak diinginkan agar orang tua mereka memberikan penjelasan panjang tentang kesalahan yang telah dilakukannya karena perhatian negatif lebih baik daripada tidak ada perhatian sama sekali. Ketika anak menggunakan teknik ini, orang tua harus mengakhiri dengan menyatakan, "Ini adalah aturannya, dan saya minta kamu berperilaku seperti ini. Saya tidak akan menjelaskannya lagi."

Sayangnya, alasan sering kali dikombinasikan dengan **sikap marah**, yang kadang-kadang berbentuk rasa malu atau kritikan. Sebagai contoh, orang tua dapat mengatakan, "Kamu anak nakal karena memukul saudaramu." Anak dapat mengartikan kalimat tersebut secara serius dan pribadi, mempercayai bahwa mereka nakal.

Penguatan positif dan negatif adalah dasar dari teori **modifikasi perilaku**—perilaku yang dihargai akan diulangi; perilaku yang tidak dihargai akan ditingkatkan. Penggunaan **penghargaan** adalah pendekatan positif; dengan mendorong anak untuk berperilaku spesifik, kecenderungan untuk berperilaku yang salah dapat dikurangi. Pada anak yang lebih kecil, penggunaan kertas bintang merupakan metode yang sangat efektif. Untuk anak yang lebih besar, "sistem simbol" sangat tepat, terutama setelah beberapa kali tindakan positif maka diberi penghargaan

ASUHAN KELUARGA DI RUMAH

Meminimalkan Perilaku yang Salah

Tetapkan tujuan yang realistis untuk perilaku yang dapat diterima dan pencapaian yang diharapkan.

Atur kesempatan untuk memperoleh keberhasilan kecil guna mengurangi perasaan tidak adekuat.

Puji anak untuk perilaku yang diharapkan dengan perhatian dan ungkapan verbal.

Atur lingkungan untuk mencegah kesulitan yang tidak perlu (mis., menempatkan benda yang mudah pecah jauh dari jangkauan anak).

Tetapkan aturan yang jelas dan masuk akal; harapkan perilaku yang sama tanpa melihat situasi, dan bila dibuat pengecualian, klarifikasi bahwa perubahan itu hanya untuk satu waktu saja.

Ajarkan perilaku yang diinginkan melalui pemberian contoh, seperti menggunakan suara yang pelan dan tenang, bukan berteriak.

Tinjau ulang perilaku yang diharapkan sebelum kejadian khusus atau tidak biasa, seperti mengunjungi keluarga atau makan malam di restoran.

Nyatakan permintaan terhadap perilaku tepat secara positif, seperti "Taruh lagi buku itu," bukan "Jangan sentuh buku itu."

Berikan perhatian untuk perilaku yang tidak dapat diterima segera saat perilaku ini dimulai; gunakan distraksi untuk mengubah perilaku atau tawarkan alternatif untuk tindakan-tindakan yang mengganggu, seperti mainan yang tidak bersuara untuk anak yang sangat ribut.

Berikan pemberitahuan lebih lanjut atau "peringat yang mudah diingat," seperti "Kalau acara televisi sudah selesai, maka waktunya untuk makan malam" atau "Saya akan menghitung sampai tiga dan kita harus pergi."

Berikan perhatian pada situasi yang meningkatkan kecenderungan perilaku yang tidak diharapkan, seperti kegembiraan yang berlebihan atau kelelahan, atau penurunan toleransi personal untuk kesalahan kecil.

Tawarkan penjelasan yang simpatik untuk tidak mengabaikan suatu permintaan, seperti "Maaf saya tidak dapat membacakan cerita untukmu sekarang, tetapi saya harus menyelesaikan makan malam dulu. Setelah itu kita dapat menghabiskan waktu bersama."

Penuhi setiap janji yang dibuat pada anak.

Hindari konflik segera; lakukan diskusi dengan pernyataan seperti "Mari kita bicarakan tentang hal tersebut dan lihat apa yang dapat kita tentukan bersama" atau "Saya harus memikirkan hal itu terlebih dahulu."

Berikan anak kesempatan untuk memiliki kekuasaan dan kontrol.

KEWASPADAAN Keperawatan

Ketika menghukum anak, fokuskan hanya pada perilaku yang salah, bukan pada anak. Gunakan pesan "Saya" bukan pesan "Kamu" yang mengekspresikan perasaan pribadi tanpa menuduh atau mengada-ada. Sebagai contoh, pesan "Saya" menunjukkan serangan perilaku—"Saya kesal ketika Johnny dipukul; Saya tidak suka melihat ia disakiti"—bukan anak tersebut.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Latihan Berpikir Kritis

Menjadi Orang tua Anak Adopsi

Justin yang berusia 12 bulan diadopsi pada saat lahir. Orang tuanya mengatakan pada Anda bahwa mereka bertanya-tanya apakah mereka harus menceritakan pada Justin bahwa ia adalah anak adopsi. Sebagai perawat, apa tindakan keperawatan yang harus diberikan untuk orang tua Justin?

Pertama, Pikirkan Tentang ...

- Apa tepatnya pertanyaan yang Anda coba jawab?
- Apa konsekuensinya jika Anda menerapkan pemikiran Anda ke dalam tindakan?

1. Yakinkan mereka bahwa karena Justin diadopsi pada saat ia lahir, mereka tidak perlu menceritakan padanya bahwa ia adalah anak adopsi.
2. Berikan beberapa buku, pamflet, dan sumber-sumber komunitas tentang adopsi pada orang tua Justin sehingga mereka dapat memutuskan sendiri apa yang harus dilakukan.
3. Diskusikan pemahaman umum bahwa mereka harus memberitahukan Justin bahkan di usia yang masih muda sehingga ia akan selalu tahu bahwa ia adalah anak adopsi.
4. Merekomendasikan bahwa mereka tidak perlu memberitahukan Justin sampai ia hampir mencapai usia remaja dan dapat memahami informasi ini dengan lebih baik.

Respons yang terbaik adalah nomor tiga. Menjadi anak adopsi dapat dipandang oleh anak yang diadopsi sebagai bagian dari warisannya yang unik. Orang tua Justin memilih untuk memasukkan dirinya ke dalam keluarga dengan penerimaan yang baik. Seorang anak dapat bergabung dalam suatu keluarga dengan berbagai cara, dapat melalui keturunan biologis atau keluarga campuran. Berbagi cerita tentang adopsi merupakan tanggung jawab orang tua yang penting dan dapat dilakukan seperti saat seseorang berbagi pengalaman tentang melahirkan pada anak biologis. Sebagian besar penulis percaya bahwa anak perlu diberitahukan pada usia yang cukup muda sehingga ketika mereka tumbuh dewasa, mereka tidak ingat kapan mereka tidak mengetahui bahwa mereka adalah anak adopsi. Menunggu sampai usia remaja akan terlambat. Anak lebih sulit untuk menyesuaikan diri jika kenyataan tersebut diungkapkan ketika mereka lebih besar. Memberikan sumber-sumber tentang adopsi pada orang tua Justin adalah tindakan tepat; walaupun demikian, karena mereka bertanya pada Anda, sebagai perawat, untuk petunjuk, pendekatan yang lebih langsung merupakan hal yang terbaik.

reka adalah anak adopsi sebelum mereka memasuki sekolah untuk menghindari pihak ketiga yang secara tidak sengaja

dapat menceritakan hal tersebut pada anak sebelum orang tua memiliki kesempatan untuk menceritakannya. Kejujuran total antara orang tua dan anak biasanya memperkuat hubungan.

Orang tua dapat mengantisipasi beberapa perilaku yang berubah setelah pengungkapan fakta—terutama pada anak yang lebih besar. Satu penelitian menemukan bahwa anak yang diadopsi dua sampai lima kali lebih cenderung untuk dirujuk pada penanganan psikologis daripada anak-anak yang bukan diadopsi (Grotevant dan McRoy, 1996). Anak dapat menggunakan adopsi mereka sebagai senjata untuk memanipulasi dan mengancam orang tuanya. Ada pernyataan yang tidak dapat dihindari seperti "Ibu kandung saya tidak akan memperlakukan saya seperti ini," atau "Ibu/ayah tidak mencintai saya karena saya anak adopsi." Pernyataan seperti ini dapat menyakiti orang tua dan meningkatkan rasa tidak aman mereka, sehingga orang tua menjadi bersifat sangat permisif. Anak adopsi memerlukan cinta tanpa syarat yang sama, dikombinasikan dengan disiplin yang kuat dan penetapan batasan, seperti halnya anak lain (lihat Latihan Berpikir Kritis).

Masa remaja. Masa remaja mungkin merupakan masa yang paling melelahkan bagi orang tua yang memiliki anak yang diadopsi. Konfrontasi normal antara remaja dan orang tua dapat diasumsikan sebagai aspek yang lebih menyakitkan dalam keluarga adopsi. Anak remaja dapat menggunakan status adopsi mereka sebagai alat dalam menentang otoritas orang tua atau sebagai justifikasi atas perilaku yang menyimpang. Ketika mereka berupaya untuk menguasai tugas perkembangan pembentukan identitas, perasaan diabaikan oleh orang tua biologis mereka dapat muncul atau meningkat. Perbedaan gender dalam bereaksi terhadap adopsi dapat muncul. Terdapat bukti bahwa anak perempuan memiliki lebih banyak kesulitan dalam menerima seksualitas mereka, karena mereka mungkin tidak mampu mengenali seksualitas mereka dengan ibu angkat yang nonfertil.

Anak berfantasi tentang orang tua mereka, dan mereka mungkin merasa perlu untuk menemukan identitas orang tua biologis mereka dalam rangka mendefinisikan diri dan identitas mereka—salah satu tugas perkembangan utama anak remaja. Penting bagi orang tua untuk tetap menjaga jalur komunikasi terbuka dan meyakinkan pada anak mereka bahwa mereka memahami perasaan anak untuk perlu mencari identitas mereka. Pada beberapa negara bagian, akte kelahiran dibuat secara legal untuk anak adopsi ketika mereka telah sampai pada usianya. Penting bagi orang tua untuk jujur dengan pertanyaan anak remaja dan untuk menceritakan pada mereka tentang kemungkinan ini (orang tua tidak dapat memperoleh akte kelahiran, ini merupakan tanggung jawab anak jika mereka menginginkannya).

Adopsi lintas-ras dan Internasional. Adopsi anak dari latar belakang ras yang berbeda merupakan hal yang relatif umum. Selain masalah yang dihadapi oleh anak yang diadopsi pada berbagai tingkatan usia, anak adopsi dari ras yang berbeda harus menghadapi perbedaan mereka. Disarankan agar orang tua yang mengadopsi anak seperti itu melakukan apa saja untuk mempertahankan warisan ras anak yang diadopsi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

anak-anaknya. Di dalam situasi tertentu anak-anak mengalami tekanan berat saat tinggal atau menghabiskan waktu bersama satu orang tua saja. Dalam kebanyakan kasus perceraian, ibu masih menerima hak asuh anak dengan kesepakatan ayah masih diizinkan melakukan kunjungan. Namun, pengadilan kini lebih memberikan hak pengasuhan anak kepada para ayah. Pria biasanya memiliki penghasilan lebih besar dan dapat memberikan lebih banyak materi dibandingkan sebagian besar wanita. Insidensi penunggakan pemberian biaya pada ibu yang mendapatkan hak asuh adalah masalah yang telah diketahui dan menjadi perhatian universal.

Hal yang sering diabaikan adalah perubahan yang terjadi pada hubungan anak dengan kerabat lain, terutama kakek-nenek. Kakek-nenek pada sisi orang tua yang tidak memegang hak asuh sering dijauhkan dari cucu mereka; sedangkan pada sisi orang tua yang memegang hak asuh mungkin menjalin hubungan yang sangat berlebihan dengan kembalinya anak bersama cucu ke rumah mereka.

Dua pengaturan hak asuh lain yang jarang terjadi adalah pembagian hak asuh dan hak asuh bersama. **Pembagian hak asuh**, atau **terpisah**, berarti bahwa masing-masing orang tua diberi hak asuh satu anak atau lebih, dengan demikian memisahkan saudara kandung. Sebagai contoh, anak laki-laki mungkin tinggal dengan ayah dan anak perempuan tinggal dengan ibu. Dalam **hak asuh bersama secara fisik**, orang tua secara bergantian merawat anak secara fisik dan mengontrol anak secara rasional sambil mempertahankan tanggung jawab orang tua yang telah dibagi secara hukum. Jenis pengaturan hak asuh ini berfungsi dengan baik untuk keluarga yang tinggalnya berdekatan dan yang pekerjaannya memungkinkan peran aktif dalam perawatan dan pengasuhan anak. Pada **hak asuh bersama secara legal**, anak tinggal bersama salah satu orang tua tetapi kedua orang tua merupakan wali anak secara hukum dan keduanya berpartisipasi dalam pengasuhan anak (Arditti, 1992).

Co-parenting (menjadi orang tua bersama) menawarkan manfaat substansial bagi keluarga: anak dapat dekat dengan kedua orang tua, dan hidup bersama orang tua dapat menjadi lebih normal meskipun bertolak belakang dengan ibu disipliner dan ayah rekreasional. Bagaimanapun, untuk menjadi orang tua yang berhasil, orang tua harus menjunjung tinggi komitmen untuk menjadi orang tua senormal mungkin dan mampu memisahkan konflik perkawinan dengan peran menjadi orang tua. Apa pun yang terjadi, pertimbangan utama adalah kesejahteraan anak.

MENJADI ORANG TUA TUNGGAL

Status orang tua tunggal diperoleh dari perceraian, perpisahan, atau kematian, atau melalui kelahiran atau adopsi seorang anak oleh satu orang. Walaupun tingkat perceraian telah stabil, jumlah rumah tangga dengan orang tua tunggal makin meningkat. Saat ini, satu dari empat anak hidup dalam keluarga orang tua tunggal, dengan mayoritas orang tua tunggal adalah wanita (Fuller, 1997). Diperkirakan bahwa sedikitnya separuh dari anak-anak yang lahir sepanjang tahun 1990-an akan menghabiskan sebagian waktu

mereka dalam suatu keluarga yang dipimpin oleh ibu yang bercerai, berpisah, janda, atau seorang ibu yang tidak pernah menikah. Walaupun beberapa perempuan memilih menjadi orang tua tunggal, kebanyakan wanita tidak pernah bermaksud menjadi orang tua tunggal, dan banyak yang merasa dipaksa untuk menikah lagi. Dalam satu studi telah dicatat bahwa jika seorang nenek muda Afrika-Amerika berperan sebagai pengganti orang tua, peran pengganti mereka mendukung kehamilan awal dan berkontribusi dalam kehamilan berikutnya (Camblin, Odulana, dan White, 1996).

Mengelola kekurangan uang, waktu, dan energi adalah perhatian utama orang tua tunggal. Penelitian berulang kali memastikan adanya, kesulitan keuangan pada keluarga orang tua tunggal, terutama dalam kasus ibu sebagai orang tua tunggal. Selain itu, keluarga ini sering dipaksa oleh keadaan keuangan mereka untuk tinggal di masyarakat yang tidak memiliki perumahan yang adekuat dan keamanan pribadinya memprihatinkan. Lebih dari itu, orang tua tunggal mungkin merasa bersalah karena waktunya dihabiskan di tempat yang jauh dari anak-anak mereka. Ibu yang bercerai dari pernikahan dengan ayah yang berperan sebagai pencari nafkah dan ibu yang berperan sebagai pengurus rumah tangga dan pengasuh anak telah diketahui paling sulit menyesuaikan diri untuk menjadi seorang pencari nafkah untuk keluarganya. Banyak orang tua tunggal mengalami masalah dalam perawatan anak mereka secara adekuat, dan terutama sulit sekali untuk merawat anak mereka yang sakit.

Literatur tentang orang tua tunggal sangat banyak. Beberapa penulis (Elshtain, 1997; Mackey, 1997; Whitehead, 1997) menyatakan bahwa distribusi yang luas ini membahayakan masyarakat sebagai kesatuan karena anak-anak lebih mungkin menjadi dan tetap miskin, melakukan kejahatan, dan menjadi sumber pendisiplinan pendidikan publik. Zinsmeister (1997) beranggapan bahwa karena ketidakhadiran ayah di sebagian besar rumah orang tua tunggal, ibu mendapat tuntutan lebih untuk menjadi pengasuh dan penegak disiplin dan ketiadaan model peran pria dapat menimbulkan prestasi pendidikan buruk, perilaku membolos, melakukan aktivitas kejahatan, dan muncul masalah psikologis pada anak-anak karena perceraian. Namun, Skolnick dan Rosencranz (1997) menyatakan orang tua tunggal telah mendapat stigma yang tidak adil, bahwa bahaya yang disebabkan oleh ibu sebagai orang tua tunggal atau tidak menikah dilebih-lebihkan dan tidak adil, dan masa menjadi ibu tunggal adalah pilihan yang sah.

Dukungan dan sumber daya untuk keluarga orang tua tunggal mencakup pelayanan asuhan kesehatan yang terbuka di waktu malam dan akhir pekan; perawatan anak berkualitas tinggi; tempat perawatan anak untuk mengurangi kelelahan dan kepenatan orang tua; dan pusat peningkatan orang tua untuk menambah pendidikan dan keterampilan kerja, yang memberi aktivitas rekreasi, dan memberikan pendidikan menjadi orang tua. Kelompok untuk ayah orang tua tunggal dan kakek-nenek yang menjadi pemberi perawatan utama juga penting. Orang tua membutuhkan kontak sosial dan kehidupan yang terpisah dari anak-anak untuk pertumbuhan emosional orang tua dan anak.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Hostetter M, Johnson D: Medical supervision of internationally adopted children, *Pediatr Basics* 77:10-17, 1996.
- Koepke J and others: Becoming parents: feelings of adoptive mothers, *Pediatr Nurs* 17(4):333-336, 1991.
- Kufeldt K and others: How children in care view their own and their foster families, *Child Welfare* 74(3):695-715, 1995.
- Mackey WC: Single-parent families contribute to violent crime. In Swisher KL, editor: *Single-parent families*, San Diego, CA, 1997, Greenhaven Press.
- McCubbin M, McCubbin H: Theoretical orientation to family stress and coping. In Figley C, editor: *Treating families under stress*, New York, 1989, Brunner / Mazel.
- McCubbin MA, McCubbin HI: Families coping with illness: the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In Danielson CB, Bissel BH, Winstead-Fry P, editors: *Families, health, and illness*, St Louis, 1994, Mosby.
- Mellor S: How do only children differ from other children? *J Genet Psychol* 151(2): 221-230, 1990.
- Murphy S: Siblings and the new baby: changing perceptive, *J Pediatr Nurs* 8(5):277-288, 1993.
- National Center for Health Statistics: Births, marriages, divorces, and death for 1996, *Monthly Vital Statistics Report* 45(12), 1997.
- Newman J: The more the merrier? Effects of family size and sibling spacing on sibling relationship, *Child Care Health Dev* 22(5): 285-302, 1996.
- O'Connell M: *Where's papa? Father's role in child care*, Washington, DC, 1993, Population Reference Bureau.
- Patterson C: Children of lesbian and gay parents, *Child Dev* 63:1025-1042, 1992.
- Patterson J: Promoting resilience in families experiencing stress, *Pediatr Clin North Am* 42(1): 47-63, 1995.
- Riley D and others: How effective are age-paced newsletters for new parents: a replication and extension of earlier studies, *Fam Relations* 40(3): 247-253, 1991.
- Scarr S: American child care today, *Am psychol* 53(2): 95-108, 1998.
- Shaw DS, Emery RE, Tuer MD: Parental functioning and children's adjustment in families of divorce: a prospective study, *J Abnorm Child Psychol* 21(1): 119-134, 1993.
- Shiffrin D: Resolved: 10 tips for better parenting in the new year, *AAP News*, Jan 1997.
- Skolnick A, Rosencranz S: The harmful effects of single-parent families are exaggerated. In Swisher KL, editor: *Single-parent families*, San Diego, CA, 1997, Greenhaven Press.
- Smith J, Brooks-Gunn J: Correlates and consequences of harsh discipline for young children, *Arch Pediatr Adolesc Med* 151(8):777-786, 1997.
- Sullivan A: Policy issues in gay and lesbian adoption, *Adopt Foster* 19(4): 21-25, 1995.
- Thompson P: Adolescents for families of divorce: vulnerability to physiological and psychological disturbances, *J Psychosoc Nurs* 36(3): 34-39, 1998.
- Trost S and others: Gender differences in physical activity and determinants of physical activity in rural fifth grade children, *J Sch Health* 66(4): 145-150, 1996.
- Ullione M: Physical and emotional health in dual-earner family members, *Fam Community Health* 19(3): 14-20, 1996.
- Visher E, Visher J: Beyond the nuclear family: resources and implications for pediatricians, *Fam Focused Pediatr* 42(1): 31-43, 1995.
- Ventura SJ and others: Advanced report of final natality statistics, 1995, *Monthly Vital Statistics Report* 44(3, suppl), 1997.
- Wallace P, Gotlib I: Marital adjustment during transition to parenthood: stability and predictors of change, *J Marriage Fam* 52(1): 21-29, 1990.
- Wallerstein JS, Johnston JR: Children of divorce: recent findings regarding long-term effects and recent studies of joint and sole custody, *Pediatr Rev* 11(7): 197-204, 1990.
- Whitehead BD: Single-parent families are harmful. In Swisher KL, editor: *Single-parent families*, San Diego, CA, 1997, Greenhaven Press.
- Woodworth R: You're not alone...you're one in a million, *Child Welfare* 75(5): 619-635, 1996.
- Zinsmeister K: Divorce harm children. In Swisher KL, editor: *Single-parent families*, San Diego, CA, 1997, Greenhaven Press.

Bibliografi

UMUM

- Ali J, Avison WR: Employment transitions and psychological distress: the contrasting experiences of single and married mothers, *J Health Soc Behav* 38:345-362, 1997.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care: The application of health and safety guidelines to out-of-home child care programs, *Pediatrics* 93(6, pt 1): 1016-1017, 1994.
- Barglow P and others: Developmental follow-up of 6-7 year old children of mothers employed during their infancies, *Child Psychiatry Hum Dev* 29(1): 3-19, 21, 1998.
- Bechtel G, Shepard M, Rogers P: Family, culture, and health practices among migrant farm workers, *J Community health Nurs* 12(1): 15-22, 1995.
- Brody GH: Sibling relationship quality: its causes and consequences, *Ann Rev Psychol* 49: 1-24, 1998.
- Brody GH, Stoneman Z, McCoy JK: Forecasting sibling relationships in early adolescence from child temperaments and family processes in middle childhood, *Child Dev* 65:771-784, 1994.
- Brown GW, Moran PM: Single mothers, poverty and depression, *Psychol Med* 27:21-33, 1997.
- Buffardi LC, Erdwins CJ: Child-care satisfaction: linkages to work attitudes, interrole, conflict, and maternal separation anxiety, *J Occup Health Psychol* 2(1): 84-96, 1997.
- Bumpass LL, Raley RK: Redefining single-parent families: cohabitation and changing family reality, *Demography* 32(1): 97-109, 1995.
- Cameron P, Cameron K: Homosexual parents, *Adolescence* 31(124): 757-776, 1996.
- Children of divorced parents, *Nurs Spectrum* 5(3): 13, 1995.
- Cohen WL: Family-oriented pediatric care: taking the next step, *Pediatr Clin North Am* 42(1):11-20, 1995.
- Educational Research Services Staff Report: Family structures of children in the United States, *ERS Spectrum* 13(3): 39-45, 1995.
- Everett LW: Factors that contribute to satisfaction or dissatisfaction in stepfather-stepchild relationships, *Perspect Psychiatr Care* 34(2): 25-35, 1998.
- Golombok S, Tasker F: Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbians families, *Dev Psychol* 32(1):3-11, 1996.
- Green M: No child is an island: contextual pediatrics and the "new" health supervision, *Pediatr Clin North Am* 42(1): 79-88, 1995.
- Jackson AP: Effects of concern about child care among single, employed black mothers with preschool children, *Am J Community Psychol* 25(5): 657-673, 1997.
- Lakhani B: Single parents: dodging the poverty traps, *Health Visit* 67(7): 243, 1994.
- Mackey WC: Single-parent families contribute to violent crime. In Swisher KL, editor: *Single-parent families*, San Diego, CA, 1997, Greenhaven Press.
- MacPhee M: The family systems approach and pediatric nursing care, *Pediatr Nurs* 21(5): 417-423, 437, 1995.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

memilih kepatuhan dan keramahan. Beberapa budaya mendorong kecerdikan dan kompetisi; budaya lain menekankan kerja sama dan patuh pada minat kelompok. Anak dari budaya yang menghargai kerja sama tidak akan berespons pada tantangan seperti "Saya taruhan Kamu dapat berpakaian lebih cepat daripada yang dilakukan Johnny," sedangkan anak dari budaya yang menekankan pencapaian individu akan terstimulasi oleh tantangan ini.

Budaya dapat juga berbeda dalam status kelompok yang didasarkan pada usia atau keterampilan. Bahkan permainan anak dan tipe mainan mereka ditentukan secara budaya. Dalam beberapa budaya anak bermain dalam kelompok yang terdiri atas anggota jenis kelamin sama; di budaya lain, mereka bermain dalam kelompok jenis kelamin campuran. Pada beberapa budaya, perbaikan tim lebih menonjol; di budaya lain kebanyakan permainan dibatasi pada permainan individual.

Standar dan normal bervariasi dari satu budaya ke budaya lain dan dari satu lokasi dengan lokasi lain; suatu praktik yang diterima dalam satu tempat mungkin ditolak atau menciptakan ketegangan di tempat lain. Luasnya budaya menoleransi perbedaan dari norma yang telah ditetapkan bervariasi di antara budaya dan kelompok sub-budaya. Meskipun penyesuaian memberikan derajat keamanan, telah diputuskan bahwa budaya menghindari perubahan.

PERAN SOSIAL

Kebanyakan konsep diri anak diturunkan dari ide mereka tentang peran sosial mereka. **Peran** adalah kreasi budaya; oleh karena itu budaya menentukan pola perilaku seseorang dalam berbagai posisi sosial. Semua orang yang memegang posisi sosial serupa memiliki kewajiban untuk berperilaku dalam cara tertentu. Suatu peran melarang beberapa perilaku dan mengizinkan perilaku lain. Karena budaya menggambarkan dan memperjelas peran, maka berpengaruh signifikan pada perkembangan konsep diri anak (yi., sikap dan keyakinan yang mereka miliki tentang diri mereka sendiri).

Suatu kelompok sosial terdiri atas sebuah sistem peran yang dilaksanakan pada kelompok primer dan sekunder. **Kelompok primer** dicirikan oleh kontak intim, terus-menerus, dan bertatap-muka; anggotanya saling memberi dukungan; dan kemampuan untuk memberi perintah atau memaksa sebagian besar perilaku anggota individu. Dua kelompok ini adalah keluarga dan kelompok sebaya, yang keduanya memberikan pengaruh besar pada anak.

Kelompok sekunder adalah kelompok yang mempunyai kontak terbatas dan intermiten dan pada umumnya hanya terdapat sedikit perhatian untuk perilaku anggotanya. Kelompok ini memberikan sedikit dukungan atau tekanan ke arah penyesuaian kecuali dalam area yang batasannya kaku. Contoh kelompok sekunder adalah asosiasi profesional dan organisasi tempat ibadah (juga dianggap berkaitan dengan subkelompok). Orientasi pengasuhan anak dalam lingkungan kelompok sekunder, seperti komunitas perkotaan, sangat berbeda dengan orientasi komunitas kelompok primer. Komunitas perkotaan bersifat di-

namis dan cepat berubah; karenanya banyak perilaku dan nilai tradisional yang tidak memenuhi kebutuhannya. Akibatnya, orang tua sering tidak pasti tentang apa yang perlu diajarkan pada anaknya. Mereka berharap membesarkan anak mereka dengan nilai yang konsisten dengan nilai mereka sendiri, tetapi perbedaan pengalaman di antara generasi sangat besar. Sebagai akibatnya, mereka sering memberikan anak mereka otonomi dalam beberapa bidang pengambilan keputusan pada awal proses perkembangan, dan kelompok sekunder lain memberikan pengaruh lebih besar. Anak terpajan pada bermacam-macam kelompok sosial dengan set nilai dan harapan yang berbeda. Tidak ada satu kelompok pun yang sangat dominan memberi pengaruh; karenanya anak terpajan pada set nilai pilihan, beberapa sesuai dan beberapa bertentangan dengan nilai lain. Karena itu pada akhirnya mereka harus memilih nilai yang terbaik untuk mereka dan mengadopsinya untuk membentuk sebuah set peran dan perilaku yang sesuai untuk dimasukkan ke dalam konsep diri.

Rasa Bersalah dan Orientasi Rasa Malu

Mengondisikan anak untuk merasa bersalah atau malu karena perilaku tidak baik adalah suatu teknik yang digunakan oleh suatu budaya untuk mengontrol perilaku sosial—untuk menginternalisasi norma dan harapan orang lain. Beberapa kelompok budaya menghargai suara hati (superego) yang telah dikembangkan dengan baik dan menghargai kondisi anak mereka yang merasa bersalah setelah melakukan kesalahan. Pelanggar mendapatkan perasaan fisik yang tidak nyaman dan ingin membersihkan diri sendiri. Karena rasa bersalah mendasar di dalam individu, keberhasilan pengondisian menimbulkan keteraturan dalam diri individu yang menghukum diri mereka sendiri meskipun tindakan mereka yang salah tidak diketahui orang lain.

Dalam banyak kelompok budaya rasa bersalah kurang dikembangkan dan kontrol sosial didasarkan pada penggunaan rasa malu. Pelanggar tidak ingin seorang pun melihat saat mereka terbukti melakukan kesalahan. Terkadang anak dalam kelompok ini mempelajari bahwa apa pun dapat diterima selama kesalahannya tidak diketahui; rasa malu muncul ketika pelaksanaan tindakan yang dilarang diketahui oleh orang lain.

Meskipun kedua teknik digunakan oleh anggota komunitas primer dan sekunder, rasa malu mungkin lebih berhasil dalam komunitas kelompok primer karena sebagian besar perilaku cukup dikenal. Dalam komunitas kelompok sekunder kondisi ini kurang efektif; individu tidak mungkin tertangkap dan, bila tertangkap, dapat menarik diri dan bergabung dengan satu kelompok yang tidak mengetahui kesalahan tersebut. Rasa bersalah kemungkinan mempunyai pengaruh lebih besar pada perilaku di komunitas perkotaan, meskipun banyak penulis meyakini bahwa tren di daerah perkotaan Amerika Utara telah bergeser dari orientasi rasa bersalah. Perubahan cepat dalam budaya Amerika Utara membuat orang tua tidak yakin dengan nilai mereka sendiri; karenanya banyak fungsi mereka yang diserahkan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

nya yang tepat. Ketunawismaan mengganggu pertemanan dan sekolah anak (Strehlow dan Amos-Jones, 1999). Anak tunawisma menderita gangguan fisik dan mental yang lebih besar dari yang ditemukan pada anak miskin yang memiliki tempat tinggal permanen.

Keluarga Migran

Salah satu kelompok yang paling dirugikan adalah pekerja-perkebunan migran dan anak mereka. Data menunjukkan bahwa di Amerika Serikat terdapat antara 3 dan 5 juta migran dan pekerja musiman serta tanggungan mereka, yang rata-rata pendapatan per tahunnya di bawah tingkat kemiskinan juga. Selain itu, kebanyakan dari keluarga ini tidak memiliki asuransi kesehatan.

Posisi rendah dari keluarga ini berdasarkan skala ekonomi dan keberadaan mereka yang tidak tetap dan berpindah-pindah menempatkan mereka pada sanitasi yang tidak adekuat, rumah di bawah standar, isolasi sosial, dan kurang fasilitas pendidikan dan medis (Sandhaus, 1998). Gaya hidup ini secara khusus mengganggu anak. Sekolah dan perawatan kesehatan tidak adekuat. Anak mungkin tinggal dalam sejumlah tempat dan masuk ke beberapa sekolah dalam setahun, tanpa kontinuitas baik pendidikan atau perawatan kesehatan. Karena kedua orang tua bekerja di lapangan, anak mendapat sedikit pengawasan dari orang dewasa; karenanya angka cedera tinggi, makan tidak teratur. Kecuali ada larangan dan dikuatkan oleh hukum, anak bahkan direkrut untuk bekerja di lapangan bersama dengan orang dewasa.

Beberapa migran mempunyai tempat tinggal bersama tempat mereka kembali pada akhir musim semi; sedangkan beberapa migran lain melakukan perjalanan secara kontinu, bermigrasi ke utara ketika musim panas, dan selatan ketika musim dingin. Sebagian besar hanya melakukan sedikit kalau pun ada, integrasi ke dalam budaya yang dominan; karenanya kelompok migran mengalami isolasi sosial. Kelompok yang melakukan perjalanan bersama, khususnya yang mempunyai latar belakang etnik sama, mengembangkan kekohesifan dan membentuk set nilai dan adat mereka sendiri. Kadang-kadang, satu keluarga migran akan meninggalkan arus migrasi dan menjadi bagian dari komunitas yang permanen. Namun, hal ini melibatkan adaptasi pada lingkungan baru dan gaya hidup yang dapat menimbulkan stres pada keluarga tersebut.

Kemakmuran

Pada ujung berlawanan dari spektrum sosioekonomi adalah anak dari anggota masyarakat yang makmur. Meskipun mereka dapat hidup dalam kehangatan hubungan keluarga yang positif, banyak dari mereka tampak semenderita anak miskin. Kekayaan tidak memberikan perlindungan terhadap banyak masalah hidup dan kekecewaan, khususnya dalam area hubungan orang tua-anak. Seperti halnya anak dari kelompok miskin, anak yang makmur dapat menderita karena diskriminasi, orang tua yang tidak adekuat, atau ketidakpuasan model peran.

Anak dari keluarga kaya sering menderita karena kurang kontak orang tua. Mungkin terjadi perpisahan yang lama dengan orang tua yang mencintai dan memerhatikan anak karena kepentingan sosial atau bisnis. Beberapa anak menjadi bersikap dingin, terkadang memusuhi orang tua, yang jarang ada bersama mereka. Bahkan tempat tinggal mereka berperan pada isolasi dan kesepian mereka. Pembantu/wali orang tua yang dibayar, termasuk pembantu rumah tangga, profesional olahraga (seperti instruktur tenis atau renang), dan petugas sekolah privat, memberi mereka pendampingan dan otoritas orang dewasa. Selama beberapa tahun pertama, anak dari keluarga mampu membentuk kedekatan yang lebih kuat dengan orang-orang ini daripada dengan orang tua mereka. Namun, ketika anak tumbuh, mereka menyadari tentang perbedaan kelas. Mereka menyadari bahwa mereka harus berpisah dari hubungan awal ini untuk membentuk ikatan dengan individu dalam kelas mereka. Orang tua mungkin mulai melibatkan remaja yang lebih besar dalam bisnis keluarga dan dalam aktivitas sosial dewasa. Akan tetapi, untuk banyak masyarakat muda, hidup yang berarti dengan keluarga mereka terlalu terlambat dan mereka merasa kesepian, terisolasi, dan tidak dicintai.

Banyak anak dari keluarga makmur, seperti juga anak dari keluarga miskin, tampak tumbuh dan berkembang, membuat kontribusi positif pada keluarga dan masyarakat mereka. Namun, beberapa anak tumbuh dan menunjukkan kurangnya motivasi atau disiplin diri, dan kebosanan. Mereka mencurigai orang lain, merasa sulit untuk mempercayai bahwa mereka disukai berdasarkan diri mereka sendiri dan bukan karena uang atau posisi mereka, dan mereka tidak cukup percaya orang lain untuk membina hubungan sejati. Anak dari keluarga makmur juga gagal mendapatkan keterampilan untuk memiliki tanggung jawab dan mengelola keuangan.

Religi

Kemungkinan faktor paling berpengaruh dalam pembentukan budaya Amerika Serikat adalah keyakinan Yahudi-Kristen. Banyak imigran datang ke Amerika Serikat untuk kebebasan beragama dan menetapkan suasana agamis dan moral yang ada saat ini. Namun, terdapat perbedaan individual yang menjadi bagian dari kebudayaan umum.

Orientasi religius keluarga menentukan kode moralitas dan pengaruh sikap keluarga terhadap pendidikan, identitas peran pria dan wanita, dan keyakinan mengenai tujuan akhir hidup mereka (Gbr. 4-2). Orientasi ini juga menentukan sekolah yang akan diikuti anak, teman dengan siapa mereka berhubungan, dan siapa yang akan menjadi teman dekat mereka. Dalam beberapa contoh, seperti komunitas Mennonite dan Amish, religi adalah dasar untuk cara hidup umum yang menentukan ke mana anak diasuh dan bagaimana gaya hidupnya. (Lihat juga Keyakinan Religi, hlm. 86).

Sekolah

Setelah keluarga, sekolah memberikan kekuatan besar dalam memberikan kontinuitas antar generasi dengan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Latihan Berpikir Kritis

Mengurangi Syok Budaya

Seorang wanita dari Timur Tengah sedang mengunjungi anak perempuannya yang dihospitalisasi karena penyakit serius. Suaminya meninggalkan rumah beberapa waktu lalu untuk mencuci dan mengganti pakaian. Ia dapat berbicara bahasa Inggris sedikit. Anda perlu mendapatkan persetujuan darinya untuk tindakan darurat. Ia ragu dan menolak untuk menandatangani persetujuan tersebut. Apa yang harus Anda lakukan?

Pertama, Pikirkan Tentang...

- Dalam sudut pandang apa Anda berpikir?
- Bila Anda menerima kesimpulan Anda, apa implikasinya?

1. Dokumentasikan bahwa ibu menolak untuk menandatangani format persetujuan dan beri tahu dokter bahwa prosedur tidak dapat dilakukan.
2. Sadari bahwa ia mungkin ragu untuk menandatangani persetujuan tanpa kehadiran suaminya karena budayanya menuntut pria untuk membuat keputusan demi kesejahteraan anggota keluarganya.
3. Jelaskan padanya bahwa Anda tidak dapat membantu anaknya kecuali ia menandatangani sebagai persetujuan untuk melakukannya.
4. Sadari bahwa ia mungkin tidak memahami apa yang Anda ucapkan dan coba untuk mencari penerjemah.

Jawaban terbaik adalah dua. Uniknya, dalam budaya Arab, titik pandang yang ada bahwa pria membuat keputusan dan istri dituntut untuk mendukung keputusan tersebut. Dengan mencoba untuk menemukan penerjemah atau mengintimidasi ibu untuk menandatangani tidak akan mengatasi masalah utama tradisi budaya Arab. Implikasinya mungkin bahwa tindakan kasus kedaruratan sering mendapat persetujuan dari institusi atau negara bila dokter mendokumentasikan bahwa tindakan diperlukan dan bahwa adanya penundaan pada tindakan dapat merusak kesehatan anak. Dalam situasi ini, menghubungi ayahnya lebih dulu adalah tindakan yang tepat.

Perawat tertantang untuk menghadapi syok budaya dan mengembangkan dinamika **sensitivitas budaya**, kesadaran terhadap kemiripan dan perbedaan budaya. Dalam menghadapi ini, perawat dibantu untuk mempraktikkan asuhan **kompeten secara budaya** yang implementasinya keluar dari sensitivitas budaya (Talabere, 1996). Menjadi lebih sensitif secara budaya akan meningkatkan pengetahuan berharga mengenai berbagai kelompok budaya. Anjuran untuk meningkatkan wawasan budaya meliputi (Boyer, 1996; Sekhon, 1996):

- Menyusun tujuan bahasa
- Menggunakan kartu catatan ketika berkomunikasi, bila perlu
- Jangan merasa takut untuk mencampurkan sedikit bahasa Inggris dengan bahasa baru Anda.
- Memulai dengan mengajukan pertanyaan "ya" atau "tidak"
- Berjalan-jalan ke toko bernuansa etnik
- Melakukan makan malam di restoran etnik
- Mengikuti peristiwa dan perayaan budaya di dalam komunitas Anda.

KEWASPADAAN Keperawatan Karena budaya dan sub-budaya Amerika dapat sangat berbeda, sangat penting perawat menyadari dan mengetahui tentang kelompok dominan dalam komunitas kerja dan menerapkan pengetahuan tersebut ke dalam praktik mereka.

PENGARUH BUDAYA/RELIGI PADA PELAYANAN KESEHATAN

KERENTANAN TERHADAP MASALAH KESEHATAN

Beberapa kelompok orang lebih rentan terhadap penyakit tertentu daripada orang lain. Sifat rentan bawaan didapat melalui generasi yang mengalami perubahan evolusi yang terjadi dalam populasi terbatas atau terpisah. Kedekatan dengan penyakit, faktor lingkungan, dan status fisik umum adalah faktor signifikan yang terkait dengan masalah kesehatan.

Faktor Hereditas

Dahulu, peningkatan risiko kesehatan yang dikaitkan dengan etnisitas telah dijelaskan berdasarkan perbedaan genetik atau faktor terkait seperti status sosioekonomik (Scribner, 1996). Konstitusi genetik individu sebagai kelompok memengaruhi derajat kerentanan terhadap gangguan tertentu. Hal ini dapat terjadi akibat kekurangan resistensi terhadap organisme penyakit yang diturunkan, suatu sifat yang menguntungkan dalam satu lingkungan tetapi menempatkan penderita pada kerugian di lingkungan lain, atau mungkin merupakan akibat dari pernikahan dengan kerabat di dalam rentang geografi yang sempit, etnik, atau larangan agama.

Suatu contoh klasik dari keterbatasan geografik adalah penyakit menular yang umum yaitu rubeola (campak). Virus rubeola, atau populasi yang secara kontinu terpajan padanya, mengalami perubahan sehingga penyakit dianggap sebagai penyakit universal di masa kanak-kanak, dengan mayoritas anak menderita tanpa efek sakit. Ketika populasi lain (mis., penduduk Pulau Hawaii) terpajan pada virus oleh penjelajah dan misionaris, mereka mengalami respons hebat yang mengakibatkan peningkatan mortalitas.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

hospitalisasi anak. Keluarga Arab juga mengandalkan orang lain untuk memberikan nasihat dan bimbingan dalam waktu krisis. Ayah orang Jepang mungkin tampak pasif dan tidak terlibat tetapi sebenarnya terlibat sesuai dengan standar budayanya sendiri.

KEWASPADAAN Keperawatan Dalam merawat keluarga, penting bagi perawat untuk mengenali anggota keluarga utama. Kegagalan untuk melibatkan individu penting ini dalam penyuluhan dapat secara serius menggagalkan kepatuhan terhadap rencana perawatan.

Perawat harus membuat diri mereka sendiri menyadari adanya sikap khusus mengenai cara pendekatan terhadap anak dalam budaya tertentu. Orang Indian Navajo tidak menyukai orang asing mendekati bayi mereka. Hal ini ditakutkan bahwa orang asing dapat "menyihir" anak tersebut dan menyebabkannya menderita. Di lain pihak, bila orang asing, terutama wanita, memberikan perhatian besar pada bayi orang Latin tetapi gagal untuk menyentuh anak tersebut, ia akan mengalami gejala "evil eye" (lihat hlm. 84). Keluarga orang Vietnam dan Korea dapat menjadi marah bila bayi baru lahir dikagumi berlebihan karena takut roh iblis akan mendengar dan menginginkan bayi tersebut.

Beberapa kelompok etnik, seperti Amish, menganggap masuknya anak ke rumah sakit merupakan masalah keluarga, dengan semua anggota keluarga berkumpul untuk mendukung dan menghibur orang tua dan anak. Di kelompok lain, seperti keluarga Samoan, keluarga berkeinginan untuk melepaskan perawatan anak kepada wewenang rumah sakit tanpa campur tangannya. Kunjungan mereka untuk anak singkat, meskipun intens, tetapi perilaku ini dapat disalahartikan oleh staf rumah sakit sebagai tidak menaruh perhatian atau mengabaikan.

Perawat yang merupakan anggota budaya mayoritas dapat menghadapi ketegangan dan sikap tidak percaya anak dari budaya minoritas sebagai hasil dari persepsi dan hubungan yang dipelajari anak dengan orang lain dalam kelompok mayoritas. Berdasarkan persepsi ini, anak minoritas sering mencurigai bahwa perawat mungkin memiliki perasaan bermusuhan dengan mereka dan takut mengobati penyakitnya. Ketika anak ini dihospitalisasi, perasaan ini menambah perasaan kesepian, tidak berdaya, dan terhumum yang menyertai perasaan takut dan perpisahan dari keluarga. Situasi yang terbalik ini dapat dihadapi perawat dari budaya minoritas yang berusaha untuk memenuhi kebutuhan anak yang telah dikondisikan untuk memandang budaya perawat atau kelompok etnik sebagai kelas bawah.

Komunikasi. Komunikasi mungkin suatu sumber distres dan kesalahpahaman antara individu dari kelompok etnik yang berbeda khususnya bila bahasanya berbeda. Selain itu, prasangka telah ditemukan menjadi salah satu hambatan terbesar pada komunikasi lintas-budaya (Taylor, 1998). Idealnya, percakapan dengan keluarga yang tidak dapat berbicara dengan bahasa dominan paling baik dilakukan oleh petugas kesehatan yang menggunakan bahasa

keluarga tersebut. Bila ini tidak dapat dilakukan, mungkin diperlukan seorang penerjemah. Namun, penggunaan seorang penerjemah dapat menjadi sumber kesalahpahaman bila penerjemah tidak mengenali terminologi medis atau bila tidak ada kata padanan dalam bahasa kedua untuk mengungkapkan ide dan konsep yang sedang dibahas (lihat Berkomunikasi dengan Keluarga Melalui Penerjemah, Bab 6).

Beberapa orang dengan pemahaman bahasa terbatas atau buruk mungkin cukup tersenyum dan mengangguk tanda setuju bila mereka tidak paham pertanyaan atau petunjuk yang diberikan. Penting bahwa keluarga memahami penuh semua implikasi perawatan anak dan penatalaksananya sebelum mereka menandatangani persetujuan terhadap tindakan khusus atau pelimpahan tanggung jawab untuk perawatan anak. Tidak lazim bagi keluarga Vietnam atau Jepang untuk menunjukkan "Ya" ketika pada kenyataannya berarti "tidak" dalam upaya menghindari ketidakterkaitan sosial. Mereka cenderung menggunakan sikap tidak langsung bukan berkonfrontasi dan mungkin mengelak ketika pertanyaan langsung membuat mereka merasa tidak nyaman.

TIP KEPERAWATAN Alat Komunikasi yang Bermanfaat

- Sediakan seri rekaman audio dan audiovisual dalam beberapa bahasa yang didesain untuk menyambut dan memperkenalkan keluarga terhadap rumah sakit.
- Apabila tidak ada penerjemah, buat buklet multibahasa yang berisi ilustrasi kalimat yang biasa digunakan dan rutinitas rumah sakit.
- Sediakan format persetujuan legal dan penjelasan uji diagnostik umum yang tersedia dalam beberapa bahasa.
- Simpan kartu dengan ucapan, kalimat, dan nama bagian tubuh yang umum dalam bahasa keluarga pada kartu pasien.

Komunikasi nonverbal adalah seni yang dipraktikkan dalam banyak rumpun Amerika Asli, dan anggotanya sangat sensitif dengan bahasa tubuh. Mereka menekankan periode diam untuk merumuskan pikiran dalam persiapan untuk berbicara dan sering tetap diam setelah mendengarkan pernyataan orang lain dalam upaya mengasimilasi dengan tepat apa yang sudah dikatakan. Interupsi, berseru, atau terburu-buru untuk mencapai kesimpulan kasar dianggap sebagai perilaku tidak dewasa.

Tingkat kenyamanan dengan ruang dan jarak tubuh dari orang lain bervariasi di antara budaya. Orang Anglo umumnya nyaman dengan jarak sepanjang tangan, orang Hispanik cenderung mendekat, dan orang Asia cenderung memberi jarak lebih besar.

Kontak mata dipandang berbeda dalam beberapa budaya. Meskipun orang Anglo dianjurkan untuk memandang langsung mata orang yang diajak bicara, tidak jarang bagi orang dalam beberapa etnik untuk menghindari kontak mata dan menjadi tidak nyaman ketika berbicara dengan petugas kesehatan. Pasien orang Vietnam mungkin tidak



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KOTAK 4-1 PRAKTIK BUDAYA YANG MUNGKIN DIANGGAP MENGANIAYA OLEH BUDAYA DOMINAN

Coining—Praktik orang Vietnam yang dapat menimbulkan lesi seperti bilur pada leher anak ketika suatu koin, yang dipegang tepinya, digosokkan secara berulang secara memanjang pada kulit yang diminyaki untuk membersihkan tubuh dari penyakit.

Cupping—Suatu praktik Dunia Kuno (juga dipraktikkan oleh orang Vietnam) dengan menempatkan suatu wadah (mis., gelas, botol, teko) yang berisi uap di atas permukaan kulit untuk "mengeluarkan racun" atau elemen setan lain. Ketika air yang dipanaskan dalam wadah mendingin, suatu keadaan vakum terbentuk yang menghasilkan noda seperti memar pada kulit tepat di bawah mulut wadah tersebut.

Pembakaran—Suatu praktik di beberapa kelompok orang Asia Tenggara yang membakar area kecil di kulit untuk mengobati enuresis dan temper tantrum.

Mutilasi genital wanita (sirkumsisi wanita)—pembuangan atau cedera pada bagian tertentu organ genital wanita; yang dipraktikkan di Afrika, Timur Tengah, Amerika Latin, India, Timur Jauh, Amerika Utara, Australia, dan Eropa Barat (Wright, 1996).

Forced kneeling—Suatu tindakan pendisiplinan anak dari beberapa kelompok Karibia yang memaksa anak untuk berlutut selama periode waktu yang lama.

Penggunaan bawang putih topikal—Suatu praktik orang Yahudi Yemenite ketika beberapa butir bawang putih digerus atau plaster jeli petroleum-bawang putih diberikan pada pergelangan tangan untuk mengobati penyakit infeksi; praktik ini dapat mengakibatkan lepuhan atau luka bakar bawang putih.

Pengobatan tradisional yang mengandung timbal—**Greta** dan **azarcon** (Meksiko; digunakan untuk masalah pencernaan), **paylooh** (Asia Tenggara; digunakan untuk ruam atau demam), dan **surma** (India; yang digunakan sebagai kosmetik untuk meningkatkan kemampuan penglihatan).

konduktif untuk keberhasilan penatalaksanaan. Selanjutnya, mereka menunjukkan minat tulus dalam keluarga dan masalah mereka.

Beberapa ramuan tradisional cocok dengan resep medis dan dapat digunakan untuk menguatkan rencana pengobatan. Misalnya, kebanyakan makanan yang dikontraindikasikan untuk seseorang dengan ulkus peptikum adalah makanan "panas" dan akan dihindari karena sistem keyakinan mereka. Selain itu, aspirin (obat "panas") adalah terapi tepat untuk penyakit "dingin" seperti pilek dan artritis. Tidak jarang ditemukan bahwa resep obat tradisional mempunyai dasar ilmiah. Namun, banyak pengobatan kesehatan atau praktik pencegahan tidak memiliki dasar ilmiah, seperti penggunaan bawang putih atau **asafetida** (sepotong kulit rotan yang tampak seperti spons dikeringkan), yang digunakan sebagai kalung untuk mencegah penyakit menular. Penggunaan gelang tembaga atau perak untuk melindungi penggunaannya selama pertumbuhan juga tidak mempunyai dasar ilmiah. Praktik yang tidak membahayakan harus dihargai.



FOKUS KELUARGA

Kesadaran Budaya

Saya seorang kegawatdaruratan pediatrik yang sangat menghormati keberagaman budaya dan menghargai praktik penyembuhan dan keyakinan. Bahkan saya membuat suatu manual untuk departemen gawat darurat yang berisi beberapa informasi yang diperlukan untuk membantu kami memahami dan berkomunikasi dengan sub-budaya dalam komunitas urban yang kami layani. Meskipun saya mempelajari cara terbaik untuk mempraktikkan manual ini, pelajaran tersebut tidak sama dengan pelajaran yang saya pelajari pada pengalaman berikut.

Seorang anak Bosnia berusia 15 bulan dalam status epileptikus dibawa oleh orang tuanya. Mereka sangat ketakutan dan sangat sedikit berbicara bahasa Inggris. Saya pelajari bahwa anak ini telah mendapat imunisasi campak, parotitis, dan rubela (MMR) sehari sebelumnya. Ketika saya membuka selimut anak ini, saya dengan cepat mengkaji ABC (jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi). Saya perhatikan bahwa ia sangat hangat (mungkin kejang demam), dan ada kain yang dibasahi alkohol dilingkarkan pada masing-masing paha. Dengan memfokuskan pada potensial gangguan jalan napas dan mencoba menenangkan orang tua, saya memasang masker oksigen padanya, melepaskan pakaiannya untuk pengkajian lengkap, dan melepaskan kain beralkohol tersebut. Saya berbicara pada orang tuanya sepanjang waktu dengan suara yang tenang dan lembut. Setelah slang IV dipasang dan saya memberinya Ativan, kejangnya berhenti. Begitu juga komunikasi antara orang tuanya dan saya. Saya perhatikan bahwa mereka tidak lagi melakukan kontak mata dengan saya, dan ibunya bahkan tidak mau berbicara dengan saya setelah kejang berhenti. Sebelum saya kembali ke departemen setelah memeriksa anak, saya menyadari mengapa mereka berhenti berkomunikasi dengan saya ... saya telah melepaskan kain beralkohol itu! Bila saya meminta izinya untuk melepaskan kain ini, tentu kejadiannya akan berbeda.

Laura L. Kuensting, MSN(R), RN
Cardinal Glennon Children's Hospital
St. Louis, Missouri

Penanganan efek *evil eye* biasanya memerlukan ritual khusus yang dilakukan oleh praktisi yang tepat. Misalnya, *curandera Chicano* memastikan bahwa suatu kondisi benar-benar akibat dari *evil eye* dengan melakukan ritual pemeriksaan dan kemudian, dengan diagnosis yang dipastikan, melakukan ritual penyembuhan. Kadang-kadang, keyakinan dalam praktisi tradisional mengakibatkan keterlambatan mendapatkan pengobatan medis yang diperlukan, meskipun praktisi akan selalu menganjurkan perawatan medis bila pengobatannya tidak berhasil.

Praktik kesehatan dari budaya yang berbeda mungkin juga menimbulkan masalah dalam pengkajian dan interpretasi. Misalnya, praktik dan pengobatan dari budaya tertentu dapat disalahartikan sebagai kejadian "penganiayaan anak" oleh profesional yang tidak tahu (Kotak 4-1). Penting untuk menjelaskan mengapa pengobatan ini dan pengobatan lainnya sekarang dapat dianggap berbahaya. keluarga perlu memahami bagaimana praktik seperti itu dapat membahayakan pelayanan perlindungan anak dan mereka perlu



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 4-2 KEYAKINAN RELIGIUS YANG MEMENGARUHI ASUHAN KEPERAWATAN (lanjutan)

KEYAKINAN TENTANG KELAHIRAN DAN KEMATIAN	KEYAKINAN TENTANG PRAKTIK DIET DAN MAKAN	KEYAKINAN MENGENAI ASUHAN MEDIS	KETERANGAN
BUDHA AMERIKA			
Kelahiran: Tidak ada pembaptisan bayi Presentasi bayi Kematian: Nyanyian "ritual akhir" sering dilakukan di tempat tidur segera setelah kematian; pendeta Budha dari orang yang meninggal harus dihubungi, atau keluarga harus menghubunginya Donasi/transplantasi organ: Meyakini bahwa donasi organ adalah suatu kata hati individu; tidak ada resolusi tertulis tentang masalah ini	Tidak ada tuntutan pembatasan Beberapa sekte sangat vegetarian Menentang penggunaan alkohol dan obat-obatan	Penyakit diyakini sebagai cobaan untuk membantu mengembangkan jiwa; penyakit karena Karma Mungkin menolak untuk menjalani pembedahan atau tindakan tertentu pada hari suci Kebersihan diyakini menjadi sangat penting Keluarga mungkin meminta pendeta Budha untuk konseling	Penampilan optimistik; mengajarkan cara untuk menghadapi rasa takut, ansietas, dan kegelisahan
CHURCH OF CHRIST SCIENTIST (CHRISTIAN SCIENCE)			
Kelahiran: Tidak ada pembaptisan Kematian: Tidak ada "ritual akhir"; otopsi tidak diizinkan kecuali pada kasus kematian tiba-tiba; memilih untuk penguburan atau kremasi adalah keputusan individual Donasi/transplantasi organ: Gereja tidak membedakan secara khusus transplantasi atau donasi organ dari prosedur bedah atau medis lain; anggota normalnya bergantung pada cara spiritual bukan medis untuk penyembuhan, tetapi mereka bebas memilih bentuk pengobatan medis apa pun yang mereka inginkan, termasuk transplantasi organ	Tidak ada tuntutan atau pembatasan	Menolak keberadaan krisis kesehatan; melihat kesakitan dan dosa sebagai kesalahan pikiran yang dapat diatasi dengan berdoa Menolak intervensi manusia dengan obat atau terapi lain; namun menerima imunisasi yang diperlukan secara legal Banyak meyakini bahwa penyakit adalah konsep mental manusia yang dapat dihilangkan dengan "kebenaran spiritual" sampai pada tingkatan bahwa mereka menolak semua pengobatan medis	Banyak yang menginginkan pelayanan praktisi atau pembaca doa; kadang-kadang menolak tindakan kegawatdaruratan sampai mereka diberi izin oleh seorang pembaca doa Tidak lazim mendonasikan organ untuk transplantasi

berlanjut



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 4-2 KEYAKINAN RELIGIUS YANG MEMENGARUHI ASUHAN KEPERAWATAN (lanjutan)

KEYAKINAN TENTANG KELAHIRAN DAN KEMATIAN	KEYAKINAN TENTANG PRAKTIK DIET DAN MAKAN	KEYAKINAN MENGENAI ASUHAN MEDIS	KETERANGAN
HINDU (lanjutan) Donor/transplantasi organ: Menurut kuil Hindu di Amerika Utara, mereka tidak dilarang oleh hukum agama untuk mendonorkan organ-organnya; hal ini merupakan keputusan masing-masing individu			
ISLAM (MUSLIM) Kelahiran: Tidak ada pembaptisan Kematian: Harus mengaku dosa dan meminta pengampunan sebelum mati, dan keluarga harus hadir; keluarga memandikan dan menyiapkan jenazah dan kemudian menghadapkannya ke Mekah; hanya kerabat dan teman yang boleh menyentuh jenazah, dan kecuali jika diperlukan oleh hukum, tidak boleh ada otopsi; tidak boleh ada bagian tubuh yang diangkat kecuali untuk donor Donor/transplantasi organ: Lembaga Agama Islam awalnya menolak donor organ oleh pengikut Islam, tetapi hal tersebut akhirnya diperbolehkan dengan memberikan persetujuan tertulis bagi donor; organ dari donor orang Muslim harus ditransplantasikan segera dan tidak disimpan di bank organ			
SAKSI JEHOVAH Kelahiran: Tidak ada pembaptisan Kematian: Tidak ada "ritual akhir" resmi yang dipraktikkan ketika terjadi kematian Donor/transplantasi organ: Tidak ada pernyataan jelas yang berkaitan dengan masalah ini; tidak menentang donor organ tetapi percaya bahwa hal tersebut merupakan keputusan individu, menurut Watch Tower Society (lembaga hukum untuk keagamaan); tetapi semua organ dan jaringan harus dikeringkan sepenuhnya dari darah sebelum transplantasi	Melarang semua produk daging babi dan daging yang tidak dipotong sesuai peraturan agama Puasa di siang hari dilakukan selama bulan ke sembilan tahun Hijriah (Ramadhan) Muslim yang taat tidak menggunakan alkohol atau obat-obat penenang Tidak boleh memakan apa pun yang mengandung darah; dapat memakan daging binatang yang sudah dikeringkan	Penyembuhan dengan keimanan tidak diperbolehkan kecuali jika kondisi psikologis pasien memburuk; dilakukan untuk kepercayaan Berwudhu (berbasuh) sebelum sembahyang; sembahyang dilakukan lima kali (di pagi hari sebelum matahari terbit, tengah hari, sore hari, petang hari, dan malam hari sebelum tidur); selama sembahyang harus menghadap Mekah dan berlutut di atas sajadah (alas untuk sembahyang) Penganut umumnya sangat menentang transfusi darah lengkap, sel darah merah (PRC), trombosit, dan plasma segar atau beku, termasuk menyimpan darah sendiri; kadang-kadang individu dapat dibujuk pada kasus-kasus darurat Dapat menentang penggunaan albumin, globulin, penggantian faktor darah (hemofilia), vaksin Tidak menentang plasma ekspander nondarah	Muslim yang lebih tua sering kali memiliki pandangan fatalistik yang memengaruhi kepatuhan terhadap terapi Dapat menentang otopsi Sering kali memungkinkan untuk mendapatkan perintah pengadilan yang menunjuk petugas rumah sakit sebagai wali sementara untuk persetujuan transfusi anak jika orang tua menolak persetujuan tersebut Otopsi hanya disetujui jika diperlukan oleh hukum Tidak ada larangan untuk memberikan sampel darah

berlanjut



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 4-2 KEYAKINAN RELIGIUS YANG MEMENGARUHI ASUHAN KEPERAWATAN (lanjutan)

KEYAKINAN TENTANG KELAHIRAN DAN KEMATIAN	KEYAKINAN TENTANG PRAKTIK DIET DAN MAKAN	KEYAKINAN MENGENAI ASUHAN MEDIS	KETERANGAN
KATOLIK ROMA Kelahiran: Pembaptisan bayi merupakan suatu keharusan; sangat mendesak bila prognosinya buruk, saat itu pembaptisan dapat dilakukan oleh siapa saja Kematian: Ritual untuk Perminyakan suci bagi orang sakit adalah sakramen untuk yang hidup; jika prognosinya buruk dan pasien masih hidup, pasien atau keluarganya dapat meminta dilakukannya ritual tersebut Donor/transplantasi organ: Transplantasi organ dianggap oleh orang Katolik sebagai hal yang dapat diterima secara etik dan moral bagi Vatikan; donor organ adalah tindakan amal, cinta persaudaraan, dan pengorbanan diri; transplantasi organ dari donor hidup diperbolehkan jika manfaat yang akan didapat oleh resipien akan seimbang dengan bahaya pada donor (asalkan kehilangan organ tidak menghilangkan nyawa pendonor atau integritas fungsional tubuhnya)	Berpuasa (makan hanya satu porsi penuh makanan dan tidak makan di antara waktu makan) dan berpan-tang daging merupakan kewajiban pada Rabu Abu dan Jumat Agung; berpuasa merupakan pilihan pada hari menjelang paskah; tidak ada daging di hari Jumat selama masa menjelang paskah merupakan suatu peraturan umum Anak-anak dan kebanyakan pasien rumah sakit dibebaskan dari puasa Beberapa orang Katolik yang sudah tua dapat mematuhi peraturan-peraturan lama mengenai tidak mengon-sumsi daging di hari Jumat	Menganjurkan upacara perminyakan suci untuk orang sakit, meskipun hal ini dapat diinterpretasikan oleh anggota gereja yang sudah tua sebagai "perminyakan suci yang ekstrem" atau "ritual akhir"; mereka membutuhkan penjelasan yang cermat jika terdapat keraguan yang berkaitan dengan ketakutan terhadap kematian yang mengancam Ajaran gereja tradisional tidak menyetujui penggunaan kontrasepsi atau aborsi	Keluarga dapat meminta ekstremitas yang diampu-tasi untuk diamankan di tempat suci Transplantasi dapat diterima selama kehilangan organ tidak memperburuk kehidupan donor atau integritas fungsional pendonor Otopsi dapat diterima Ayat-ayat agama merupakan hal yang sangat penting
RUSIA ORTODOKS Kelahiran: Pembaptisan hanya dapat dilakukan oleh pendeta Kematian: Secara tradisional, setelah meninggal lengan disilangkan, jari tangan ditata berbentuk salib	Tidak ada daging atau produk susu di hari Rabu, Jumat dan selama menjelang paskah	Kalung salib merupakan hal yang penting dan hanya boleh dilepas jika diperlukan dan dipasang kembali sesegera mungkin Penganut percaya pada penyembuhan keimanan, tetapi tidak mengecualikan pengobatan medis	Menentang otopsi, pembalseman, atau kremasi
UNITARIAN UNIVERSALIS Kelahiran: Sebagian mempraktikkan pembaptisan bayi; kebanyakan menganggapnya tidak perlu Kematian: Tidak ada ritual	Tidak ada persyaratan atau batasan	Kebanyakan percaya pada kebaikan umum dari rekan manusia mereka dan menghargai ekspresi kebaikan tersebut dengan kunjungan dari pendeta dan anggota jemaah gereja selama masa sakit	Kremasi lebih disukai daripada dikubur Percaya pada kehidupan setelah mati seperti yang mereka ketahui dan pahami



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

HUBUNGAN KELUARGA	KOMUNIKASI	KETERANGAN
Nilai keluarga sangat tinggi, dengan ikatan keluarga yang sangat kuat Struktur keluarga multigenerasi merupakan hal yang lazim, sering kali disertai anggota tambahan Minat pribadi berada di bawah minat dan kebutuhan keluarga Anggota menghindari perilaku yang akan membuat malu keluarga	Imigran dan orang yang lebih tua tidak dapat berbicara atau memahami bahasa Inggris	Cenderung memiliki pandangan yang fatalistik terhadap kehidupan Percaya bahwa waktu dan pemeliharaan Tuhan akan menyelesaikan segalanya
Ikatan kekeluargaan yang kuat dalam keluarga besar; anggota keluarga datang untuk membantu orang lain yang berada dalam kelompok krisis Cenderung kurang menganggap penyakit sebagai beban Keluarga besar merupakan suatu hal yang umum (orang-orang yang tidak berhubungan tinggal di rumah yang sama) Memberi penekanan kuat pada kerja dan ambisi Peran jenis kelamin dibagi di antara orang tua Anggota keluarga yang lansia dihormati	Peka terhadap adanya diskriminasi Menganggap perilaku nonverbal sebagai sesuatu yang penting Dapat menggunakan bahasa Inggris nonstandar atau "Black English" Menggunakan sikap "menguji" untuk mengkaji petugas kesehatan sebelum mencari asuhan aktif Hal terbaik adalah menggunakan pendekatan yang sederhana, langsung tetapi peduli	Tingkat kehati-hatian/tidak percaya sangat tinggi pada kelompok mayoritas Kecemasan sosial yang berkaitan dengan tradisi penghinaan, penindasan, dan kehilangan martabat Akan memilih mempertahankan martabat daripada mencari bantuan medis jika nilai-nilai direndahkan Rasa kemasyarakatan yang tinggi Insidensi kemiskinan tinggi Pendeta kulit hitam memiliki pengaruh yang kuat di lingkungan komunitas orang kulit hitam Kunjungan oleh pendeta keluarga merupakan hal yang sangat dicari, diharapkan, dan bermanfaat dalam membantu menghadapi penyakit dan penderitaan
Memelihara reputasi keluarga merupakan hal yang paling penting Otoritas lini paling tinggi; anak-anak berada pada posisi bawah dalam hierarki keluarga Anak-anak dinilai sebagai keamanan sosial orang tua di usia lanjut dan diharapkan untuk berperan dalam kesejahteraan keluarga pada usia dini Anak dianggap sebagai "hadiah dari Tuhan" dan diperlakukan dengan senang hati dan kasih sayang	Imigran terakhir dan orang-orang yang lebih tua hanya dapat berbicara bahasa Haiti Prancis Dapat memilih keluarga/teman untuk bertindak sebagai penerjemah dan orang kepercayaan Sering tersenyum dan mengganggu setuju jika tidak mengerti Gaya komunikasi yang tenang dan lembut serta kurang asertif yang terkadang menyebabkan petugas kesehatan salah beranggapan bahwa pasien sudah memahami penyuluhan kesehatan yang diberikan dan akan mematuhi Tidak akan mengajukan pertanyaan bila pemberi asuhan kesehatan sedang sibuk atau terburu-buru	Akan menggunakan sistem biomedis dan etnomedis (tradisional) secara bersamaan Resisten terhadap batasan-batasan diet dan kerja Patuh terhadap pengobatan yang langsung berhubungan dengan tingkat keparahan penyakit yang dirasakan
Pria sejak dahulu dianggap sebagai pencari nafkah dan pembuat keputusan inti menyangkut hal-hal di luar rumah; wanita dianggap sebagai ibu rumah tangga Pria dianggap besar dan kuat (<i>macho</i>)	Dapat menggunakan bahasa Inggris nonstandar Beberapa bilingual; banyak yang hanya dapat berbicara bahasa Spanyol	Tingkat kesederhanaan yang tinggi—sering kali tidak mau mencari bantuan medis dan diskusi terbuka mengenai seks Anak-anak muda cenderung enggan berbagi wc umum di sekolah

berlanjut



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Adaptasi praktik etnik berkenaan dengan kebutuhan kesehatan keluarga lebih menguntungkan daripada berupaya untuk mengubah keyakinan lama. Untuk membantu upaya perawat dalam memahami dan menghargai keyakinan budaya keluarga, perawat harus menyediakan sumber informasi yang memiliki informasi tetap tentang karakteristik budaya dan subbudaya di komunitas tempat praktik mereka (mis., praktik tradisional yang berhubungan dengan praktik pemberian makan bayi dan waktu serta cara menyapih dan *toilet training*). Upaya menjembatani kesenjangan budaya dalam memberikan pelayanan kesehatan pada anak memerlukan penetapan hubungan erat dengan keluarga dan orang lain yang berpengaruh di komunitas (seperti dukun lokal) dan pengkajian periodik terhadap sikap dan perilaku sendiri dan petugas kesehatan lain terhadap individu dari ras atau etnik lain.

Beberapa karakteristik budaya terpilih disebutkan dalam Tabel 4-3. Tabel 4-2 dan 4-3 diberikan sebagai kerangka

kerja awal dalam mempraktikkan keperawatan transkultural. Perawat harus mengkaji praktik budaya dan religius keluarga untuk mengidentifikasi bagaimana praktik ini sama dan berbeda dengan budaya dan latar belakang religius mereka sendiri. Pedoman untuk mengkaji praktik budaya dan religius keluarga diuraikan pada Kotak 6-9.

KEWASPADAAN Keperawatan Generalisasi ini diberikan untuk membantu perawat mempelajari keunikan praktik dan keyakinan dari berbagai kelompok dan bukan berarti menjadi stereotipe suatu kelompok. Sangat penting diingat bahwa tidak ada kelompok budaya yang homogen, setiap ras dan kelompok etnis memiliki perbedaan besar, dan pengetahuan tentang suatu budaya mungkin tidak merefleksikan keyakinan anggota kelompok budaya tersebut. (Nance, 1995)

POIN PENTING

- Budaya adalah jumlah total dari moral, tradisi dan keyakinan tentang bagaimana individu berfungsi dan menghasilkan produk lain dalam pekerjaan dan pikiran yang spesifik dengan anggota kelompok intergenerasi, komunitas, atau populasi.
- Perawat memiliki tanggung jawab untuk memahami pengaruh budaya, ras, dan etnisitas pada perkembangan hubungan sosial dan emosional, praktik mengasuh anak, dan sikap terhadap kesehatan.
- Konsep diri anak muncul dari ide tentang peran sosialnya.
- Rasa bersalah dan malu adalah dua perilaku yang umumnya dikondisikan pada anak untuk mengontrol perilaku sosial.
- Subbudaya yang penting memengaruhi anak termasuk etnisitas, kelas sosial, pekerjaan, kemiskinan, kemakmuran, religi, sekolah, teman sebaya, dan dwi budaya.
- Satu kecenderungan yang secara signifikan memengaruhi keluarga orang Amerika adalah meningkatnya mobilitas geografi dan ekonomi.
- Keanggotaan dalam kelompok minoritas menghadirkan tantangan khusus bagi anak, meskipun perubahan pada sikap sosial secara perlahan-lahan terjadi.
- Karakteristik fisik anak dan kerentanan pada masalah kesehatan berkaitan erat dengan variasi etnik dan budaya keturunan dan tekanan sosioekonomi.
- Keturunan dan tekanan sosioekonomi memainkan peran penting dalam kerentanan anak pada masalah kesehatan.
- Kelompok anak yang menderita masalah kesehatan fisik dan mental yang lebih besar adalah mereka yang tinggal dalam kemiskinan, tunawisma, dan mereka yang merupakan keluarga migran.
- Karena komunikasi verbal dan nonverbal adalah pertimbangan penting budaya, perawat perlu menerima dan menghargai praktik pasien agar terbentuk interaksi yang produktif.
- Keyakinan budaya yang berkaitan dengan sakit dan pemeliharaan kesehatan dapat berfokus pada kekuatan alam, kekuatan supernatural, atau ketidakseimbangan kekuatan.
- Dalam merencanakan dan mengimplementasikan asuhan pasien, perawat perlu mengadaptasi praktik etnik yang berhubungan dengan kebutuhan kesehatan keluarga daripada berupaya untuk mengubah keyakinan yang telah terbentuk lama.
- Tidak ada kelompok budaya yang homogen, setiap kelompok ras dan etnik mempunyai perbedaan besar.

Referensi

- Ahmann E: "Chunky stew": appreciating cultural diversity while providing health care for children, *Pediatr Nurs* 20: 320-324, 1994.
- Anderson P, Fenichel D: *Serving culturally diverse families of infants and toddlers with disabilities*, Washington, DC, 1989, National Center for Clinical Infant Programs.
- Annie E. Casey Foundation: *Kids count data book: state profiles of child well-being*, Washington, DC, 1999, Center for the Study of Social Policy.
- Baze S: Measuring physical growth. In Smith D, editor: *Comprehensive child and family nursing skills*, St Louis, 1991, Mosby.
- Bennett NG and others: *Young children in poverty: a statistical update*, New York, 1999, National Center for Children in Poverty, Columbia University.
- Boyer K: A little Spanish goes a long way, *Nurs Spectrum* 4: 13, 1996.
- Buchwald D and others: Caring for patients in a multicultural society, *Patient Care* 28(11): 105-120, 1994.
- Carpenito LJ: *Nursing diagnosis: application to clinical practice*, ed 4, Philadelphia, 1992, JB Lippincott.
- Castiglia PT: Tuberculosis, a pediatric concern, *J Pediatr Health Care* 11(2): 75-77, 1997.
- Centers for Disease Control and Prevention: *Preventing lead poisoning in young children*, Atlanta, 1997, The Centers.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TUMBUH-KEMBANG

DASAR-DASAR TUMBUH-KEMBANG

Tumbuh-kembang, dianggap sebagai satu kesatuan yang mencerminkan berbagai perubahan yang terjadi selama hidup seseorang. Seluruh perubahan tersebut merupakan proses dinamis yang menekankan beberapa dimensi yang saling terkait:

- Pertumbuhan**—peningkatan jumlah dan ukuran sel pada saat membelah diri dan mensintesis protein baru; menghasilkan peningkatan ukuran dan berat seluruh atau sebagian bagian sel.
- Perkembangan**—perubahan dan perluasan secara bertahap; perkembangan tahap kompleksitas dari yang lebih rendah ke yang lebih tinggi; peningkatan dan perluasan kapasitas seseorang melalui pertumbuhan, maturasi serta pembelajaran.
- Maturasi**—peningkatan kompetensi dan kemampuan adaptasi; penguasaan; biasanya digunakan untuk menjelaskan perubahan kualitatif; perubahan kompleksitas struktur yang memungkinkan berfungsinya struktur tersebut pada tingkat yang lebih tinggi.
- Diferensiasi**—proses modifikasi sel dan struktur awal secara sistematis untuk mencapai sifat fisik dan kimiawi yang spesifik; terkadang digunakan untuk menjelaskan kecenderungan massa ke arah spesifikasi; perkembangan aktivitas dan fungsi dari yang sederhana ke yang lebih kompleks.

Semua proses ini saling berkaitan, terjadi bersamaan, dan bersifat kontinu; tidak satupun proses yang terjadi terpisah dari yang lain. Proses ini bergantung pada serangkaian pengaruh endokrin, genetika, konstitusional, lingkungan, dan nutrisi (Seidel dkk, 1999). Tubuh anak menjadi lebih besar dan lebih kompleks; kepribadiannya juga berkembang secara bersamaan dalam hal lingkup dan kompleksitasnya. Dengan sangat sederhana, pertumbuhan dianggap sebagai perubahan *kuantitatif*, dan perkembangan sebagai perubahan *kualitatif*.

Tahap Perkembangan

Kebanyakan ahli di bidang perkembangan anak menggolongkan pertumbuhan dan perilaku anak ke dalam berbagai tahap usia atau istilah yang menggambarkan kelompok usia. Rentang usia dari tahap-tahap tersebut bersifat semena, dan karena tidak mempertimbangkan perbedaan-perbedaan individu, tidak dapat diterapkan pada semua anak. Namun, pengelompokan ini merupakan cara yang baik untuk menjelaskan karakteristik mayoritas anak-anak saat periode munculnya perubahan perkembangan dan tugas-tugas perkembangan yang harus dicapai. (**Tugas perkembangan** adalah serangkaian keterampilan dan kompetensi yang harus dicapai atau dikuasai pada setiap

tahap perkembangan agar anak mampu berinteraksi secara efektif dengan lingkungannya). Perawat perlu mengetahui berbagai masalah kesehatan yang khas terjadi pada setiap tahap perkembangan. Urutan periode dan subperiode usia perkembangan yang digunakan pada buku ini terdapat pada Kotak 5-1.

Pola Tumbuh-Kembang

Pola tumbuh-kembang bersifat jelas, dapat diprediksi, kontinu, teratur, dan progresif. Pola atau kecenderungan ini juga bersifat universal dan mendasar bagi semua individu, namun unik dalam hal cara dan waktu pencapaiannya.

Kecenderungan arah. Tumbuh-kembang terjadi dengan arah atau tahapan yang teratur dan saling terkait, serta mencerminkan perkembangan dan maturasi fungsi neuromuskular (Gbr. 5-1). Pola pertama adalah arah **sefalokaudal** atau **kepala-ke-kaki**. Kepala yang merupakan ujung dari organisme berkembang lebih dulu, sangat besar dan kompleks, sedangkan ujung bawah lebih kecil dan sederhana dan terbentuk di akhir periode. Bukti fisik dari kecenderungan ini terlihat paling nyata selama periode prenatal, dan juga pada periode perkembangan perilaku pascanatal. Bayi memperoleh kontrol struktur kepala sebelum mereka memperoleh kontrol struktur batang tubuh dan ekstremitas, menegakkan punggung mereka sebelum mereka berdiri, menggunakan mata mereka sebelum tangan, dan mampu mengontrol tangan sebelum kaki.

Kecenderungan kedua, **proksimodistal**, atau **dekat ke jauh**; kecenderungan ini menggunakan konsep dari tengah ke perifer. Gambaran jelas dari kecenderungan ini adalah perkembangan embrionik awal dari tunas ekstremitas, yang kemudian dilanjutkan dengan rudimenter jari tangan dan kaki. Pada bayi kontrol bahu berkembang lebih dulu dari kontrol tangan, keseluruhan lengan digunakan sebagai satu kesatuan sebelum jari-jari dapat digunakan, dan sistem saraf pusat berkembang lebih cepat daripada sistem saraf perifer.

Kecenderungan atau pola ini bersifat bilateral dan simetris—setiap sisi berkembang dengan arah dan kecepatan yang sama dengan sisi lainnya. Untuk beberapa fungsi neurologik, sifat simetris ini hanya bersifat eksternal karena adanya diferensiasi fungsi unilateral pada tahap awal perkembangan pascanatal. Contoh, pada usia kira-kira 5 tahun anak sudah menunjukkan pilihan untuk menggunakan tangan yang dominan, walaupun sebelumnya kedua tangan tersebut sudah digunakan.

Kecenderungan ketiga, **diferensiasi**, menjelaskan perkembangan dari tahap operasional sederhana ke aktivitas dan fungsi yang lebih kompleks. Dari pola perilaku yang luas dan umum, muncul pola yang lebih halus dan spesifik. Semua area perkembangan (fisik, mental, sosial, dan emosional) terjadi dalam arah ini. Melalui proses perkembangan dan diferensiasi, sel embrio yang pada awalnya tidak berfungsi dengan jelas dan tidak terdiferensiasi berkembang menjadi organisme yang sangat kompleks dan terdiri atas sel-sel, jaringan serta organ-organ yang bersifat khusus dan beraneka ragam. Perkembangan umum selalu mendahului perkembangan yang spesifik atau khusus. Gerakan otot

Pam DiVito-Thomas, MS, RN dan David Wilson, MS RNC, CBE, merevisi bab ini.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 5-1 KECENDERUNGAN UMUM PENAMBAHAN TINGGI DAN BERAT BADAN SELAMA MASA KANAK-KANAK

KELOMPOK USIA	BERAT BADAN*	TINGGI BADAN*
Bayi Lahir-6 bulan	Penambahan per minggu: 140-200 g Berat badan lahir menjadi dua kali pada akhir 4-7 bulan pertama	Penambahan setiap bulan: 2,5 cm
6-12 bulan	Penambahan berat badan: 85-140 g Berat badan lahir menjadi tiga kali pada akhir tahun pertama	Penambahan setiap bulan: 1,25 cm Panjang lahir meningkat sekitar 50% pada akhir tahun pertama
Todler	Empat kali berat badan lahir pada usia 2½ Penambahan setiap tahun: 2-3 kg	Tinggi badan pada usia 2 tahun sekitar 50% dari tinggi badan orang dewasa Penambahan pada tahun kedua: sekitar 12 cm Penambahan pada tahun ketiga: sekitar 6-8 cm
Prasekolah	Penambahan setiap tahun: 2-3 kg	Dua kali panjang lahir pada usia 4 tahun Penambahan setiap tahun: 5-7,5 cm
Anak usia sekolah	Penambahan setiap tahun: 2-3 kg	Penambahan setiap tahun setelah usia 7 tahun: 5 cm (2 inci) Tiga kali panjang lahir pada usia 13 tahun
Ledakan pertumbuhan prapubertas Wanita—10-14 tahun	Penambahan berat badan: 7-25 kg Rata-rata: 17,5 kg	Penambahan tinggi badan: 5-25 cm; sekitar 95% tinggi badan matur dicapai pada usia menarke atau usia rangka 13 tahun Rata-rata: 20,5 cm
Laki-laki—11-16 tahun	Penambahan berat badan: 7-30 kg Rata-rata: 23,7 kg	Penambahan tinggi badan: 10-30 cm; sekitar 95% tinggi badan matur dicapai pada usia rangka 15 tahun Rata-rata: 27,5 cm

*Penambahan tinggi badan dan berat badan setiap tahun untuk setiap kelompok usia mewakili rata-rata perkiraan dari berbagai sumber.
†Jung and Czajka-Narins, 1985.

yang terkalsifikasi terlebih dahulu, baru kemudian kalsifikasi tulang yang sebenarnya. Terdapat beberapa perbedaan dalam pembentukan tulang ini. Pada tulang pendek, tulang terus terbentuk di bagian tengah dan kartilago terus menyebar di permukaan. Pada tulang panjang, osifikasi dimulai di **diaphysis** (bagian tengah tulang) dan berlanjut di **epiphysis** (bagian ujung tulang). Antara diaphysis dan epiphysis, **plat kartilago epiphysis** disatukan dengan diaphysis oleh jaringan sponsiosa, **metaphysis**. Pertumbuhan panjang yang aktif terjadi pada plat pertumbuhan epiphysis. Gangguan pada sisi pertumbuhan ini akibat trauma atau infeksi dapat menyebabkan deformitas.

Pusat pertama osifikasi muncul pada usia embrio 2 bulan, dan pada saat lahir jumlah pusat osifikasi tersebut mencapai kira-kira 400, sekitar setengah dari jumlah pada saat maturitas. Pusat-pusat baru muncul dengan interval yang teratur selama periode pertumbuhan dan menjadi dasar untuk pengkajian tulang. Pada masa pascanatal pusat yang paling pertama muncul (pada usia 5 sampai 6 bulan) adalah tulang kapitatum dan hamatum pada pergelangan tangan. Oleh karena itu radiograf tangan dan pergelangan tangan menjadi bagian yang paling bermanfaat untuk skrining dalam menentukan usia tulang rangka, terutama

sebelum usia 6 tahun. Pusat-pusat ini muncul lebih cepat pada anak perempuan dibandingkan anak laki-laki.

Perawat harus memahami bahwa pertumbuhan tulang pada anak-anak memiliki berbagai ciri yang unik. Fraktur tulang yang terjadi pada *plate* pertumbuhan jarang terungkap dan dapat secara signifikan memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan berikutnya (Urbanski dan Hanlon, 1996).

Faktor-faktor yang memengaruhi tingkat cedera otot rangka dan jenis-jenisnya pada anak dan remaja antara lain (Kaczander, 1997):

- Alat olah raga yang kurang protektif untuk anak-anak
- Kurangnya penekanan terhadap pengondisian, terutama fleksibilitas
- Pada remaja, fraktur lebih banyak terjadi daripada ruptur ligamen karena cepatnya laju pertumbuhan zona fiseal (segmen tulang tubular yang terutama terkait dengan pertumbuhan pada hipertrofi).

Maturasi Neurologik

Berbeda dengan jaringan tubuh lainnya, yang tumbuh dengan cepat setelah kelahiran, sistem saraf tumbuh secara



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KOTAK 5-3 AKTIVITAS UNTUK MENINGKATKAN MOTIVASI PENGUASAAN

Memberikan bantuan tanpa mengganggu selama bermain.
 Berbagi kesenangan dengan bayi dalam hal pencapaian.
 Tidak segera memberikan bantuan selama penyelesaian tugas.
 Tidak mengganggu bayi selama penyelesaian tugas.
 Membiarkan bayi memulai aktivitas.
 Membatasi umpan balik kontrol selama bermain.
 Memberikan mainan yang responsif secara audio dan visual.
 Memberikan stimulasi kinestetik dini (mengambil, menggetarkan).

Dari Morrow JD, Camp BW: Mastery motivation and temperament of 7 month-old infants, *Pediatr Nurs* 22(3):211-217, 1996.

dikuasai sebelumnya. Banyak aspek bergantung pada pertumbuhan fisik dan maturasi. Ini bukanlah jumlah komprehensif dari banyaknya aspek dalam perkembangan kepribadian dan perilaku. Banyak aspek terintegrasi dalam perkembangan emosi dan sosial anak yang akan dibahas dalam diskusi selanjutnya mengenai berbagai kelompok usia. Tabel 5-3 merangkum beberapa teori perkembangan.

DASAR TEORETIK PERKEMBANGAN KEPERIBADIAN

Menurut Freud, semua perilaku manusia digerakkan oleh kekuatan psikodinamik, dan energi fisik ini dibagi menjadi tiga komponen kepribadian: id, ego, dan superego. *Id*, pikiran bawah sadar, merupakan komponen dari lahir yang digerakkan oleh insting. *Id* mematuhi prinsip-prinsip kesenangan tentang pemuasan kebutuhan yang sifatnya segera, tanpa memedulikan apakah objek atau tindakan tersebut dapat melakukannya secara aktual. *Ego*, pikiran sadar, memberikan prinsip-prinsip realita. Berfungsi sebagai kesadaran atau pengendalian diri yang mampu menemukan arti realistik tentang memuaskan insting sambil menghambat pikiran irasional dari *id*. *Superego*, suara hati, berfungsi sebagai hakim moral dan mewakili ideal. *Superego* merupakan mekanisme yang mencegah individu mengekspresikan insting yang tidak diinginkan yang dapat mengancam tatanan sosial.

Perkembangan Psikoseksual (Freud)

Freud menganggap insting seksual sebagai sesuatu yang signifikan dalam perkembangan kepribadian. Ia menggunakan istilah *psikoseksual* untuk menjelaskan segala kesenangan sensual. Selama masa kanak-kanak bagian-bagian tubuh tertentu memiliki makna psikologik yang menonjol sebagai sumber kesenangan baru dan konflik baru yang secara bertahap bergeser dari satu bagian tubuh ke bagian tubuh yang lain pada tahap-tahap perkembangan tertentu:

Tahap oral (lahir-1 tahun). Selama masa bayi sumber utama mencari kesenangan berpusat pada aktivitas oral seperti mengisap, menggigit, mengunyah, dan berbicara. Anak boleh memilih salah satu dari yang disebutkan ini, dan metode pemuasan kebutuhan oral yang

dipilih dapat memberikan beberapa indikasi kepribadian yang sedang mereka bentuk.

Tahap anal (1-3 tahun). Ketertarikan selama tahun kedua kehidupan berpusat pada bagian anal saat otot-otot sfingter berkembang dan anak-anak mampu menahan atau mengeluarkan feses sesuai keinginan. Pada tahap ini suasana di sekitar toilet training dapat menimbulkan efek seumur hidup pada kepribadian anak.

Tahap falik (3-6 tahun). Selama tahap falik, genital menjadi area tubuh yang menarik dan sensitif. Anak mengetahui perbedaan jenis kelamin dan menjadi ingin tahu tentang perbedaan tersebut. Pada periode ini terjadi masalah yang kontroversial tentang Oedipus dan Electra kompleks, penis envy, dan ansietas terhadap kastrasi.

Periode laten (6-12 tahun). Selama periode laten anak-anak melakukan sifat dan keterampilan yang telah diperoleh. Energi fisik dan psikis diarahkan pada mendapatkan pengetahuan dan bermain.

Tahap genital (12 tahun ke atas). Tahap signifikan yang terakhir dimulai pada saat pubertas dengan maturasi sistem reproduksi dan produksi hormon-hormon seks. Organ genital menjadi sumber utama ketegangan dan kesenangan seksual, tetapi energi juga digunakan untuk membentuk persahabatan dan persiapan pernikahan.

Perkembangan Psikososial (Erikson)

Teori perkembangan kepribadian yang paling banyak diterima adalah teori yang dikembangkan oleh Erikson (1963). Meskipun dibuat berdasarkan teori Freud, teori ini dikenal sebagai perkembangan *psikososial* dan menekankan pada kepribadian yang sehat, bertentangan dengan pendekatan patologik. Erikson juga menggunakan konsep-konsep biologis tentang periode kritis dan epigenesis, menjelaskan konflik atau masalah inti yang harus dikuasai individu selama periode kritis dalam perkembangan kepribadian. Keberhasilan pencapaian atau penguasaan terhadap setiap konflik inti ini terbentuk berdasarkan keberhasilan pencapaian atau penguasaan inti sebelumnya.

Setiap tahap psikososial mempunyai dua komponen-aspek menyenangkan dan tidak menyenangkan dari konflik inti-dan perkembangan ke tahap selanjutnya bergantung pada penyelesaian konflik ini. Tidak ada konflik inti yang pernah dikuasai secara lengkap melainkan tetap menjadi masalah yang kerap timbul seumur hidup. Tidak ada situasi hidup yang pernah aman. Setiap situasi baru menimbulkan konflik dalam bentuk baru. Sebagai contoh, ketika anak-anak yang mencapai rasa percaya secara memuaskan menghadapi pengalaman baru (mis., hospitalisasi) mereka harus sekali lagi membentuk rasa percaya kepada orang yang bertanggung jawab atas asuhan mereka dalam rangka menguasai situasi. Pendekatan rentang kehidupan Erikson terhadap perkembangan kepribadian terdiri atas delapan tahap; namun, hanya lima pertama yang berkaitan dengan masa kanak-kanak yang dijelaskan disini, yaitu:

Percaya vs tidak percaya (lahir sampai 1 tahun). Hal pertama dan yang paling penting bagi perkembangan kepribadian yang sehat adalah rasa *percaya* dasar. Pembentukan rasa percaya dasar ini mendominasi tahun pertama kehidupan dan menggambarkan semua



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

membutuhkan pengakuan dan pemberian maaf, sekalipun pada anak yang masih sangat kecil. Selain agama (serangkaian keyakinan dan praktik yang terorganisasi), spiritualitas memengaruhi seluruh bagian dalam diri seseorang: pikiran, tubuh, dan jiwa (Clutter, 1991). Fowler (1974) telah mengidentifikasi tujuh tahap perkembangan keimanan, empat di antaranya berkaitan erat dan sejajar dengan perkembangan kognitif dan psikososial di masa kanak-kanak:

Tahap 0: *Undifferentiated*. Tahap perkembangan ini menekankan periode masa bayi ketika anak tidak memiliki konsep benar atau salah, tidak memiliki keyakinan, dan tidak ada keyakinan yang membimbing perilaku mereka. Meski demikian, awal keimanan terbentuk dari pengembangan rasa percaya dasar melalui hubungannya dengan pemberi asuhan primer.

Tahap 1: *Intuitive-projective*. Masa toddler merupakan waktu utama untuk meniru perilaku orang lain. Anak-anak menirukan gerakan dan perilaku keagamaan orang lain tanpa memahami makna atau pentingnya aktivitas tersebut. Selama usia prasekolah anak-anak menyerap beberapa nilai dan keyakinan orang tua mereka. Sikap orang tua terhadap kode moral dan keyakinan beragama menyampaikan kepada anak tentang apa yang mereka anggap baik dan buruk. Pada usia ini anak-anak masih meniru perilaku dan mengikuti keyakinan orang tua sebagai bagian dari kehidupan mereka sehari-hari bukan atas dasar pemahaman mengenai konsep dasarnya.

Tahap 2: *Mythical-literal*. Selama usia sekolah, perkembangan spiritual terjadi bersamaan dengan perkembangan kognitif, dan berkaitan erat dengan pengalaman dan interaksi sosial anak. Pada usia ini sebagian besar anak-anak sangat tertarik pada agama. Mereka menerima ketuhanan, dan doa kepada yang mahakuasa merupakan hal yang penting dan perlu dijawab; perilaku yang baik perlu diberi penghargaan, dan perilaku yang buruk perlu mendapat hukuman. Mereka membentuk hati nurani yang terganggu jika mereka tidak mematuhi. Mereka memiliki penghormatan atas pemikiran dan berbagai hal dan mampu mengaitkan keimanan yang mereka miliki. Mereka bahkan mempertanyakan kevaliditasannya.

Tahap 3: *Synthetic-convention*. Pada saat anak-anak mendekati masa remaja, mereka semakin menyadari adanya kekecewaan spiritual. Mereka mengetahui bahwa doa tidak selalu dikabulkan (setidaknya dalam istilah mereka sendiri) dan dapat mulai mengabaikan atau memodifikasi beberapa praktik keagamaan. Mereka mulai berpikir, untuk mempertanyakan beberapa standar keagamaan orang tua yang telah terbentuk, dan untuk meninggalkan atau memodifikasi beberapa praktik keagamaan.

Tahap 4: *Individuating-reflexive*. Remaja menjadi lebih skeptis dan mulai membandingkan berbagai standar keagamaan orang tua mereka dengan orang lain. Mereka mencoba menentukan mana yang akan diadopsi dan masukkan ke dalam nilai-nilai mereka sendiri. Mereka mulai membandingkan standar keagamaan dengan sudut pandang ilmiah. Saat ini merupakan waktu untuk mencari bukan meraih. Remaja merasa tidak yakin tentang ide-ide keagamaan tetapi tidak akan mendapatkan wawasan yang jelas sampai masa remaja akhir atau masa dewasa awal.

PERKEMBANGAN KONSEP DIRI

Konsep diri adalah bagaimana individu menggambarkan dirinya sendiri (Willoughby, King dan Polatajko, 1996). Istilah **konsep diri** mencakup konsep, keyakinan, dan pendirian yang ada dalam pengetahuan seseorang tentang dirinya sendiri dan yang memengaruhi hubungan individu tersebut dengan orang lain. Konsep diri tidak ada saat lahir tetapi berkembang perlahan-lahan sebagai hasil pengalaman unik dengan diri sendiri, dengan orang yang berarti dan dengan sesuatu yang nyata di lingkungan. Bagaimanapun konsep diri bisa atau tidak bisa merefleksikan realita.

Pada masa bayi, konsep diri terutama adalah kesadaran tentang eksistensi mandiri seseorang yang dipelajari di masa lalu sebagai hasil dari kontak sosial dan pengalaman dengan orang lain. Proses ini menjadi lebih aktif selama masa toddler ketika anak menggali batasan kemampuan mereka dan dampaknya pada orang lain. Anak usia sekolah lebih menyadari perbedaan di antara orang, lebih sensitif terhadap tekanan sosial, dan menjadi lebih sibuk memikirkan masalah kritikan-diri dan evaluasi-diri. Selama masa remaja awal, anak lebih berfokus pada perubahan fisik dan emosi yang terjadi dan pada penerimaan teman sebaya. Konsep diri diperjelas selama masa remaja akhir ketika anak muda mengatur konsep diri mereka di sekitar nilai, tujuan, dan kompetensi yang didapat selama masa kanak-kanak.

Citra Tubuh

Sebuah komponen vital konsep diri, **citra tubuh** mengacu pada konsep dan sikap subjektif yang dimiliki individu terhadap tubuh mereka sendiri. Citra tubuh terdiri atas sifat fisiologis (persepsi tentang karakteristik fisik seseorang), psikologi (nilai dan sikap terhadap tubuh, kemampuan, dan ideal diri), dan sifat sosial tentang citra diri seseorang (diri sendiri dalam kaitannya dengan orang lain). Ketiga komponen ini saling berkaitan. Citra tubuh adalah fenomena kompleks yang muncul dan berubah selama proses pertumbuhan dan perkembangan. Adanya penyimpangan dari "norma" yang aktual atau dirasakan (bagaimanapun hal ini diinterpretasikan) adalah penyebab masalah. Luasnya suatu karakteristik, defek, atau penyakit yang memengaruhi citra tubuh anak dipengaruhi oleh sikap dan perilaku orang lain di sekitar mereka.

Orang terdekat dalam kehidupan mereka memberikan dampak paling penting dan bermakna pada citra tubuh anak. Label yang dilekatkan pada mereka (seperti "si kerempeng", "si cantik", atau "si gendut") atau pada bagian tubuh (seperti "si muka jerawat", "mata belok", atau "si kulit buduk") ikut memengaruhi citra tubuh mereka. Karena mereka kurang memahami penyimpangan dari standar atau norma fisik, anak memerhatikan perbedaan menonjol dari orang lain dan tanpa menyadari sepenuhnya membuat julukan "kasar" dan sering kali menyakitkan tentang penyimpangan kecil sebagai penyimpangan besar atau mencolok seperti gigi renggang, mata besar atau kecil, jerawat, atau perbedaan tinggi badan yang ekstrem.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 5-9 Permainan Kooperatif.

dengan anak lain (Gbr. 5-9). Mereka mendiskusikan dan merencanakan aktivitas untuk tujuan pencapaian akhir—untuk membuat sesuatu, untuk mencapai tujuan kompetitif, untuk memerankan situasi kehidupan orang dewasa atau kelompok, atau untuk memainkan permainan formal. Kelompok ini terbentuk secara renggang, tetapi terdapat rasa memiliki atau tidak memiliki yang nyata. Tujuan dan pencapaiannya memerlukan pengorganisasian aktivitas, pembagian kerja, dan peran bermain. Hubungan pemimpin-anak buah ditetapkan secara jelas, dan aktivitas dikontrol oleh satu atau dua anggota yang memerankan peran dan mengarahkan aktivitas orang lain. Aktivitas diatur untuk memungkinkan satu anak menambah fungsi anak lain dalam mencapai tujuan.

FUNGSI BERMAIN

Perkembangan Sensorimotor

Aktivitas sensorimotor adalah komponen utama bermain pada semua usia dan merupakan bentuk dominan permainan pada masa bayi. Permainan aktif penting untuk perkembangan otot dan bermanfaat untuk melepas kelebihan energi. Melalui permainan sensorimotor, anak menggali sifat dunia fisik. Bayi memperoleh kesan tentang diri mereka sendiri dan dunia mereka melalui stimulasi taktil, auditorius, visual, dan kinestetik. Todler dan prasekolah sangat menyukai gerakan tubuh dan mengeksplorasi segala sesuatu di ruangan. Dengan meningkatnya maturitas, permainan sensorimotor, menjadi semakin berbeda. Sementara anak yang masih sangat kecil lebih menyukai berlari untuk menggerakkan tubuh, anak yang lebih besar menggabungkan atau memodifikasi gerakan menjadi aktivitas yang lebih rumit dan terkoordinasi, seperti berlomba, melakukan permainan, naik sepeda, dan *roller skating*.

Perkembangan Intelektual

Melalui eksplorasi dan manipulasi, anak-anak belajar mengenali warna, bentuk, ukuran, tekstur dan fungsi objek-objek. Mereka mempelajari fungsi angka-angka dan cara menggunakannya; mereka belajar menghubungkan kata dengan benda; dan mereka mengembangkan pemahaman tentang konsep yang abstrak dan hubungan spasial seperti *naik*, *turun*, *bawah* dan *atas*. Kegiatan seperti *puzzle* dan permainan membantu mereka mengembangkan kemampuan menyelesaikan masalah. Buku, cerita, film dan koleksi benda dapat memperluas pengetahuan sekaligus kesenangan. Permainan memberikan sarana untuk mempraktikkan dan mengembangkan keterampilan berbahasa. Melalui bermain, anak-anak secara berkelanjutan mempraktikkan pengalaman yang lalu untuk mengasimilasikannya ke dalam berbagai persepsi dan hubungan yang baru. Bermain membantu anak-anak memahami dunia tempat mereka tinggal dan membedakan antara fantasi dan kenyataan.

Ketersediaan materi permainan dan kualitas keterlibatan orang tua adalah dua variabel terpenting yang terkait dengan perkembangan kognitif selama masa bayi dan prasekolah (Chase, 1994).

TIP KEPERAWATAN Alat-alat bermain perlu memiliki beberapa tingkat tantangan agar mainan tidak terlalu cepat usang, seperti Bola-Bola dalam Mangkuk (Chase, 1994).

Sosialisasi

Sejak masa bayi awal, anak-anak menunjukkan minat dan kesenangan apabila ditemani dengan anak lain. Hubungan sosial pertamanya adalah dengan pribadi ibu, tetapi melalui bermain dengan anak lain, mereka belajar membentuk hubungan sosial dan menyelesaikan masalah yang terkait dengan hubungan ini. Mereka belajar untuk saling memberi dan menerima, mereka banyak belajar dari kritikan teman sebayanya dibandingkan dari orang dewasa. Mereka mempelajari peran seks sesuai dengan yang diharapkan masyarakat serta mempelajari pola perilaku dan sikap yang diterima masyarakat. Anak-anak mempelajari yang benar dari yang salah, standar masyarakat, dan bertanggung jawab atas tindakan mereka.

Kreativitas

Tidak ada situasi lain yang lebih memberi kesempatan untuk menjadi kreatif selain bermain. Anak-anak bereksperimen dan mencoba ide mereka dalam bermain melalui setiap media yang mereka miliki, termasuk bahan-bahan mentah, fantasi, dan eksplorasi. Kreativitas terkekang oleh tekanan untuk menyamakan; oleh sebab itu usaha keras untuk dapat diterima oleh teman sebaya mungkin merintangi upaya kreatif anak sekolah atau anak remaja. Kreativitas terutama merupakan hasil dari aktivitas tunggal, meskipun berpikir kreatif sering kali ditingkatkan dalam kelompok ketika mendengar ide orang lain yang merangsang eksplorasi lanjutan dari idenya sendiri. Ketika anak merasakan kepuasan dari



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

FOKUS KOMUNITAS

Pilihan Makanan Sehat

Riset terbaru menunjukkan bahwa resep rendah-lemak terbaru dalam program makan siang sekolah diterima dengan baik oleh anak (Borja, Bordin, dan Lambert, 1996). Namun, anak yang mendapat informasi tentang pilihan makanan yang lebih sehat tidak secara konsisten memilih bahan yang lebih sehat (Colizza dan Colvin, 1995).

Saudara kandung adalah teman sebaya pertama anak, dan cara mereka belajar untuk saling berhubungan memengaruhi interaksi selanjutnya dengan teman sebaya di luar kelompok keluarga. Cakupan individu tempat anak mencari pengakuan meluas sehingga memasukkan anggota keluarga lain, sebaya mereka, dan, sedikit figur otoritas lain (mis., guru). Peningkatan pentingnya kelompok sebaya dalam menentukan perilaku anak usia sekolah dan remaja didokumentasikan dengan baik (Gbr. 5-11)

Ketika anak gagal untuk mempunyai hubungan interpersonal yang berkualitas dengan individu "yang menjadi ibu", mereka mengalami **deprivasi emosi**. Gambaran paling menonjol dari deprivasi emosi, terutama selama tahun pertama, adalah keterlambatan perkembangan. Kebanyakan informasi mengenai efek merugikan dari pengaruh interpersonal pada perkembangan telah diperoleh melalui penelitian retrospektif terhadap deprivasi berat dan trauma. Contoh paling nyata melibatkan bayi tunawisma yang ditempatkan di institusi untuk perawatan. Bayi-bayi ini, yang tidak mendapat perawatan dari figur ibu yang konsisten, gagal untuk menambah berat badan walaupun mendapat diet adekuat, tampak pucat, malas, dan tidak mau bergerak; dan tidak responsif terhadap rangsang yang biasanya menimbulkan respons seperti tersenyum atau tertawa pada bayi normal. Bila deprivasi emosi berlanjut dalam waktu yang cukup lama, anak ini mungkin tidak dapat bertahan hidup.

Meskipun contoh paling nyata dari deprivasi emosi pertama kali diketahui di antara bayi di institusi perawatan, istilah **deprivasi tersembunyi** telah digunakan untuk menggambarkan anak yang diasuh di rumah tempat terjadinya penyimpangan hubungan orang tua-anak atau di lingkungan rumah yang mengalami gangguan. Bayi tidak tumbuh bila individu pengasuh menunjukkan sikap bermusuhan, takut untuk menangani mereka, atau tidak peduli terhadap mereka dan kebutuhan mereka. Anak seperti ini menunjukkan pertumbuhan buruk meskipun mereka tampak bebas dari penyakit. Pelambatan pertumbuhan pada anak ini diyakini disebabkan oleh ketidakseimbangan endokrin secara psikologis yang memengaruhi pertumbuhan. Anak dan bayi yang sama ini menunjukkan "pencapaian" pertumbuhan dalam lingkungan yang diubah (lihat Gagal Tumbuh, Bab 11).

TINGKAT SOSIOEKONOMI

Riset menunjukkan bahwa tingkat sosioekonomi keluarga anak mempunyai dampak signifikan pada pertumbuhan dan perkembangan. Pada semua usia anak dari keluarga



GBR. 5-11 Teman sebaya menjadi sangat penting ketika anak mengembangkan hubungan di luar kelompok keluarga.

kelas atas dan menengah mempunyai tinggi badan lebih dari anak dari keluarga dengan strata sosioekonomi rendah. Penyebab perbedaan ini kurang jelas, meskipun kesehatan dan nutrisi yang kurang baik pada tingkat sosioekonomi rendah mungkin merupakan faktor signifikan. Sumber makanan bergizi (khususnya protein) sulit didapat, dan faktor lain (mis., ukuran keluarga besar dan ketidakaturan dalam makan, tidur, dan latihan fisik) dapat memainkan peran.

Keluarga dari kelompok sosioekonomi rendah mungkin kurang memiliki pengetahuan atau sumber daya yang diperlukan untuk memberikan lingkungan yang aman, menstimulasi, dan kaya nutrisi yang membantu perkembangan optimal anak. Mereka mungkin tidak dapat pindah dari lingkungan rumah yang tidak aman, yang biasa menjadi tempat lalu lintas perdagangan obat dan penembakan dari kendaraan bermotor. Efek perkembangan emosi anak yang tinggal dalam kondisi ini seperti anak yang mengalami hidup di zona perang.

PENYAKIT

Perubahan pertumbuhan dan perkembangan adalah salah satu manifestasi klinis dalam sejumlah gangguan hereditas. Gangguan pertumbuhan terutama terlihat pada gangguan skeletal, seperti berbagai bentuk dwarfisme dan sedikitnya satu anomali kromosom (sindrom Turner). Banyak gangguan metabolisme, seperti riketsia resisten-vitamin D, mukopolisakaridosis, dan berbagai gangguan endokrin, memengaruhi pola pertumbuhan normal. Dalam gangguan lain, kecenderungannya adalah ke arah persentil atas tinggi badan (mis., sindrom Klinefelter dan Marfan).

Banyak penyakit kronik yang dikaitkan dengan berbagai tingkat kegagalan pertumbuhan adalah anomali jantung kongenital dan gangguan pernapasan seperti kistik fibrosis. Gangguan apa pun yang dicirikan dengan ketidakmampuan untuk mencerna dan mengabsorpsi nutrisi tubuh



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

sering disertai dengan makan—pada banyak kasus kudapan tinggi-kalori. Selanjutnya, anak dapat menggunakan energi mental yang besar dalam memproses pesan audiovisual dari televisi, yang mungkin sangat melelahkan dan membuat mereka kurang keinginan melakukan aktivitas fisik sesudahnya. Menonton televisi mempunyai efek cukup besar dalam menurunkan laju metabolisme dan mungkin terdapat mekanisme hubungan antara obesitas dan jumlah menonton televisi (Klesges, Shelton, dan Klesges, 1993). Andersen dan rekan (1998) menemukan bahwa insidens lemak tubuh meningkat proporsinya seiring dengan peningkatan jumlah jam menonton televisi oleh anak di Amerika Serikat; karena jumlah jam menonton televisi meningkat, anak kurang berpartisipasi dalam aktivitas fisik yang aktif.

Dalam penelitian untuk mengidentifikasi anak yang berisiko sakit jantung, peneliti menemukan bahwa lebih dari setengah anak dengan kadar kolesterol tinggi menonton televisi sedikitnya 2 jam sehari. Dengan menggunakan riwayat keluarga tentang penyakit jantung atau kolesterol tinggi sebagai indikator skrining untuk memeriksa kolesterol anak, peneliti mengidentifikasi tiga dari empat anak memiliki kadar kolesterol tinggi. Saat keluarga ini juga ditanyai tentang waktu yang dihabiskan anak untuk menonton televisi, peneliti mampu mengidentifikasi 90% anak mengalami kadar kolesterol tinggi dengan menggunakan faktor risiko berupa menonton televisi selama 2 jam atau lebih (Goldsmith, 1990).

Program dan iklan televisi, seperti film, mengandung banyak pesan implisit dan eksplisit yang meningkatkan konsumsi alkohol, merokok, kekerasan, dan kebebasan seksual tidak aman. Area yang semakin mengkhawatirkan adalah Music Television (MTV), khususnya ketika kelompok musik *rock heavy metal*, yang lirik dan videonya menggambarkan kekerasan seks, bunuh diri, dan satanisme secara sensasional. Sekarang ada bukti jelas yang mencatat hubungan antara menonton televisi dan penggunaan alkohol atau tembakau, perilaku kekerasan dan agresif, penggunaan senjata untuk melakukan tindak kekerasan, dan aktivitas seksual dini (Strasburger dan Donnerstein, 1999). Iklan media kini makin diteliti tentang efeknya yang mengkhawatirkan dalam mendorong anak untuk membeli dan menggunakan alkohol dan tembakau.

Sistem peringkat televisi yang berdasarkan usia bukan isi dapat sedikit membantu orang tua (Reisberg, 1997). Untungnya, orang tua dapat membantu anak mengevaluasi kekerasan dalam televisi dengan menekankan hal-hal tersirat yang tidak diketahui anak, misalnya motivasi dan tujuan agresor serta akibat tidak menyenangkan yang dirasakan, pelaku akibat tindakan agresif mereka. Sering akibat tersebut terputus oleh jeda iklan, dan karenanya anak tidak dapat membuat kaitan. Orang tua perlu menunjukkan bahwa konflik dapat diselesaikan tanpa tindakan kekerasan. Mereka dapat juga menekankan tujuan program—terutama hiburan—dan menjelaskan mengapa mereka menyukai atau tidak menyukai sesuatu pada televisi (mis., "pertunjukan ini mencoba menjelaskan padamu bahwa kejahatan tidak berguna dan bahwa bila seseorang salah, orang itu akan masuk penjara"). Penjelasan dan diskusi dapat terjadi

di antara pertunjukan (dengan volume suara televisi dikurangi), dan anak dapat belajar dari anak yang lebih besar dan dari orang dewasa. Diskusi ini dapat sangat efektif jika dimulai sejak dini dan dilakukan secara konsisten.

Khususnya penting untuk mengidentifikasi anak berisiko dan mengontrol tontonan mereka. Aturan rumah yang menyebutkan tipe dan jumlah menonton televisi membantu anak memahami batasan, dan pemilihan rekaman video yang berisi program yang tepat dapat menggantikan sedikitnya tawaran yang diberikan. Orang tua perlu dengan cermat memantau program televisi dan kabel monitor karena pilihan populer ini memberikan program tanpa sensor lebih banyak. Kotak terkunci, *V-chip*, dan alat pemblok tersedia untuk penerima kabel TV guna mencegah anak menonton program ketika tidak ada pengawasan. Vessey, Yim-Chiplis, dan MacKenzie (1998) menyatakan bahwa model peran orang tua mempunyai pengaruh lebih positif pada perilaku anak daripada program televisi. Mereka selanjutnya menganjurkan agar orang tua menonton televisi dengan anak dan membantu anak memahami perbedaan antara kehidupan dan kebiasaan mereka dan individu yang disajikan dalam televisi.

Pada sisi positif, televisi telah terbukti memberi pengaruh positif pada kemampuan anak untuk menghadapi berbagai masalah sosial seperti perceraian, adanya adik baru, diskriminasi, kejujuran, dan tolong-menolong. Anak yang menonton program pendidikan (mis., *Sesame Street*) untuk periode waktu lama menjadi lebih menyenangkan, penuh pertimbangan, kooperatif, dan siap membantu teman bermain mereka. Cara karakter etnis dan minoritas digambarkan di televisi dapat memberi dampak pada cara budaya mayoritas memandang individu minoritas dan pada citra diri anak minoritas.

Banyak orang tua dikhawatirkan oleh efek menonton televisi pada anak mereka, dan kebanyakan menginginkan informasi mengenai masalah ini (Benard-Bonnin dkk, 1991). Orang tua perlu mengawasi jumlah dan tipe program TV yang ditonton anak mereka dan mengajarkan anak mereka tentang cara menonton TV (lihat Tabel 5-4 dan kotak Asuhan Keluarga di Rumah).

TIP KEPERAWATAN Selama pengkajian, pertimbangkan kenyataan bahwa orang tua mungkin tidak menyadari berapa lama anak-anak mereka menghabiskan waktu untuk menonton TV (Derksen dan Strasburger, 1994). Orang tua mungkin tidak memahami ketidakmampuan anak mereka untuk membedakan antara "fantasi" dalam televisi dan kehidupan nyata (Vessey, Yim-Chiplis, dan MacKenzie, 1998).

Perawat dan orang tua dapat menjadi kekuatan yang kuat dalam memengaruhi media. Mereka dapat memerhatikan dengan ketat adanya peningkatan dalam program kekerasan dan program yang tidak disukai lainnya dan menyampaikan keluhan terhadap sponsor dan stasiun televisi bila mereka yakin program tersebut tidak tepat. Program yang baik dapat mendidik dan menghibur.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



6

Komunikasi dan Pengkajian Kesehatan Anak dan Keluarga

www.mosby.com/MERLIN/Wong/Essentials/

ASARAN

Setelah menyelesaikan bab ini, pembaca mampu:

- Menguraikan pedoman untuk komunikasi dan melaksanakan wawancara.
- Mengidentifikasi strategi komunikasi untuk mewawancarai orang tua.
- Memformulasi pedoman untuk menggunakan seorang penerjemah.
- Mengidentifikasi strategi komunikasi untuk berkomunikasi dengan anak pada kelompok usia yang berbeda.
- Menguraikan empat teknik komunikasi yang sangat berguna bagi anak.
- Menyatakan komponen-komponen riwayat kesehatan lengkap.
- Menguraikan dua strategi untuk pengkajian struktural dan fungsional pada keluarga.
- Menyebutkan tiga area yang dievaluasi sebagai bagian dari pengkajian nutrisi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

kerahasiaan dalam suatu situasi, seperti berbicara pada orang tua yang dicurigai menganiaya anaknya atau pada anak remaja yang mencoba bunuh diri, hadapi hal ini secara langsung dan informasikan bahwa kerahasiaan tentang kondisi tersebut tidak dapat dijamin. Walau demikian, perawat harus memiliki kepekaan yang baik untuk melindungi informasi yang bersifat rahasia (Sullivan, 1997).

KEWASPADAAN Keperawatan Perawat harus menghormati kerahasiaan pasien dan memerhatikan apa yang mereka katakan, tidak hanya di lift tetapi juga di tempat tunggu, seperti di antrian-kafetaria.

PRIVASI KOMPUTER DAN APLIKASI DALAM KEPERAWATAN

Penggunaan teknologi komputer untuk menyimpan dan memperoleh informasi kesehatan telah menyebar luas. Privasi dan keamanan informasi kesehatan ini telah menjadi perhatian yang besar sepanjang asuhan kesehatan komunitas. Setiap orang yang mengakses informasi kesehatan yang bersifat rahasia dituntut untuk melakukan pengelolaan keamanan untuk menjaga kerahasiaannya, karena pelanggaran hal tersebut dapat menimbulkan kerusakan sipil.

Pada tahun 1994 sebuah komite dari *Institute of Medicine* merekomendasikan suatu kode nasional tentang praktik informasi kesehatan yang aman. Direkomendasikan bahwa organisasi data kesehatan (*health data organization*, HDO) harus menetapkan unit perlindungan data untuk mengembangkan kebijakan privasi dan praktik keamanan untuk sistem pemrosesan data manual dan otomatis. Teknologi perlindungan dan prosedur manajerial yang dikenal sebagai *pengaman komputer* dapat diterapkan pada perangkat keras komputer untuk menjamin bahwa privasi individual dilindungi (Hoffman, 1995).

Komputer dan aplikasi informasi dalam keperawatan (*informatika keperawatan*) digunakan oleh 75% perawat untuk mencatat asuhan, mengakses informasi, dan mendapatkan sumber-sumber kepustakaan. Dua aplikasi asuhan kesehatan yang penting adalah pengiriman catatan, termasuk faksimile (faks) dan surat elektronik (e-mail), dan *telemedicine* (pengobatan jarak jauh). Aplikasi *telemedicine* merupakan kemampuan konferensi video dua arah, transmisi hasil radiografi, dan konsultasi klinis antara lokasi setempat dengan sumber-sumber sentralnya. Perawat dapat menggunakan aplikasi komputer ini untuk membuat intervensi unik yang berkontribusi terhadap asuhan kesehatan keluarga (Brennan, 1996).*

*Sumber: Nicoll LH, *Nurses' guide to the Internet*, ed 2, Philadelphia, 1998, JB Lippincott.

TRIASE TELEPON DAN KONSELING

Tanggung jawab perawat semakin meningkat untuk mengkaji gejala-gejala dan penilaian klinis anak guna asuhan medis lebih lanjut (*triase*) via laporan telepon. Paling sering, masalah kesehatan dikaji dan diprioritaskan berdasarkan urgensi, dan penanganan diberikan melalui pelayanan telepon. Hasil akhir yang memuaskan berdasarkan pada konsistensi dan keakuratan informasi yang diberikan, dan orang tua diberdayakan untuk berpartisipasi dalam asuhan medis anak mereka. Manajemen asuhan triase via telepon telah meningkatkan akses pada pelayanan perawatan kesehatan yang berkualitas, dan kepuasan pasien telah meningkat secara signifikan. Kunjungan ke unit gawat darurat dan kunjungan klinis yang tidak perlu telah menurun, menghemat biaya medis dan waktu (absen waktu kerja berkurang) untuk keluarga yang memang memerlukan asuhan kesehatan. Panggilan telepon triase yang paling umum adalah untuk masalah demam (lihat Bab 22). Kira-kira 37% panggilan triase yang berhubungan dengan demam memerlukan perawatan kedaruratan, dan hampir 50%-nya telah mendapatkan terapi yang menguntungkan di rumah (Deadrick dan Boggess, 1996).

KEWASPADAAN Keperawatan Masalah hukum dapat terjadi akibat kesalahan dalam penatalaksanaan asuhan triase via telepon. Selalu anjurkan agar anak harus diamati jika terdapat keraguan yang mengarah pada keseriusan penyakitnya.

Program triase telepon yang dirancang dengan baik sangat penting untuk asuhan kesehatan yang aman, sedini mungkin, dan dengan kualitas yang konsisten. Triase telepon lebih dari "sekedarnya panggilan telepon", karena kehidupan anak terlalu berharga jika harus dibayar dengan keterampilan pengkajian telepon yang dikelola dengan buruk atau tidak kompeten. Secara khas, pedoman umum untuk triase telepon meliputi skrining pertanyaan; menentukan kapan harus segera dirujuk ke Pelayanan Pengobatan Kedaruratan (*Emergency Medicine Services*, EMS) (hubungi 911 (USA), 118 (ambulans, Indonesia)); dan menentukan kapan waktu konsultasi, dapat membuat janji di hari yang sama, janji dalam 24 atau 72 jam, dalam 4 hari atau lebih, atau perawatan rumah (Kotak 6-1) (Gobis, 1997).

KOMUNIKASI DENGAN KELUARGA

KOMUNIKASI DENGAN ORANG TUA

Walaupun orang tua dan anak terpisah dan berbeda secara individual, hubungan dengan anak sering kali dijumpai melalui orang tua, terutama dalam kasus anak yang lebih



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Terkadang perawat mengidentifikasi suatu masalah yang ditolak keberadaannya oleh orang tua. Dalam kasus ini, diskusikan situasi tersebut dan temukan suatu cara untuk mengatasinya atau dapatkan bantuan yang diperlukan dari anggota tim kesehatan lainnya. Misalnya, orang tua dari anak yang menderita sindrom Down dapat menyangkal bahwa anak mereka berbeda dengan anak lain pada usia yang sama. Mereka dapat mengatakan, "Ia hanya sedikit lambat," atau "Yang harus dilakukan anak tersebut adalah berusaha lebih keras." Seorang anak dengan masalah perilaku yang jelas dapat digambarkan oleh orang tua sebagai anak yang "keras kepala". Pernyataan tersebut dapat menjadi petunjuk bahwa orang tua tidak berhasil melalui tahap penolakan (*denial*) dalam menyesuaikan diri terhadap kondisi tersebut.

Menyelesaikan Masalah

Begitu masalah telah diidentifikasi dan ditetapkan oleh orang tua dan perawat, masalah dapat mulai diselesaikan. Orang tua yang dilibatkan dalam proses penyelesaian masalah cenderung untuk terus mengikuti berbagai tindakan yang dilakukan. Pertanyaan seperti "Sejauh ini, apa yang telah Anda coba lakukan?" atau "menurut Anda apa yang perlu dilakukan?" memberikan arah untuk eksplorasi dan menumbuhkan perasaan pada orang tua bahwa ide-ide dan penyelesaian mereka merupakan hal yang berharga. Setelah itu, dapat pula diikuti dengan pertanyaan seperti "Apa yang menghalangi Anda untuk mencoba melakukan hal tersebut?" "Sepertinya itu adalah rencana yang baik," dan "Anda tampaknya masih dapat bertahan. Apakah Anda pernah mempertimbangkan untuk mencoba hal ini?" Pendekatan seperti itu dapat mendorong partisipasi aktif dan memberikan penguatan, bukan menurunkan peran orang tua dalam menyelesaikan masalah mereka.

Kadang-kadang orang tua sampai pada suatu solusi sebagai alternatif terbaik, yang bahkan tidak terpikirkan oleh perawat. Apabila orang tua dapat diyakinkan bahwa hal tersebut tidak akan membahayakan dan jika mereka merasa yakin atas kemampuannya, biasanya jalan yang terbaik adalah memberi kesempatan kepada orang tua untuk melanjutkan rencana. Suatu rangkaian tindakan cenderung dilaksanakan jika orang tua dapat mencapai kesimpulan mereka sendiri. Akan tetapi, keputusan orang tua mungkin berbahaya, sehingga perawat berkewajiban untuk mendiskusikan setiap risiko dengan keluarga dan mencoba untuk mencapai solusi yang lebih menguntungkan. Apabila mungkin, keputusan harus berasal dari orang tua, sedangkan perawat bertugas sebagai *fasilitator* dalam penyelesaian masalah.

Memberikan Pedoman Antisipasi

Cara ideal untuk menangani suatu situasi adalah dengan menghadapinya *sebelum* hal tersebut menjadi masalah. Tindakan pencegahan terbaik adalah pedoman antisipasi. Secara tradisional, pedoman antisipasi telah difokuskan

pada penyediaan informasi untuk keluarga tentang pertumbuhan dan perkembangan normal, juga praktik pemeliharaan anak. Misalnya, salah satu area terpenting dalam pediatrik adalah pencegahan cedera. Dimulai dari masa pranatal, orang tua memerlukan instruksi spesifik tentang keamanan rumah. Karena kematangan perkembangan keterampilan anak, perubahan keamanan di rumah harus diimplementasikan lebih awal untuk meminimalkan risiko pada anak.

Banyak perubahan perkembangan normal dapat mengganggu orang tua yang tidak siap, seperti hilangnya nafsu makan, negativisme, perubahan pola tidur, dan kecemasan terhadap orang asing yang dapat terjadi pada anak usia *todler*. Topik tersebut didiskusikan dalam bab tentang peningkatan kesehatan untuk memberikan pengetahuan pada perawat guna memberikan konseling pada orang tua.

Walau demikian, pedoman antisipasi meluas lebih dari hanya sekedar memberi informasi sampai pada pemberdayaan keluarga untuk menggunakan informasi sebagai alat membangun kompetensi dalam kemampuan sebagai orang tua. Untuk mencapai tingkat pedoman antisipasi ini, perawat harus (Desselle dan Pearlmutter, 1997):

- Melandasi intervensi dengan kebutuhan yang diidentifikasi oleh keluarga, bukan oleh tenaga profesional.
- Memandang keluarga sebagai orang yang kompeten atau memiliki kemampuan untuk kompeten.
- Memberikan kesempatan pada keluarga untuk mencapai kompetensi.

TIP KEPERAWATAN Sering kali orang tua membutuhkan bimbingan awal yang berkenaan dengan anak mereka (Desselle dan Pearlmutter, 1997), dan pedoman antisipasi membangun rasa percaya diri dalam keterampilan mereka sebagai orang tua.

Menghindari Hambatan Komunikasi

Sejumlah hambatan terhadap komunikasi dapat mengganggu kualitas hubungan. Banyak hambatan berasal dari wawancara, seperti memberikan nasihat yang tidak terbatas atau membentuk kesimpulan sebelum jelas buktibuktinya. Jenis hambatan lain terjadi terutama pada individu diwawancarai dan berkaitan dengan informasi yang berlebihan. Ketika individu dihadapkan pada informasi yang terlalu banyak atau informasi yang membingungkan, ia akan sering menunjukkan tanda-tanda kecemasan atau penurunan perhatian. Tanda-tanda seperti itu harus menyadarkan pewawancara untuk memberi lebih sedikit informasi atau untuk mengklarifikasi apa yang telah dikatakan. Beberapa hambatan berkomunikasi yang sering terjadi, termasuk tanda-tanda informasi yang berlebihan, terdapat dalam Kotak 6-2.

Hambatan komunikasi dapat diperbaiki dengan menganalisis proses wawancara secara cermat. Satu metode terbaik untuk meningkatkan kemampuan mewawancarai adalah umpan balik dari rekaman audio/video. Dengan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

fungsional semua prosedur, objek, dan aktivitas. Anak usia tersebut ingin mengetahui mengapa sebuah objek ada, mengapa objek tersebut digunakan, bagaimana cara kerjanya, dan apa tujuan dari penggunaannya. Anak perlu mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan terhadap mereka dan, terutama, mengapa hal tersebut dilakukan pada mereka. Misalnya, untuk menjelaskan suatu prosedur seperti mengukur tekanan darah, tunjukkan pada anak bagaimana balon yang dipompa dapat mendorong udara masuk ke dalam manset dan membuat "warna perak" dalam tabung menjadi naik. Biarkan anak mengoperasikan balon tersebut. Penjelasan sederhana untuk alasan tersebut dapat berupa "Saya ingin melihat sejauh mana warna perak ini naik ketika manset menekan lenganmu." Oleh karena itu, anak menjadi partisipan yang antusias.

Anak usia sekolah memiliki peningkatan kekhawatiran terhadap integritas tubuhnya. Karena tubuh merupakan hal yang penting dan bernilai khusus, anak menjadi sangat sensitif terhadap segala sesuatu yang dianggap mengancam atau menjadi indikasi timbulnya cedera pada tubuhnya. Kekhawatiran ini mengarah juga pada kepemilikan barang-barang mereka, sehingga mereka dapat tampak bereaksi secara berlebihan terhadap kehilangan atau ancaman kehilangan objek-objek yang sangat mereka sukai. Dengan membantu anak mengungkapkan kekhawatiran mereka, perawat akan meyakinkan dan mengimplementasikan aktivitas yang dapat mengurangi kekhawatiran anak. Misalnya, jika anak pemalu tidak suka menjadi pusat perhatian, biarkan anak tersebut dengan caranya berbicara dan berhubungan dengan anak lain dalam keluarga atau kelompok. Ketika anak merasa lebih nyaman, mereka biasanya akan menyampaikan ide-ide pribadi, perasaan, dan interpretasi dari setiap kejadian.

Anak yang lebih tua memiliki penggunaan bahasa yang adekuat dan memuaskan. Anak tersebut tetap memerlukan penjelasan yang relatif sederhana tetapi kemampuan mereka untuk berpikir konkret dapat memfasilitasi komunikasi dan penjelasan. Secara umum, anak memiliki cukup pengalaman dengan kesehatan dan tenaga kesehatan untuk memahami apa yang sedang terjadi dan apa yang diharapkan dari mereka secara umum.

Masa remaja. Ketika anak memasuki usia remaja, pemikiran dan perilaku mereka berfluktuasi antara masa anak dan masa orang dewasa. Mereka tumbuh dewasa dan dengan cepat menuju ke arah kematangan yang mungkin melampaui kemampuan coping mereka. Oleh karena itu, ketika ketegangan meningkat, remaja dapat mencari rasa aman dari harapan masa kanak-kanak yang lebih dikenal dan nyaman. Dengan mengantisipasi pergeseran dalam identitas ini, perawat memiliki kesempatan untuk menyesuaikan proses interaksi guna memenuhi kebutuhan pada saat tersebut. Tidak ada pendekatan tunggal yang dapat diandalkan secara konsisten, dalam menghadapi sikap kerja sama, permusuhan, kemarahan, keberanian dan berbagai perilaku dan sikap lain yang diperkirakan dapat terjadi.

Kesalahan dalam menganggap remaja sebagai orang dewasa—yang memiliki kebijaksanaan dan kontrol orang dewasa—sama besarnya dengan kesalahan dalam meng-



GBR. 6-3 Seorang anak kecil dapat memiliki kesan bahwa "sebuah batang kecil di lengannya" memiliki arti sebenarnya.

anggap remaja memiliki kekhawatiran dan pengharapan seperti anak kecil.

Sering kali remaja lebih bersedia untuk mendiskusikan masalah mereka dengan orang dewasa di luar keluarga, dan mereka sering menerima kesempatan untuk berinteraksi dengan perawat. Remaja menerima setiap orang yang menunjukkan perhatian tulus pada mereka. Walau demikian, remaja dengan cepat menolak individu yang berusaha memaksakan nilai-nilainya pada mereka, yang niatnya hanya berpura-pura, atau yang tampak tidak menghormati siapa mereka dan apa yang mereka pikir atau katakan.

Seperti anak, remaja perlu mengekspresikan perasaannya. Umumnya, mereka berbicara sangat terbuka ketika diberi kesempatan. Walau demikian, apa yang dikatakan oleh remaja tidak selalu dapat dianggap bermakna. Ketika faktor emosional ikut berpengaruh, perasaan yang dinyatakan sama pentingnya dengan apa yang dikatakan. Untuk memberikan dukungan, berikan perhatian penuh, coba untuk tidak memotong pembicaraan, dan hindari komentar atau ekspresi yang menunjukkan ketidaksetujuan atau rasa kaget. Hindari pertanyaan yang terlalu menyelidiki dan menanyakan sesuatu yang memalukan, dan tahan dorongan untuk memberikan nasihat. Sering kali remaja menunjukkan perasaan atau sumber keprihatinan mereka atau menanyakan pertanyaan ketika mereka menjalani kegiatan rutin seperti pengkajian fisik.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KOTAK 6-4 TEKNIK KOMUNIKASI YANG KREATIF DENGAN ANAK (lanjutan)

Tidak ada atau tidak sepenuhnya tangan dan lengan—Menunjukkan sifat pemalu, pasif, atau ketidakmatangan intelektual; kaki yang kecil dan tidak stabil mungkin merupakan ekspresi ketidaknyamanan dan tangan yang tersembunyi dapat berarti perasaan bersalah.

Penempatan gambar pada halaman dan tipe tekanan gambar—Penggunaan kertas secara bebas dan tekanan/goresan yang kuat serta berkesinambungan mengekspresikan keamanan, sedangkan gambar yang terbatas pada suatu area yang sempit dan digambar secara tipis dengan garis putus-putus dan bergelombang mungkin merupakan tanda ketidakamanan.

Bagian yang dihapus, berbayang-bayang, atau kelompok benda yang tumpang tindih—Mengekspresikan ambivalensi, perhatian, atau ansietas terhadap area-area tertentu.

Sulap

Gunakan teknik sulap untuk membantu membina hubungan

saling percaya dengan anak, mendorong kepatuhan terhadap intervensi kesehatan, dan memberikan distraksi yang efektif selama prosedur yang menyakitkan. Walaupun "tukang sulap" berbicara, tidak ada respons verbal yang diperlukan dari anak.

Permainan

Adalah bahasa yang universal dan "pekerjaan" anak. Menceritakan banyak hal tentang anak-anak karena mereka memproyeksikan diri mereka sendiri melalui aktivitas.

Permainan yang spontan meliputi pemberian berbagai material permainan dan memberikan kesempatan untuk bermain.

Permainan yang diarahkan meliputi pengarahan yang lebih spesifik, seperti memberikan peralatan medis atau rumah boneka untuk alasan yang terfokus, seperti mengeksplorasi rasa ketakutan anak terhadap suntikan atau mengeksplorasi hubungan keluarga.

Permainan

Permainan merupakan bahasa universal bagi anak. Permainan merupakan salah satu bentuk komunikasi yang paling penting dan dapat menjadi suatu teknik yang efektif dalam berkomunikasi. Petunjuk tentang kemajuan perkembangan fisik, intelektual, dan sosial sering dapat dilihat dari bentuk dan kompleksitas perilaku bermain anak. Permainan memerlukan peralatan yang minimum atau tidak memerlukan peralatan sama sekali. Permainan terapeutik sering digunakan untuk mengurangi trauma penyakit dan hospitalisasi (lihat Bab 21) dan menyiapkan anak untuk prosedur-prosedur terapeutik (lihat Bab 22).

Karena kemampuannya untuk menerima respons muncul sebelum kemampuan mereka untuk mengirim respons, bayi kecil berespons terhadap aktivitas yang melibatkan panca indra mereka. Menepuk-nepuk, mengusap-usap, dan permainan lain yang melibatkan kulit dapat mengandung pesan. Tindakan berulang-ulang, seperti meregangkan lengan bayi ke luar ketika mereka dalam posisi tidur telentang dan kemudian melipatnya di depan dada atau mengangkat dan menggerakkan kaki seperti gerakan orang bersepeda, akan menimbulkan suara yang menyenangkan. Benda berwarna-warni untuk menarik perhatian mata atau suara yang menarik, seperti bunyi detik jam, lonceng, bel, atau nyanyian, dapat digunakan untuk menarik perhatian anak.

Bayi yang lebih tua berespons terhadap permainan sederhana. Permainan lama seperti "cilukbaa" merupakan alat yang mengagumkan dalam memulai komunikasi dengan bayi sambil mempertahankan jarak yang "aman" dan tidak mengancam. Setelah kontak mata intermiten ini, perawat tidak lagi dipandang sebagai orang asing tetapi sebagai seorang teman. Setelah itu, perawat dapat meneruskan de-

ngan permainan sentuhan. Menepukkan tangan bayi secara bersama-sama untuk "pok ame-ame" atau menggerakkan jari kaki ke kiri dan ke kanan dan ke atas dan ke bawah akan menyenangkan bayi atau anak kecil. Sebagian besar pengkajian keperawatan dapat dilakukan dengan menggunakan permainan dan peralatan permainan yang sederhana, sedangkan bayi tetap aman dalam pangkuan atau dekapan orang tua. Berbicara pada kaki atau bagian lain dari tubuh anak merupakan taktik yang efektif.

Perawat dapat memanfaatkan rasa penasaran anak kecil yang alamiah dengan memainkan permainan seperti "Tangan mana yang kamu pilih?" dan "Tebak apa yang saya miliki di tangan saya" atau dengan memanipulasi benda seperti lampu senter atau stetoskop. Permainan tangan juga sangat berguna. Banyak material yang tersedia, seperti boneka dan replika barang, baik yang dikenal atau tidak dikenal, merupakan alat yang sangat baik untuk berkomunikasi dengan anak kecil. Variasi dan luasnya permainan dibatasi hanya oleh imajinasi perawat.

Melalui permainan, anak-anak mengungkapkan persepsi mereka tentang hubungan interpersonal dengan keluarga, teman, atau personal rumah sakit. Anak dapat juga mengungkapkan luasnya pengetahuan yang mereka peroleh dari mendengarkan orang lain di sekitar mereka. Misalnya, melalui permainan jarum suntik, anak-anak dapat menunjukkan kecermatan mereka dalam mengamati setiap prosedur dengan secara tepat menduplikasi keterampilan teknis. Mereka juga dapat menunjukkan betapa baiknya ingatan mereka mengenai siapa yang melakukan prosedur. Seorang anak yang mendapatkan asuhan secara menyeluruh, melakukan kembali setiap detail prosedur medis yang panjang dan ia juga memainkan peran dokter yang berulang kali berteriak padanya untuk diam sepanjang waktu yang lama dan menyakitkan. Kemarahannya pada dokter



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KEWASPADAAN Keperawatan Selidiki tentang pemberian serum dari kuda atau serum asing lain, pemberian gamma globulin atau transfusi darah baru-baru ini, dan reaksi anafilaktik terhadap neomisin atau telur ayam.

Pertumbuhan dan perkembangan. Pola pertumbuhan sebelumnya yang paling penting untuk dicatat adalah (1) perkiraan berat badan pada usia 6 bulan, 1 tahun, 2 tahun, dan 5 tahun; (2) perkiraan tinggi badan pada usia 1 dan 4 tahun; dan (3) pertumbuhan gigi, termasuk usia mulai tumbuh gigi, jumlah gigi, dan gejala-gejala selama tumbuh gigi. Perkembangan yang penting meliputi (1) usia menahan kepala secara stabil; (2) usia duduk sendiri tanpa bantuan; (3) usia berjalan tanpa bantuan; (4) usia mengatakan kata-kata pertama yang bermakna; (5) kelas di sekolah saat ini; (6) peringkat di kelas; dan (7) interaksi dengan anak lain, teman sebaya, dan orang dewasa.

Gunakan pertanyaan spesifik dan rinci ketika menanyakan tentang setiap tahap perkembangan yang penting. Misalnya, "duduk" dapat memiliki arti aktivitas yang berbeda, seperti duduk dengan bantuan, duduk di pangkuan seseorang, duduk dengan ditopang, duduk sendiri tetapi dalam posisi hiperfleksi untuk keseimbangan terbantu, atau duduk tanpa bantuan dengan punggung sedikit melengkung. Petunjuk tentang kesalahpahaman dari aktivitas yang diminta dapat menjadi suatu masa pencapaian diri mereka yang tidak lazim (lihat Pengkajian Perkembangan, Bab 7).

Kebiasaan. Kebiasaan merupakan area penting untuk dieksplorasi (Kotak 6-6). Orang tua sering kali mengungkapkan kekhawatirannya selama bagian pengkajian riwayat ini. Dorong orang tua untuk memberi masukan dengan mengatakan "Jelaskan pada saya kekhawatiran Anda terhadap kebiasaan, aktivitas, atau perkembangan anak Anda." Selidiki lebih lanjut setiap kekhawatiran yang diungkapkan.

Salah satu perhatian yang paling umum berhubungan dengan tidur. Banyak anak mengembangkan pola tidur normal, dan hal yang diperlukan selama pengkajian adalah pandangan umum tentang jadwal tidur malam dan tidur siang. Walaupun demikian, banyak juga anak yang mengalami masalah tidur (lihat Masalah Tidur, Bab 10 dan 13). Apabila terjadi masalah tidur, diperlukan riwayat tidur yang lebih rinci dalam rangka memberi petunjuk tentang intervensi yang tepat.*

Kebiasaan yang berhubungan dengan penggunaan substansi kimia dilakukan terutama oleh anak-anak yang lebih tua dan anak remaja. Apabila anak kecil mengakui bahwa ia merokok, minum alkohol, atau menggunakan obat-obatan, tanyakan jumlah dan frekuensinya. Pertanya-

*Riwayat tidur dan catatan tidur untuk keluarga agar dapat mencatat aktivitas tidur dan bangun anak terdapat dalam Wong DL, Hess, CS: *Wong and Whaley's clinical manual of pediatric nursing*, ed 5, St. Louis, 2000, Mosby.

PEDOMAN

Mengkaji Riwayat Alergi

Apakah anak Anda pernah menggunakan obat-obatan atau tablet yang tidak sesuai atau menyebabkan alergi? Jika ya, dapatkah Anda mengingat apa nama obat tersebut? Dapatkah Anda menggambarkan reaksinya? Apakah obat tersebut digunakan per oral (seperti tablet atau obat-obatan), atau disuntikkan? Berapa lama setelah menggunakan obat itu terjadi reaksi? Sudah berapa lama hal ini terjadi? Apakah ada seseorang yang mengatakan pada Anda bahwa itu adalah reaksi alergi, atau apakah Anda memutuskannya sendiri? Apakah anak Anda pernah menggunakan obat ini, atau yang mirip dengan ini, lagi? Jika ya, apakah anak Anda mengalami masalah yang sama? Apakah Anda pernah mengatakan pada dokter atau perawat tentang reaksi atau alergi anak Anda?

Dimodifikasi dari Cantrill JA, Cottrell WN: Accuracy of drug allergy documentation, *Am J Health Syst Pharm* 54:1627-1629, 1997.

an seperti "Apakah Anda pernah memiliki masalah minum minuman keras atau menggunakan obat-obatan?" atau "Kapan terakhir kali Anda minum minuman keras atau menggunakan obat-obatan?" dapat memberikan data yang lebih dapat diandalkan daripada pertanyaan seperti "Seberapa banyak Anda minum?" Atau "Seberapa sering Anda minum atau menggunakan obat-obatan?" Klarifikasi bahwa "minum" termasuk semua jenis minuman beralkohol, seperti bir dan anggur. Jika informasi kuantitas seperti "segelas" anggur atau "sekaleng" bir, tanyakan ukuran kontainer tersebut didapatkan.

Jika anak yang lebih tua menyangkal penggunaan substansi kimia, tanyakan perilaku mencoba-coba pada masa lalu. Tanyakan, "Jadi maksud Anda, Anda tidak pernah mencoba untuk merokok atau minum minuman keras?" mengimplikasikan bahwa perawat mengharapkan informasi tentang beberapa aktivitas seperti itu, dan anak yang lebih muda mungkin lebih cenderung untuk menjawab secara jujur. Waspada kerahasiaan setiap pertanyaan, efek merugikan akibat keberadaan orang tua yang memengaruhi ketersediaan anak untuk menjawab, dan laporan sendiri yang mungkin tidak menjadi informasi yang akurat tentang substansi penyalahgunaan kimia.

Tinjauan Sistem

Tinjauan sistem adalah tinjauan setiap sistem tubuh secara spesifik, hampir sama dengan urutan pemeriksaan fisik (Kotak 6-7). Sering kali riwayat penyakit saat ini memberikan tinjauan sistem secara lengkap yang termasuk dalam keluhan utama. Karena tindakan menanyakan setiap fungsi tubuh dapat dipandang sebagai orang tua dan anak, hal yang tidak berhubungan dan tidak relevan, awali pertanyaan dengan suatu penjelasan mengapa data tersebut



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PEDOMAN**Memulai Pengkajian Keluarga yang Komprehensif**

Lakukan pengkajian komprehensif pada:

- Anak-anak yang menerima perawatan anak yang sehat secara komprehensif.
- Anak-anak yang mengalami peristiwa kehidupan yang sangat menegangkan (mis., penyakit kronis, ketidakmampuan, perceraian orang tua, atau kematian anggota keluarga)
- Anak-anak yang memerlukan perawatan di rumah secara ekstensif
- Anak-anak yang mengalami keterlambatan perkembangan
- Anak-anak dengan cedera kecelakaan yang berulang dan mereka yang dicurigai menderita akibat penganiayaan anak.
- Anak-anak dengan masalah perilaku atau fisik yang menunjukkan disfungsi keluarga sebagai etiologinya.

PENGKAJIAN STRUKTUR KELUARGA

Struktur keluarga merujuk pada komposisi keluarga—yang tinggal dalam rumah dan memiliki karakteristik sosial, budaya, agama, dan ekonomi yang memengaruhi kesehatan psikobiologis anak dan keluarga secara keseluruhan (Wright, 1994) (lihat juga Bab 3 dan 4). Karena informasi yang diperoleh dalam bagian riwayat ini sering merupakan bagian yang paling pribadi dan rahasia, lakukan pengkajian ini pada akhir wawancara ketika rasa saling percaya telah terbina.

Metode paling umum untuk mendapatkan informasi tentang struktur keluarga adalah mewawancarai anggota keluarga. Area perhatian yang prinsip (Kotak 6-9) adalah (1) komposisi keluarga, (2) lingkungan rumah dan komunitas, (3) pekerjaan dan pendidikan anggota keluarga, dan (4) tradisi budaya dan agama.

KEWASPADAAN Keperawatan Dalam mengkaji komposisi keluarga, kadang-kadang sulit untuk memastikan status hubungan orang dewasa. Jika orang tua gagal menyebutkan orang tua yang lain, tanyakan, "Di mana ayah (atau ibu) dari anak tersebut?" Hindari mengatakan "suami" atau "istri" karena hal ini mengasumsikan bahwa hanya hubungan marital yang ada.

Beberapa alat pengkajian struktural dapat digunakan untuk mengumpulkan dan mencatat data tentang komposisi dan lingkungan keluarga. Seperti metode wawancara, alat tersebut juga dapat memberikan informasi tentang hubungan, walaupun beberapa metode tambahan perlu digunakan untuk mengkaji fungsi keluarga.

Sosiogram adalah suatu gambar lingkaran-lingkaran yang mengindikasikan orang-orang penting dalam kehidupan individu; penggunaannya cocok untuk orang de-

was dan anak yang berusia 5 tahun. Individu diberi sebuah kertas kosong dan pensil dengan instruksi "Gambarkan suatu lingkaran yang mewakili diri Anda. Gambarkan lingkaran-lingkaran lain yang mewakili orang terpenting dalam kehidupan Anda di sekitar lingkaran tersebut. Gambar lingkaran-lingkaran tersebut dekat dengan lingkaran Anda untuk mewakili kedekatan. Misalnya, seseorang yang paling penting adalah lingkaran yang paling dekat dengan Anda." Anggota keluarga dapat memberi label pada hubungan yang suportif dengan tanda plus atau hubungan negatif dengan tanda minus.

Tidak hanya merupakan suatu potret hubungan yang penting bagi seseorang, sosiogram juga dapat mengungkapkan hubungan yang tidak akan pernah berakhir (Gbr. 6-5). Setelah melengkapi sosiogram, dorong keluarga untuk mengeksplorasi perasaan-perasaan mereka lebih lanjut dengan pertanyaan seperti:

- Bagaimana cara Anda mengubah lingkaran-lingkaran tersebut untuk meningkatkan hubungan?
- Bagaimana menurut Anda jika Anda dapat mencapai perubahan-perubahan ini?
- Jika satu orang dalam lingkaran akan berubah, menurut Anda, apa efek yang akan terjadi pada orang lain di dalam lingkaran?

PENGKAJIAN FUNGSI KELUARGA

Fungsi keluarga berkaitan dengan cara keluarga berperilaku satu sama lain dan dengan kualitas hubungan (lihat juga Bab 3). Fungsi keluarga dianggap sebagai komponen terpenting dalam menentukan "kesehatan keluarga". Pengkajian mengenai fungsi tubuh lebih memerlukan keterampilan pewawancara daripada pengkajian struktur tubuh, dan lebih baik dilakukan setelah pengkajian struktur tubuh. Seperti dalam pengkajian struktur keluarga, metode yang lebih tradisional dalam memperoleh informasi tentang fungsi keluarga adalah dengan cara mewawancarai anggota keluarga. Beberapa area perhatian yang penting didiskusikan dalam Kotak 6-9.

Selain mengobservasi dan mewawancarai keluarga untuk mengkaji fungsi keluarga, terdapat beberapa metode lain dan dapat digunakan sesuai kebutuhan untuk mencapai pengkajian yang komprehensif. Bagian berikut ini mendiskusikan beberapa instrumen terpilih yang dapat dipercaya dan valid tetapi hanya memerlukan sedikit atau bahkan tidak memerlukan latihan formal dan pelaksanaannya hanya memerlukan waktu minimal.

APGAR Keluarga (Family APGAR, FAPGAR) adalah kuesioner skrining singkat yang dirancang untuk merefleksikan kepuasan anggota keluarga terhadap status fungsional keluarga (Smilkstein, Ashworth, dan Montano, 1982) (lihat Apendiks A). Singkatan APGAR adalah Adaptasi, Partnership (kemitraan), Growth (pertumbuhan), Afeksi (kasih sayang), dan Resolve/Penyelesaian (komitmen). Singkatan ini dipilih karena sudah dikenal oleh para profesional kesehatan, tetapi APGAR ini tidak berkaitan dengan sistem penilaian APGAR untuk bayi baru lahir.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KOTAK 6-11 CONTOH PERTANYAAN DARI SURVEI FUNGSI KELUARGA FEETHAM

Jumlah waktu yang Anda habiskan dengan pasangan Anda.

a. Seberapa banyak hal itu sekarang?

SEDIKIT					BANYAK	
1	2	3	4	5	6	7

b. Seberapa banyak yang seharusnya?

SEDIKIT					BANYAK	
1	2	3	4	5	6	7

c. Seberapa penting hal ini bagi saya

KURANG					SANGAT	
1	2	3	4	5	6	7

Direproduksi dengan izin dari Suzanne L. Feetham, PhD, RN, FAAN. Dikembangkan dari penelitian yang dibiayai oleh Divisi Keperawatan, HRA, HHS, NU00632, Wayne State University, Detroit, MI, 1977-1980.

pertanyaan terbuka. Setiap pertanyaan tentang fungsi keluarga diberi tingkatan pada tiga skala yang bernilai 7 dari "Seberapa besar hal itu sekarang?" "Seberapa besar seharusnya?" dan "Seberapa penting hal itu bagi saya?" (Kotak 6-11). Ketidakesesuaian antara dua skala pertama, bersama-sama dengan rentang skala kepentingan, berkontribusi ke dalam pengkajian persepsi anggota keluarga tentang fungsi keluarga. Penyelesaian survei tersebut memerlukan waktu kurang dari 10 menit dan dapat digunakan dalam keluarga dengan orang tua tunggal atau dua orang tua (Failla dan Jones, 1991; Feetham, Perkins, dan Carroll, 1993).

Tidak diragukan lagi bahwa lingkungan terkaya untuk mengobservasi perkembangan dan interaksi anak dengan anggota keluarga adalah rumah. Dua alat yang dapat digunakan untuk mengkaji lingkungan rumah anak adalah *Home Observation for Management of the Environment, (HOME)* Inventory* (Caldwell dan Bradley, 1984) dan *Home Screening Questionnaire (HSQ)†* (Frankenburg dan Coons, 1986). Keduanya dibagi menjadi dua kelompok umur: lahir sampai 3 tahun dan 3 sampai 6 tahun. HOME memiliki inventori tambahan untuk anak berusia 6

sampai 10 tahun. Formatnya selalu tersedia untuk anak dengan ketidakmampuan sedang sampai berat dalam setiap tiga kelompok usia untuk gangguan visual, pendengaran, ortopedi, dan kognitif. HOME mengkaji kualitas dan kuantitas dukungan sosial, emosional, dan kognitif yang tersedia untuk anak-anak dalam lingkungan rumah mereka, termasuk keluarga dengan penghasilan rendah dan anak dengan berat badan lahir rendah (Bradley dkk, 1994).

Beberapa item HOME memerlukan observasi langsung, sedangkan item lain perlu ditanyakan pada orang tua. Setiap item mendapat respons "ya" atau "tidak". Jumlah respons "ya" berhubungan dengan jumlah stimulasi lingkungan yang sesuai. Setiap respons "tidak" mengindikasikan area-area yang mungkin perlu mendapat intervensi dan konseling. Penggunaan HOME memerlukan waktu kunjungan rumah sekitar 1 jam yang dihadiri oleh anak dan pemberi perawatan yang utama.

HSQ dikembangkan dengan menggunakan HOME sebagai pedoman. Format 0 sampai 3 tahun terdiri atas 30 item ditambah daftar tilik mainan anak yang tersedia di rumah. Format 3 sampai 6 tahun memiliki 34 item dan daftar tilik mainan yang hampir sama. Pertanyaan ditulis untuk anak-anak yang kira-kira memiliki kemampuan membaca seperti anak kelas tiga sampai kelas enam SD dan, tidak seperti HOME, dapat dilengkapi oleh orang tua dalam setiap kondisi selama 15 sampai 20 menit. Petunjuk pemberian nilai dirinci dalam buku petunjuk dan berdasarkan pada kredit untuk pertanyaan yang berbeda. Untuk setiap kelompok usia, terdapat nilai minimum untuk menentukan hasil yang dicurigai atau tidak dicurigai.

PENGKAJIAN NUTRISI

ASUPAN DIET

Pengetahuan tentang asupan diet anak merupakan komponen yang berguna dan praktis dari suatu pengkajian nutrisi. Walau demikian, asupan nutrisi juga merupakan salah satu faktor yang paling sulit dikaji. Ingatan individu tentang konsumsi makanan, terutama jumlah yang dimakan, sering kali tidak dapat dipercaya. Selain itu, individu mungkin tidak bersedia mengungkapkan pola makannya jika ia merasakan kritikan dari perawat. Individu dari budaya yang berbeda dapat mengalami kesulitan dalam menggambarkan jenis makanan yang ia makan secara adekuat. Walau terdapat hambatan, catatan asupan makanan adalah hal yang penting. Beberapa metode telah tersedia.

Tanpa memerhatikan format yang digunakan dalam mencatat asupan makanan, setiap pengkajian nutrisi harus dimulai dengan *riwayat diet*. Pertanyaan pasti yang digunakan untuk memperoleh riwayat diet bervariasi sesuai dengan usia anak. Secara umum, semakin kecil anak, semakin spesifik dan semakin rinci riwayat tersebut. Kotak 6-12 memberikan suatu contoh riwayat diet untuk anak dan terdiri atas pertanyaan tambahan tentang pemberian makan pada bayi.

* Format dan petunjuk pemberian tersedia dengan biaya yang harus dibayar, dari Center for Research on Teaching and Learning, College of Education, University of Arkansas at Little Rock, 2801 S. University Ave., Little Rock, Ak 72204, (501)569-3422.

† Format dan petunjuk penggunaan tersedia dengan biaya yang harus dibayar, dari Denver Developmental Materials, Inc., PO Box 371075, Denver, CO 80273-5075, (303) 355-4729 atau (800) 419-4729.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 6-1 PENGKAJIAN KLINIS TENTANG STATUS NUTRISI

DATA NUTRISI YANG ADEKUAT	DATA KURANGAN ATAU KELEBIHAN NUTRISI	DEFISIENSI/KELEBIHAN*
PERTUMBUHAN SECARA UMUM		
Tinggi badan, berat badan, dan lingkar kepala berada dalam persentil ke-5 dan 95	Pertumbuhan di bawah persentil ke-5 dan 95	Protein, kalori, lemak, dan nutrien penting lainnya, terutama vitamin A, piridoksin, niasin, kalsium, iodin, mangan, zink/seng
Pertambahan yang stabil dengan lonjakan pertumbuhan yang diharapkan selama masa bayi dan remaja	Lonjakan pertumbuhan tidak terjadi atau terlambat; penambahan berat badan buruk	
Perkembangan seksual sesuai dengan usia	Perkembangan seksual terlambat	Kelebihan vitamin A, D
KULIT		
Halus, sedikit kering untuk disentuh.	Mengeras dan bersisik	Vitamin A
Elastis dan kuat	Dermatitis seborrhoik	Kelebihan niasin
Tidak ada lesi	Kering, kasar, petekie	Riboflavin
Warna kulit sesuai dengan latar belakang genetik	Penyembuhan luka lambat	Vitamin C
	Dermatitis bersisik pada permukaan yang terpajan	Riboflavin, Vitamin C, zink
	Keriput, kendur	Niasin
	Lesi mengeras di sekitar lubang pada tubuh, terutama lubang hidung	Protein, kalori, zink
	Pruritus	Kelebihan vitamin A, riboflavin, niasin
	Turgor buruk	Air, natrium
	Edema	Protein, tiamin
		Kelebihan natrium
	Warna kuning (ikterik/jaundis)	Vitamin B ₁₂
		Kelebihan vitamin A, niasin
	Depigmentasi	Protein, kalori
	Pucat (anemia)	Piridoksin, asam folat, vitamin B ₁₂ , C, E (pada bayi prematur), zat besi
		Kelebihan vitamin C, zink
		Kelebihan riboflavin
	Parestesia	
RAMBUT		
Bercahaya, halus seperti sutra, kuat, elastis	Kaku, mudah rusak, tumpul, kering, tipis	Protein, kalori
	Alopesia	Protein, kalori, zink
	Depigmentasi	Protein, kalori, tembaga
	Area di sekitar folikel rambut meninggi	Vitamin C
KEPALA		
Ukuran yang sama, tonjolan oksipital, bentuk wajah simetris	Melembutnya tulang kranial, tonjolan tulang frontalis, tengkorak datar dan tertekan di daerah tengah.	Vitamin D
Sutura bersatu setelah usia 18 bulan	Penyatuan sutura terlambat	Vitamin D
	Benjolan yang keras dan nyeri pada oksiput	Kelebihan Vitamin A
	Sakit kepala	Kelebihan tiamin
LEHER		
Tiroid tidak terlihat, teraba pada garis tengah	Pembesaran tiroid; dapat terlihat secara kasar	Iodin
MATA		
Jernih, terang	Kornea dan konjungtiva mengeras dan bersisik	Vitamin A
Penglihatan di malam hari baik	Rabun senja	
Konjungtiva —Berwarna merah muda/pink, mengkilat	Rasa terbakar, gatal, fotofobia, katarak, vaskularisasi kornea	Riboflavin
TELINGA		
Membran timpani —mudah ditebuk/digerakkan	Kalsifikasi (kehilangan pendengaran)	Kelebihan vitamin D

* Status nutrien adalah defisiensi, kecuali secara spesifik ditulis kelebihan.

berlanjut



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PENGKAJIAN KELUARGA

- Boffman JH, Clark NJM: Can NCAST and HOME assessment scales be used with Hmong refugees? *Pediatr Nurs* 23(3): 235-244, 1997.
- Borders LD, Black LK, Pasley BK: Are adopted children and their parents at greater risk for negative outcomes? *Fam Relations* 47(3): 237-243, 1999.
- Brady N: Instruments for research with families: the Family Environment Scale (FES) and Feetham's Family Function Survey (FFFS), *J Child Fam Nurs* 2(1): 63-67, 1999.
- Brody GH, Flor DL: Maternal resources, parenting practices, and child competence in rural, single-parent African American families, *Child Dev* 69(3): 803-816, 1998.
- Murphy JM and others: The family APGAR and psychosocial problems in children: a report from ASPN and PROS, *J Fam Pract* 46(1): 54-64, 1998.
- Weeks SK, O'Connor PC: The FAMTOOL family health assessment tool, *Rehabil Nurs* 22(4): 188-191, 1997.

PENGKAJIAN NUTRISI

- American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition: *Pediatric nutrition handbook*, ed 4, Elk Grove Village, IL, 1998, The Academy.
- Barlow SE and others: Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendations. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, and the Department of Health and Human Services, *Pediatrics* 102(3): E29, 1998.
- Buzzard IM, Willet WC, editors: First international conference on dietary assessment methods: assessing diets to improve world health, *Am J Clin Nutr* 59(1, suppl): entire issue, 1994.
- Mascarenhas MR and others: Nutritional assessment in pediatrics, *Nutrition* 14(1): 105-115, 1998.
- Schreiner B, Brondum LA: Nutrition in pediatric primary care: assessment and common problems, *Nurse Pract forum* 5(1): 13-23, 1994.

BUKU UNTUK BIBLIOTERAPI

- Howe J: *The hospital book*, New York, 1994, William Morrow.
- A guide to a stay in the hospital, discussing what happens there, the people one meets, what will hurt, and how one gets better and goes home.
- MacLachlan P: *Through grandpa's eyes*, New York, 1980, Harper & Row.
- A young boy learns a different way of seeing the world from his blind grandfather.
- Marino B: *Eric needs stitches*, New York, 1985, Lippincott.
- Although he is afraid, Eric goes to hospital emergency room to get stitches in his knee after a fall.
- Rabe B: *The balancing girl*, New York, 1981, Dutton.
- Margaret balances well in her wheelchair and on her crutches. She balances magic markers and cans for the teachers. When she balances dominoes for the school fair, everyone seeks her skill.
- Rabe B: *Where's Chimpy?*, Niles, IL, 1988, Albert Whitman.
- Text and photographs show Misty, a little girl with Down syndrome, and her father reviewing her day's activities as they search for her stuffed monkey.
- Rey M: *Curious George goes to the hospital*, New York, 1988, Putnam.
- Describes what happens during a stay in the hospital, including some common forms of medical treatment.

SUMBER BUKU UNTUK BIBLIOTERAPI

- Berg PJ, Devlin MK, Gedaly-Duff V: Bibliotherapy with children experiencing loss, *Issues Compr Pediatr Nurs* 4: 37-50, 1980.

- Cohen L: "Here's something I want you to read," *RN* 55 (10): 56-59, 1992.
- Cuddigan M, Hanson MB: *Growing pains: helping children deal with everyday problems through reading*, Ann Arbor, MI, 1988, Books on Demand, (800) 521-0600.
- Doll B, Doll CA: *Bibliotherapy with young people: librarians and mental health professionals working together*, 1997, Libraries Unlimited, PO Box 6633, Englewood, CO 80155-6633, (800) 237-6124.
- Fosson A, Husband E: Bibliotherapy for hospitalized children, *South Med J* 77(3): 342-346, 1984.
- Grindler MC and others: *The right book, the right time: helping children cope*, 1997, Allyn & Bacon, 160 Gould St, Needham Heights, MA 02194, (800) 852-8024 or (781) 455-1200; website: www.abacon.com
- Health, illness and disability: a guide to books for children and young adults*, available from Pediatric Projects, Inc, PO Box 571555, Tarzana, CA 91357-1555, (800) 947-0947; fax: (818) 705-3660, email: medpubl@kaiwan.com.
- Jaywell JF: *Using literature to help troubled teenagers cope with family issues (using literature to help troubled teenagers)*, 1998, Greenwood Publishing Group, Inc, 88 Post Road West, Westport, CT 06881, (800) 225-5800 or (203) 226-3571; website: www.greenwood.com.
- Mohr C and others: *Books that heal: a whole language approach*, 1991, Libraries Unlimited, PO Box 6633, Englewood, CO 80155-6633, (800) 237-6124.
- Pardeck JT, Pardeck JA: *Young people with problems: a guide to bibliotherapy*, 1986, Greenwood Publishing Group, Inc., 88 Post Road West, Westport, CT 06881, (800) 225-5800 or (203) 226-3571; website: www.greenwood.com.
- Pardeck JT, Pardeck JA: *Bibliotherapy: a guide to using books in clinical practice*, 1992, Edwin Mellen Press, 415 Ridge St., Lewiston, NY 14092, (716) 754-2788.
- Pardeck JT, Pardeck JA: *Bibliotherapy: a clinical approach for helping children (special aspects of education)* vol 16, 1993, Gordon & Breach Publishing Group, PO Box 32160, Newark, NJ 07102, (800) 545-8398; website: www.gbhap.com.
- Pardeck JT, Pardeck JA: *Children in foster care and adoption: a guide to bibliotherapy*, 1998, Greenwood Publishing Group, Inc., 88 Post Road West, Westport, CT 06881, (800) 225-5800 or (203) 226-3571; website: www.gbhap.com.
- Pearl P: *Helping children through books in a selected booklist*, 1990, Church & Synagogue Library Assn, PO Box 29357, Portland, OR 97280-0357, (800) 452-2752 or (503) 244-6919; website: www.worldaccessnet.com.
- Philpot JG: *Bibliotherapy for classroom use*, Nashville, 1997, Incentive Publications, (800) 421-2830.
- Senator SL: Crisis stories: helping your child cope with the unusual, *Except Parent* 27(7): 20-23, 1997.
- Wallace NE: Special books for special children, *Child Health Care* 12(1): 34-36, 1983.
- Wiseman, R, Jeffreys C: Bias and error in children's nonfiction books on the paranormal, *Skeptical Inquirer* 21(1): 41-43, 1997.
- Ziegler RG, and others: *Homemade books to help kids cope: an easy-to learn technique for parents and professionals*, 1992, Magination Press, 750 First St NE, Washington DC 20002-4242, (800) 374-2721; website: www.maginationpress.com.

WEBSITES UNTUK BIBLIOTERAPI

- www.amazon.com
- www.ghbooks.com
- www.noble.mass.edu/nobchild/biblio.htm
- www.hpl.hamilton.on.ca/CHILDREN/booklist.htm



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 7-1 PENDEKATAN SPESIFIK SESUAI USIA UNTUK PEMERIKSAAN FISIK SELAMA MASA KANAK-KANAK

Posisi	URUTAN	PERSIAPAN
BAYI Sebelum dapat duduk sendiri: posisi telentang atau telungkup, lebih disukai pada pangkuan orang tua; sebelum usia 4-6 bulan: dapat ditempatkan pada meja pemeriksaan Setelah dapat duduk sendiri: posisikan duduk di pangkuan orang tua kapanpun jika memungkinkan Jika pada meja, lakukan dengan pengawasan penuh orang tua	Jika tenang, auskultasi jantung, paru, abdomen Catat frekuensi jantung dan pernapasan Palpasi dan perkusi pada area yang sama Lakukan pemeriksaan dengan arah dari kepala sampai kaki seperti biasanya Lakukan prosedur traumatik terakhir (mata, telinga, mulut [pada saat menangis]) Lakukan pemeriksaan refleks ketika memeriksa bagian tubuh Lakukan pemeriksaan refleks Moro pada akhir pemeriksaan	Buka pakaian seluruhnya-jika suhu ruangan memungkinkan. Biarkan popok pada bayi laki-laki Dapatkan kerja sama dengan distraksi, objek yang terang, suara-suara gemerincing, berbicara Senyumlah pada bayi; gunakan suara lembut dan pelan Tenangkan bayi dengan botol berisi air gula atau menyusui Gunakan bantuan orang tua untuk memegang bayi ketika memeriksa telinga, mulut Hindari gerakan menyentak dan tiba-tiba
TODLER Duduk atau berdiri dekat/di sisi orang tua. Posisi telungkup/telentang di pangkuan orang tua	Inspeksi area tubuh melalui permainan: "menghitung jari", "menggelitik jari kaki" Lakukan kontak fisik minimal pada awalnya Perkenalkan peralatan secara perlahan-lahan Auskultasi, perkusi, palpasi jika anak tenang Lakukan prosedur traumatik terakhir (seperti pada bayi)	Minta orang tua untuk membuka pakaian luar anak Buka pakaian dalam ketika memeriksa bagian tubuh Izinkan untuk menginspeksi peralatan; mendemonstrasikan penggunaan peralatan biasanya tidak efektif Jika tidak kooperatif, lakukan prosedur dengan cepat Gunakan restrein jika perlu, minta bantuan orang tua Bicarakan tentang pemeriksaan jika kooperatif; gunakan kalimat yang pendek Puji anak untuk perilaku yang kooperatif
ANAK PRASEKOLAH Lebih suka berdiri atau duduk Biasanya kooperatif telungkup/telentang Menginginkan kedekatan orang tua	Jika kooperatif, lanjutkan pemeriksaan dengan arah kepala sampai kaki Jika tidak kooperatif, lakukan hal yang sama seperti pada toddler	Minta anak membuka pakaiannya sendiri Izinkan untuk menggunakan pakaian dalam jika malu Tawarkan peralatan untuk dilihat; dengan singkat tunjukkan cara penggunaannya Buatlah cerita tentang prosedur: "Saya melihat betapa kuatnya ototmu" (tekanan darah) Gunakan teknik boneka kertas Berikan pilihan jika mungkin Harapkan kerja sama; gunakan pernyataan positif: "Buka mulutmu"
ANAK USIA SEKOLAH Lebih suka duduk Kooperatif pada hampir semua posisi Anak yang lebih kecil lebih memilih kehadiran orang tua Anak yang lebih besar mungkin memilih privasi	Lakukan pemeriksaan dengan arah dari kepala sampai kaki Pemeriksaan genitalia dapat dilakukan terakhir pada anak yang lebih besar Hormati kebutuhan untuk privasi	Minta anak membuka pakaiannya sendiri. Izinkan untuk menggunakan pakaian dalam Berikan baju pemeriksaan untuk dipakai Jelaskan tentang kegunaan alat-alat dan pentingnya prosedur pemeriksaan, seperti otoskop untuk melihat gendang telinga, yang penting untuk pendengaran Ajarkan tentang fungsi tubuh dan perawatannya
REMAJA Seperti anak usia sekolah Tawarkan pilihan untuk kehadiran orang tua.	Seperti pada anak usia sekolah	Izinkan untuk membuka pakaian dalam privasi Berikan gaun pemeriksaan Buka hanya daerah yang akan diperiksa Hormati kebutuhan untuk privasi Jelaskan hasil temuan selama pemeriksaan: "Ototmu kokoh dan kuat" Berikan keterangan yang sesuai dengan data tentang perkembangan seksual: "Payudaramu berkembang seperti yang seharusnya" Tekankan perkembangan yang normal pada remaja Periksa genitalia seperti bagian tubuh yang lain; dapat dilakukan terakhir



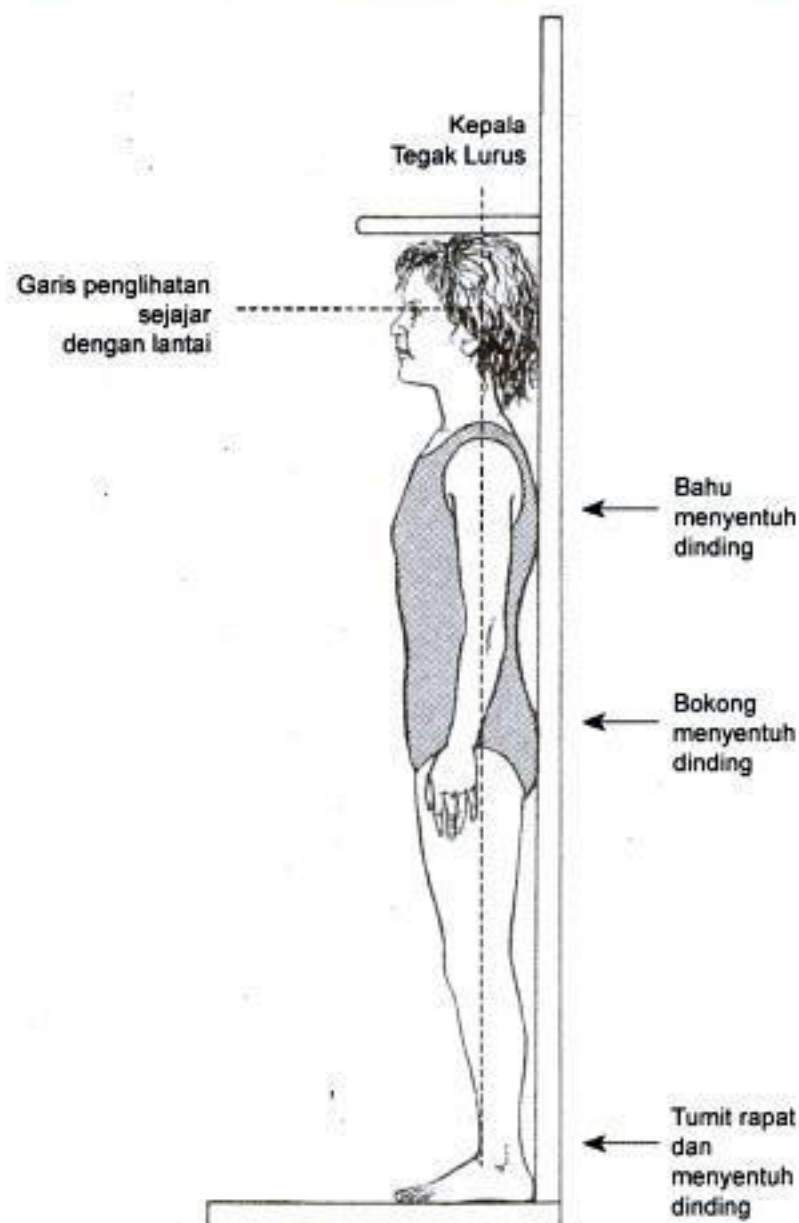
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 7-5 Pengukuran tinggi badan. (Digambar kembali dari Human growth and growth disorders: an update, South San Francisco, 1989, Genentech.)

Jika alat pengukuran tersebut tidak ada, ukur panjang dengan cara meletakkan anak pada permukaan yang telah ditutupi kertas, tandai titik puncak kepala dan tumit kaki, dan ukur antara kedua titik tersebut (Gambar 7-4). Supaya pengukuran akurat, pegang alat tulis dengan sudut tegak lurus terhadap meja ketika menandai titik sefalik; posisikan kaki dengan jari-jari kaki mengarah ke langit-langit ketika menandai titik tumit. Tanpa memerhatikan metode yang digunakan, minta seseorang membantu memegang kepala anak pada garis tengah ketika Anda mengektensikan tungkai dan melakukan pengukuran.

Tinggi

Istilah **tinggi** (atau **tinggi pada saat seseorang berdiri**) dinyatakan sebagai pengukuran yang dilakukan ketika anak berdiri tegak. Tinggi diukur dengan cara meminta anak, dengan melepas sepatu, berdiri setegak dan setinggi mungkin, dengan kepala pada garis tengah dan garis pandang sejajar dengan langit-langit atau lantai. Pastikan



GBR. 7-6 A, Bayi di atas timbangan. B, Todler di atas timbangan. Perhatikan keberadaan perawat untuk mencegah jatuh.

punggung anak menempel pada dinding atau permukaan datar lain, dengan tumit, pantat, dan bagian belakang bahu menyentuh dinding dan jika mungkin maleolus medial (Gambar 7-5). Periksa dan perbaiki lutut yang menekuk, bahu yang turun, atau tumit kaki yang diangkat.

TIP KEPERAWATAN Secara normal tinggi badan berkurang jika diukur pada sore hari dibandingkan pagi hari. Untuk meminimalkan variasi ini, lakukan penekanan ke atas dengan lembut di bawah rahang atau prosesus mastoideus di belakang telinga.

Agar mendapatkan pengukuran yang paling akurat gunakan **stadiometer** (lihat Gambar 7-5). Batang pengukur yang dapat digerakkan dari alat ukur ini akurat hanya jika batang tersebut tetap sejajar dengan lantai dan terletak mantap pada bagian paling atas kepala. Cara menciptakan permukaan yang rata untuk mengukur panjang adalah: tempelkan kertas atau pita dari logam atau tongkat yang panjang pada dinding, posisikan anak berdekatan dengan pita tersebut, dan letakkan objek tiga dimensi, seperti kotak atau buku tebal, pada bagian atas kepala. Letakkan sisi objek tersebut dengan baik pada dinding untuk membentuk sudut tegak lurus. Ukur panjang atau tinggi sampai 1 mm atau 1/8 inci yang terdekat.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 7-3 PERBANDINGAN TEKNIK PENGUKURAN SUHU TUBUH—lanjutan

DESKRIPSI/PROSEDUR	KETERANGAN
TERMOMETER INFRAMERAH Termometer inframerah mengukur radiasi termal dari aksila, saluran telinga, atau membran timpani, hasil pengukuran suhu akan tampak pada layar digital dalam waktu kira-kira 1 detik. Sensor Membran Timpani Masukkan ujung probe termometer secara perlahan-lahan ke dalam saluran telinga yang mengarah ke titik tengah antara alis sisi mata yang lain dan cambang. (Terndrup dan Rajik, 1992). Untuk hasil yang paling akurat, luruskan saluran telinga agar sensor dapat dimasukkan untuk mengukur panas dari gendang telinga, bukan bagian pinggir saluran telinga (lihat Gambar 7-20), lakukan tiga kali pengukuran, dan catat hasil pengukuran tertinggi. Sebagian besar model menggunakan "offsets" atau kalkulasi internal yang mengubah suhu telinga menjadi suhu yang diperkirakan sama dengan suhu oral atau rektal. Sensor Telinga (LighTouch LTX)* Mengukur energi panas inframerah yang memancar dari lubang saluran telinga, memindai saluran telinga untuk melihat hasil pengukuran suhu tertinggi, kemudian mengukur suhu arteri (berhubungan erat dengan suhu inti tubuh atau suhu internal tubuh). Masukkan bagian probe di lubang telinga; ear tug tidak perlu digunakan. Sensor Aksila (LighTouch LTN)* Mengukur energi panas inframerah yang memancar dari aksila. Sentuhkan probe yang telah dilapisi pada aksila, tekan dan lepaskan tombolnya, angkat dan baca.	Tiga tipe termometer inframerah tersedia untuk penggunaan aural: panas timpani, telinga, dan arteri diseimbangkan melalui saluran telinga (AHBE); sering kali alat ini disebut sebagai termometer timpani; semua suhu merupakan refleksi dari suhu arteri (Pompei dan Pompei, 1996). Membran timpani adalah tempat yang sangat baik karena baik gendang telinga dan hipotalamus (pusat pengaturan suhu) diperfusi oleh sirkulasi yang sama. Sensor tidak dipengaruhi oleh tabung penyetara tekanan atau serumen; adanya otitis media supuratif atau nonsupuratif tidak memengaruhi pengukuran secara bermakna (Tomkinson dkk, 1996; Wells dkk, 1995). Suhu lingkungan yang hangat dapat meningkatkan suhu telinga (Henker dan Coyne, 1995). Walaupun sering digunakan dalam fasilitas pediatrik, terutama klinik rawat jalan, perdebatan terus terjadi tentang keakuratan termometer timpani dalam melakukan skrining anak yang sedang demam (Lanham dkk, 1999; Modell dkk, 1998; Prazer 1998; Robinson dkk, 1998). Karena kesulitan dalam penempatan yang benar pada telinga bayi, keakuratannya dapat terpengaruh (Robinson, dkk, 1998). Tersedia dalam dua ukuran; ukuran LighTouch Pedi-Q yang lebih kecil untuk bayi dan toddler. Tidak dapat menghitung secara keseluruhan, oleh karena itu hasilnya hanya untuk suhu arteri (tidak ekuivalen dengan tempat yang lain). Dapat digunakan pada kulit yang basah, dalam inkubator, atau di bawah sinar lampu pemanas, bantal pemanas, atau sumber panas lainnya.
TERMOMETER DIGITAL Terdiri atas probe yang dihubungkan pada chip microprocessor, yang menerjemahkan sinyal-sinyal ke dalam derajat dan mengirimkan hasil pengukuran suhu ke layar digital. Digunakan seperti termometer air raksa oral.	Lebih akurat dan lebih mudah dibaca tetapi lebih mahal daripada termometer air raksa atau termometer strip plastik. Sering sangat berguna ketika diperlukan penggunaannya hanya untuk satu pasien (misalnya pada pasien yang diisolasi).
TERMOMETER TITIK KIMIAWI (LIQUID CRYSTAL SKIN CONTACT THERMOMETER) Penggunaan satu kali pakai, termometer yang fleksibel dengan campuran kimia spesifik dalam setiap lingkaran yang mengubah warna untuk mengukur peningkatan suhu sebanyak 0,2 derajat. Termometer ini memiliki dua tipe: Digunakan seperti termometer air raksa, letakkan dalam mulut (1 menit), aksila (3 menit), atau rektum (3 menit); perubahan warna dapat dibaca 10–15 detik setelah termometer diangkat. Termometer siap pakai yang digunakan secara kontinu, yang ditempatkan di bawah aksila; dapat dibaca dalam 2–3 menit setelah diletakkan dan secara terus-menerus setelahnya; angkat dan ganti setiap 48 jam.	Nilainya dapat lebih rendah pada pengukuran suhu oral dan lebih tinggi pada suhu aksila dibandingkan alat lain (Erickson, Meyer, dan Woo, 1996). Ditemukan akurat dan dapat diandalkan untuk anak dengan dan tanpa demam, terutama untuk suhu di bawah 38° C (Pontious dkk, 1994a, 1994b; Payne dkk, 1994). Lebih mudah dibaca daripada termometer air raksa atau termometer strip plastik. Lebih aman daripada termometer kaca. Baca termometer pada tempat yang jauh dari sumber panas (misalnya lampu pemanas).

berlanjut



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 7-6 PERBEDAAN TD SISTOLIK OSILOMETRIK ANTARA LOKASI LENGAN DAN EKSTREMITAS BAWAH PADA ANAK NORMAL

KELOMPOK USIA (TAHUN)	Td SISTOLIK X (MEAN ± SD)	
	LENGAN – PAHA	LENGAN – BETIS
4 – 8	-7,1 ± 6,8	-9,3 ± 7,4
9 – 16	-2,4 ± 7,7	-5,0 ± 26,9

Dari Park M, Lee D, Johnson, GA: Oscillometric blood pressures in the arm, thigh, and calf in healthy children and those with aortic coarctation, *Pediatrics* 91(4):761-765, 1993.

KEWASPADAAN Keperawatan Bandingkan tekanan darah pada ekstremitas atas dan bawah minimal satu kali untuk mendeteksi keabnormalan, seperti koarktasio aorta, yaitu tekanan ekstremitas bawah lebih kecil daripada tekanan ekstremitas atas.

Pengukuran dan interpretasi. Pengukuran dan interpretasi TD pada bayi dan anak-anak memerlukan perhatian tambahan terhadap prosedur yang tepat karena (1) ukuran tungkai bervariasi dan pemilihan manset harus sesuai dengan lingkaran tungkai; (2) tekanan berlebihan pada fosa antecubiti memengaruhi suara Korotkoff; (3) anak mudah menjadi cemas, yang dapat meningkatkan TD; dan (4) TD berubah seiring usia dan pertumbuhan.

Usia, tinggi badan, berat badan, dan massa tubuh telah memperlihatkan hubungan yang sangat erat dengan TD (NIH, 1996). Penelitian baru-baru ini menunjukkan bahwa tinggi badan merupakan indeks kematangan yang paling tepat daripada berat badan untuk digunakan dengan data normatif TD dan harus dipertimbangkan ketika mengevaluasi TD anak. Tersedia tabel saat ini yang menunjukkan – jika tinggi badan diperhitungkan – bahwa lebih banyak anak yang pendek (persentil ke-10 untuk tinggi yang spesifik dengan usia) dan lebih sedikit anak yang tinggi (persentil ke-90 untuk tinggi yang spesifik dengan usia) cenderung diklasifikasikan mengalami hipertensi. (Lihat bagian belakang sampul untuk Tabel TD).

Walaupun teknik pengukuran tekanan darah anak pada umumnya sama dengan yang digunakan pada orang dewasa (lihat Kotak Pedoman), beberapa hal terkait prosedur tersebut sangat penting. Karena anak mudah sekali merasa kesal dengan prosedur yang tidak dikenal, persiapkan mereka untuk pengukuran TD. Untuk anak usia prasekolah atau lebih, jelaskan setiap langkah dari prosedur dan beri tahu mereka bagaimana manset akan terasa, seperti perasaan terikat kuat atau pelukan lengan. Gunakan penjelasan seperti “Saya ingin melihat seberapa kuat ototmu” atau “Mari kita perhatikan kenaikan warna perak dalam tabung ini”.

Karena anak harus tenang dan relaks selama prosedur, ukur tekanan darah sebelum melakukan prosedur lain yang dapat menimbulkan kecemasan. Bayi dan anak yang lebih kecil mungkin lebih tenang jika pemeriksaan dilakukan ketika mereka duduk di pangkuan orang tuanya.

PEDOMAN

Pemeriksaan Tekanan Darah

Gunakan ukuran manset yang sesuai.

Gunakan posisi yang sama, lebih baik duduk, dan lengan kanan untuk lokasi arteri brakialis (Gbr. 7-8 dan 7-9, A).

Gunakan lokasi alternatif sesuai dengan kebutuhan untuk menyesuaikan dengan ukuran manset yang tersedia.

Gunakan ukuran yang lebih kecil pada lengan bawah: letakkan manset di atas pergelangan tangan dan auskultasi arteri radialis (Gbr. 7-9, B).

Gunakan ukuran yang lebih besar pada paha: letakkan manset di atas lutut dan auskultasi arteri poplitea (Gbr. 7-9, C).

Gunakan ukuran yang lebih besar pada betis: letakkan manset di atas maleolus atau pada pertengahan betis dan auskultasi arteri tibialis posterior atau arteri dorsalis pedis (Gbr. 7-9, D).

Posisikan tungkai sejajar dengan jantung.

Dengan cepat kembangkan manset sampai kira-kira 20 mm Hg di atas titik tempat nadi radialis mulai tidak teraba.

Lepaskan tekanan manset dengan kecepatan 2 sampai 3 mm Hg/detik selama melakukan auskultasi arteri.

Baca manometer air raksa sejajar dengan mata.

Catat nilai sistolik pada saat suara detak nadi terdengar (bunyi Korotkoff pertama [K1]).

Catat tekanan diastolik pada saat:

Bunyi Korotkoff ke empat (K4) (bunyi desiran nada rendah) pada anak sampai usia 12 tahun.

Bunyi Korotkoff ke lima (K5) (menghilangnya semua bunyi) pada anak berusia 13 sampai 18 tahun.

Catat pula tungkai, posisi, ukuran manset, dan metode pengukuran.

Jika menggunakan monitor elektronik, ikuti instruksi dan petunjuk pabrik untuk pedoman ukuran manset yang tepat.

Dengan alat osilometer (misalnya Dinamap), ke empat area pada tungkai dapat digunakan, tetapi gunakan paha paling terakhir karena lokasi tersebut merupakan yang paling tidak nyaman.

Stabilisasi tungkai selama pengempesan manset karena pergerakan mengganggu kemampuan alat untuk mengukur tekanan darah secara akurat.

Gunakan stetoskop pediatrik dan bel/bell untuk mendengar bunyi TD pada anak kecil dan bayi. Jika auskultasi tidak mungkin dilakukan, dapatkan nilai tekanan sistolik dengan palpasi; ukur titik pada saat nadi radialis atau brakialis teraba kembali ketika manset dikempiskan. TD harus diukur dua kali, dan rata-rata pengukuran harus dicatat (NIH, 1996).

Hasil pengukuran TD rata-rata pada berbagai usia selama masa kanak-kanak dengan menggunakan sfingomanometer terdapat pada bagian dalam sampul belakang, dan hasil pengukuran dengan menggunakan osilometri terdapat dalam Tabel 7-7. TD **normal** didefinisikan sebagai TD sistolik dan diastolik kurang dari persentil ke-90 berdasarkan usia dan jenis kelamin. (Lihat juga Hipertensi, Bab 25).

KEWASPADAAN Keperawatan Terbitan nilai normal TD, seperti yang terdapat dalam sampul belakang buku ini, valid hanya jika digunakan metode pengukuran yang sama (auskultasi dan panjang tungkai untuk ukuran manset) dalam praktik klinis.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

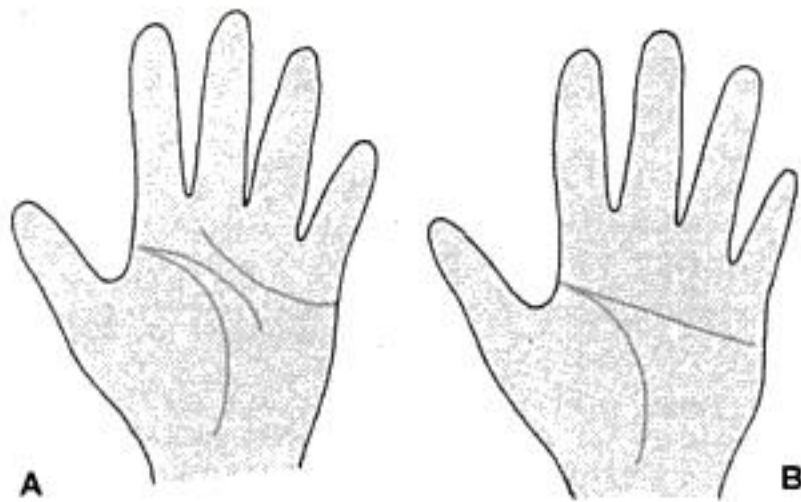


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

yang kecil, tidak nyeri, dan hangat biasanya normal. Kelenjar limfe yang terasa nyeri, membesar, dan dapat digerakkan biasanya menandakan infeksi atau inflamasi yang dekat dengan lokasi kelenjar tersebut. Laporkan hasil temuan tersebut untuk pemeriksaan lebih lanjut.



GBR. 7-10 Contoh garis lengkung pada telapak tangan. A. Normal, B, Garis transpalmar.

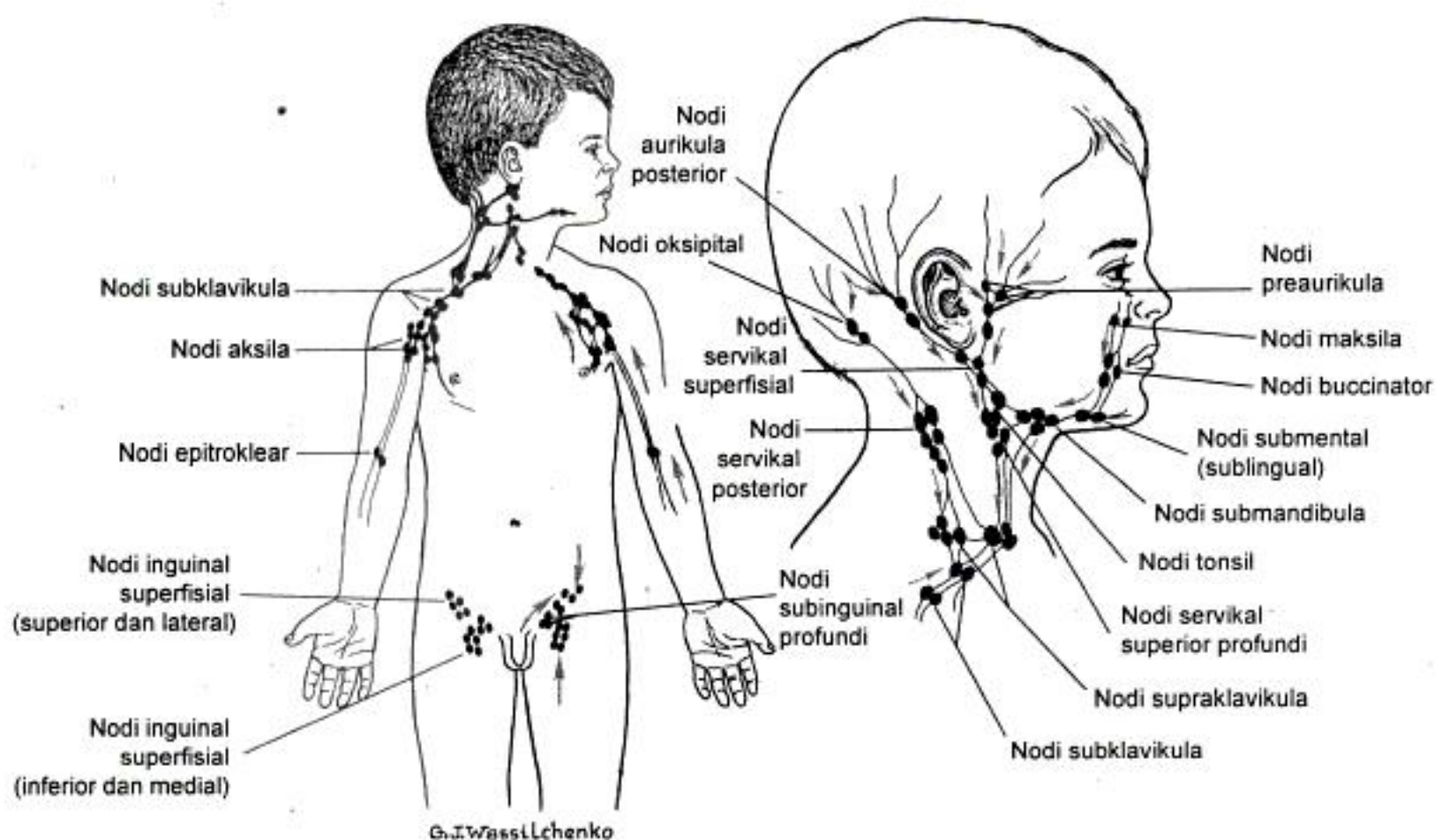
KEPALA DAN LEHER

Observasi **bentuk** dan **simetris** kepala secara umum. Adanya pendataran pada satu sisi kepala, seperti ubun-ubun kecil, dapat mengindikasikan bahwa anak terus-menerus berbaring pada posisi yang sama. Tanda asimetris biasanya abnormal dan dapat mengindikasikan penutupan prematur sutura (kraniosinostosis).

Catat **kontrol kepala** pada bayi dan **postur kepala** pada anak yang lebih besar. Sebagian besar bayi yang berusia 4 bulan harus mampu menahan kepala pada saat diangkat dan di garis tengah ketika berada pada posisi vertikal.

KEWASPADAAN Keperawatan Terkulainya kepala secara signifikan setelah usia 6 bulan secara kuat mengindikasikan adanya cedera serebral dan harus dirujuk untuk pemeriksaan lebih lanjut.

Evaluasi rentang gerak dengan meminta anak yang lebih besar untuk melihat ke setiap arah (ke kiri, kanan, atas, dan bawah) atau secara manual lakukan pada anak yang lebih kecil untuk setiap posisi. Keterbatasan rentang gerak dapat mengindikasikan adanya **wryneck** atau **torticollis**, sebagai akibat dari cedera otot sternokleidomastoideus yaitu anak menahan kepala ke satu sisi dengan dagu mengarah ke posisi yang berlawanan.



GBR. 7-11 Lokasi kelenjar limfe superfisial. Tanda panah menunjukkan arah aliran limfe.



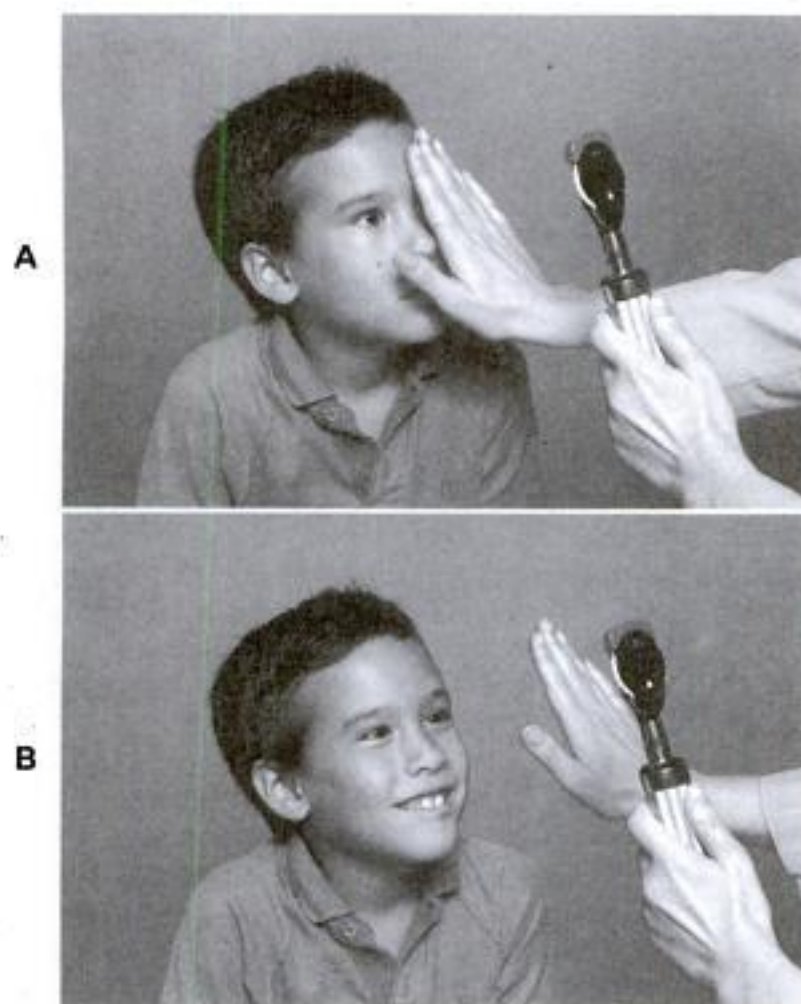
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 7-15 Uji buka tutup untuk mendeteksi ambliopia pada pasien strabismus. **A.** Mata ditutupi, dan anak tetap menatap pada sumber cahaya. **B.** Jika mata tidak bergerak ketika tidak ditutupi berarti mata sejaris. **C.** Eksoforia. Ketika mata tidak ditutupi, mata tersebut bergerak untuk memfiksasi suatu objek. (C dari Prior JA, Silberstein JS, Stang JM: *Physical diagnosis: the history and examination of the patient*, ed 6, St. Louis, 1981, Mosby)

Pada anak yang lebih tua, **uji stereoskopi acak-titik-E** dapat digunakan untuk mengkaji stereoakuitas (persepsi kedalaman). Uji ini lebih cenderung untuk mendeteksi derajat yang lebih kecil ketidakseimbangan otot-otot mata. Kartu uji acak titik E diletakkan 16 inci dari mata anak. Anak menggunakan kacamata stereoskopi sambil melihat lurus ke depan pada kartu tersebut. Susunan kartu terdiri atas kartu kosong, satu kartu dengan huruf **E** tegak, dan satu kartu dengan huruf **E** terbalik. Kartu dipegang tegak lurus di depan anak, yang diminta untuk mengidentifikasi kartu **E**. Kartu **E** harus diletakkan secara acak, tampilan kartu berganti-ganti dari sebelah kanan, kiri, bawah, kanan, atas, dan kiri huruf tersebut. Untuk lulus dari tes ini, anak harus mengidentifikasi huruf **E** secara benar 4 kali dari 6 kali percobaan.

Uji ketajaman penglihatan pada anak setelah masa bayi. Uji yang paling umum untuk mengukur ketajaman penglihatan adalah **Snellen chart**, yang terdiri atas deretan huruf dengan ukuran yang semakin mengecil (lihat Apendiks C). Selama pengujian, American Academy of Pediatrics (1996) sekarang merekomendasikan agar anak berdiri 3 meter dari **Snellen chart** dengan tumit pada garis 3 meter. Ketika skrining keakuratan penglihatan pada anak, mata kanan anak diperiksa terlebih dahulu dengan menutup mata kiri. Anak yang menggunakan kacamata harus diperiksa dengan menggunakan lensa. Katakan pada anak untuk membiarkan kedua mata tetap terbuka selama pemeriksaan. Jika anak gagal pada baris yang pertama, pindahlah pada baris yang lebih besar di atasnya. Teruskan membaca sampai ditemukan baris yang dapat dibaca semuanya oleh anak. Kemudian mulailah turun lagi untuk membaca baris yang berada di bawahnya sampai anak gagal membaca baris tersebut. Untuk dapat melewati setiap baris, anak tersebut harus mengidentifikasi secara benar 4 dari 6 simbol yang ada pada baris tersebut. Ulangi prosedur di atas dengan menutup mata kanan. Tabel 7-9 mencantumkan daftar pemeriksaan skrining penglihatan untuk anak dan pedoman rujukan yang dianjurkan oleh *American Academy of Pediatrics* (1996).

Untuk anak yang tidak mampu membaca huruf atau angka, uji **E terbalik** atau **HOTV** sangat berguna (Coats dan Jenkins, 1997). Uji **E terbalik** menggunakan huruf kapital **E** untuk menunjuk dalam empat arah yang berbeda. Anak kemudian diminta untuk menyebutkan ke arah mana huruf **E** tersebut menghadap. Uji **HOTV** terdiri atas grafik di dinding yang tersusun dari huruf **Hs, Os, Ts, dan Vs**. Anak diberikan sebuah papan yang memiliki huruf **H, O, T, V** yang besar. Pemeriksa menunjuk suatu huruf pada grafik di dinding, dan anak mencocokkan huruf yang benar pada papan yang dipegangnya. **E terbalik** dan **HOTV** adalah uji yang sangat baik untuk anak usia prasekolah. Ketika anak tidak mampu melakukan uji **E terbalik** atau **HOTV**, simbol **LH** atau uji kartu Allen dapat digunakan. Uji kartu Allen menggunakan gambar-gambar yang umum untuk menguji penglihatan anak. Penting bagi pemeriksa untuk mengkaji apakah anak dapat mengidentifikasi gambar-gambar tersebut sebelum pengujian penglihatan yang sebenarnya. Pemeriksa berjalan ke belakang secara perlahan-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

pembesar, dan spekulum. Beberapa otoskop memiliki suatu sambungan ke alat pneumonik untuk memasukkan udara ke dalam saluran telinga untuk menentukan pengembangan (pergerakan) membran. Spekulum, yang dimasukkan ke dalam saluran eksterna, terdiri atas berbagai variasi ukuran untuk mengakomodasi lebar saluran yang berbeda-beda. Spekulum terbesar yang cocok dan nyaman di dalam telinga digunakan untuk mencapai area visualisasi terbesar. Lensa, atau kaca pembesar, dapat digerakkan, sehingga memungkinkan pemeriksa memasukkan sebuah objek, seperti kuret, ke dalam saluran telinga melalui spekulum sambil masih mengamati struktur dalam telinga melalui lensa.

Posisi anak. Sebelum memulai pemeriksaan otoskopik, posisikan anak dengan tepat dan lakukan restrein jika diperlukan. Anak yang lebih tua biasanya kooperatif dan tidak perlu restrein. Walaupun demikian, siapkan anak untuk prosedur tersebut dengan mengizinkan anak bermain dengan instrumen, mendemonstrasikan bagaimana kerjanya, dan menekankan pentingnya tetap diam selama pemeriksaan. Saran yang sangat membantu adalah membiarkan anak mengobservasi Anda memeriksa telinga orang tuanya. Restrein diperlukan untuk anak yang lebih kecil karena pemeriksaan telinga membuat mereka rewel (lihat kotak Asuhan Atraumatik).

Ketika Anda memasukkan spekulum ke dalam meatus, gerakan spekulum di sekitar telinga bagian luar untuk membiasakan anak merasakan sesuatu yang memasuki telinganya. Jika Anda memeriksa telinga yang sedang sakit, sentuh bagian yang tidak menimbulkan nyeri dari telinga yang sakit, kemudian periksa telinga yang tidak sakit, dan akhirnya kembali pada telinga yang sakit. Dengan demikian biasanya, anak berkurang rasa takutnya pada hal-hal yang dapat menimbulkan rasa tidak nyaman pada telinganya dan akan lebih kooperatif.

Untuk perlindungan dan keamanan, bayi dan toddler harus direstrein untuk pemeriksaan otoskopi. Terdapat dua posisi umum untuk restrein. Pertama, anak didudukkan pada pangkuan orang tua dengan satu tangan "memeluk" orang tuanya dan tangan yang lain di sampingnya. Telinga yang akan diperiksa menghadap ke arah perawat. Dengan satu tangan orang tua memegang kepala anak dengan lembut pada dada orang tuanya, dan dengan tangan yang lain "memeluk" anak, sambil mengamankan lengan anak yang bebas. Telinga diperiksa dengan menggunakan prosedur yang sama untuk memegang otoskop yang akan dijelaskan kemudian (Gbr. 7-17, A).

Kedua, menempatkan anak pada posisi miring, telentang, atau telungkup dengan tangan pada bagian pinggir dan kepala menghadap ke atas sehingga telinga yang akan diperiksa mengarah ke langit-langit. Membungkuklah ke arah anak dan gunakan bagian tubuh atas untuk melakukan restrein pergerakan lengan dan tubuh anak bagian atas, dan tangan yang memeriksa untuk menstabilkan kepala. Posisi ini dilakukan pada bayi atau anak yang lebih tua yang memerlukan restrein minimal, tetapi hal ini tidak mungkin untuk anak lain yang berontak sangat kuat. Demi keamanan, minta bantuan orang tua atau asisten dalam mengimobilisasi



A



B

GBR. 7-17 Posisi untuk merestrein anak, A, dan bayi, B, selama pemeriksaan otoskopi

bilisasi kepala dengan cara meletakkan satu tangan secara kuat di atas telinga dan tangan yang lain di sisi tubuh, abdomen, atau punggung anak (Gbr. 7-17, B).

Jika anak kooperatif, periksa telinga dengan anak dalam posisi tidur miring, duduk, atau berdiri. Satu kerugian posisi berdiri adalah anak mungkin dapat "berjalan" ketika otoskop memasuki saluran. Jika anak berdiri atau duduk, angkat kepala anak sedikit ke arah bahu yang berlawanan untuk mendapatkan hasil yang lebih baik untuk melihat gendang telinga (Gbr. 7-18).

Dengan ibu jari dan telunjuk tangan yang bebas (biasanya tangan yang tidak dominan), pegang aurikula. Untuk kedua posisi restrein tersebut, pegang otoskop dengan posisi bagian atas di bawah di sambungan kepala dan pegangannya dengan ibu jari dan jari telunjuk. Tempatkan jari yang lain menempel pada kepala anak untuk me-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

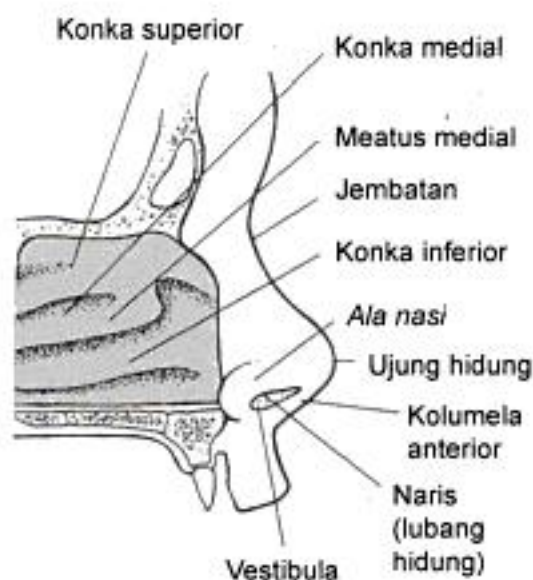


You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 7-10 UJI KESELARASAN PENDENGARAN DAN MEMBRAN TIMPANI TERPILIH* (lanjutan)

DESKRIPSI	KETERANGAN
BRAINSTEM-AUDITORY EVOKED RESPONSE (BAER) Melalui elektroda, kabel ditempelkan pada kepala bayi atau anak, potensial gelombang listrik atau gelombang otak yang dihasilkan dalam sistem pendengaran ditransmisikan ke suatu komputer untuk dianalisis. Setelah stimulasi akustik yang berulang-ulang, bentuk gelombang dari bayi yang tidur normal atau bayi yang diam terdiri atas beberapa puncak dan lembah yang merefleksikan aktivasi struktur neural otak.	Memerlukan peralatan yang mahal dan personel yang dilatih secara khusus.

* Anak yang dicurigai menderita kehilangan pendengaran karena penampilan yang buruk pada saat menggunakan tes skrining dirujuk untuk pengujian audiometri khusus atau BAER.



GBR. 7-21 Gambaran kontur eksterna dan struktur interna hidung.

cuping hidung, yang menandakan kesulitan dalam bernapas. Selalu laporkan jika ada penapasan cuping hidung pada alae nasi. Gambar 7-21 mengilustrasikan tanda batas yang biasa digunakan dalam menggambarkan struktur eksterna hidung.

Inspeksi Struktur Interna

Inspeksi vestibula anterior hidung dengan mendorong ujung hidung ke atas, mengangkat hidung ke arah belakang, dan menyinari lubang hidung dengan senter atau otoskop tanpa menempelkan spekulum telinga.

Perhatikan **warna lapisan mukosa**, yang normalnya berwarna lebih merah daripada membran oral, juga perhatikan adanya pembengkakan, keluaran, kekeringan, atau perdarahan. Normalnya, tidak terdapat keluaran dari hidung.

Pada saat melihat hidung lebih dalam, inspeksi **konka**, lempengan tulang yang menonjol ke dalam rongga hidung

ASUHAN ATRAUMATIK

Mendorong Anak Membuka Mulut untuk Pemeriksaan

Lakukan pemeriksaan di depan cermin.

Sebelumnya biarkan anak memeriksa mulut orang lain, seperti mulut orang tua, perawat, atau boneka (Gbr. 7-22, A), kemudian periksa mulut anak.

Instruksikan anak untuk mengangkat kepalanya sedikit ke belakang, bernapas dalam melalui mulut, dan tahan napas; tindakan ini dapat menurunkan lidah ke dasar mulut tanpa menggunakan spatel lidah.

Mengusap palatum secara lembut dengan apusan kapas juga dapat membuka mulut untuk pengkajian.

dan diselimuti oleh membran mukosa. Konka meningkatkan area permukaan rongga hidung dengan sangat besar ketika udara dihirup. Ruang atau saluran di antara konka disebut **meatus** dan berhubungan dengan ketiga konka. Secara normal, ujung bagian depan konka inferior dan medialis dan meatus tengah terlihat. Warna ketiga bagian tersebut harus sama dengan lapisan vestibula.

Inspeksi **septum**, yang seharusnya membagi vestibula dengan sama. Perhatikan apakah ada deviasi, terutama jika deviasi menyebabkan sumbatan pada salah satu lubang hidung. Perforasi dapat terjadi di dalam septum. Jika dicurigai terdapat perforasi, sorotkan cahaya otoskop ke dalam salah satu lubang hidung dan lihat adanya cahaya yang tembus ke lubang hidung yang lain akibat perforasi.

Karena penciuman adalah fungsi hidung yang penting, pengujian penciuman dapat dilakukan pada saat inspeksi ini atau sebagai bagian dari pengkajian saraf kranial (lihat Tabel 7-11).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



PEDOMAN

Auskultasi yang Efektif

Pastikan anak relaks dan tidak menangis, berbicara, atau tertawa. Catat jika anak menangis.
Periksa bahwa ruangan tersebut nyaman dan tenang.
Hangatkan stetoskop sebelum meletakkannya pada kulit anak.
Gunakan tekanan yang lembut pada bagian dada tetapi tidak terlalu kuat untuk mencegah vibrasi dan transmisi suara.
Hindari meletakkan stetoskop di atas rambut atau pakaian, menggesernya di atas kulit, bernapas pada selangnya, atau menggerakkan jari di atas bagian dada, yang dapat menyebabkan suara menyerupai temuan patologis yang salah.
Gunakan pendekatan yang simetris dan berurutan untuk membandingkan suaranya.



ASUHAN ATRAUMATIK

Mendorong Napas Dalam

Minta anak untuk " meniup " lampu pada otoskop atau senter saku; diam-diam, matikan cahaya pada upaya terakhir sehingga anak merasa berhasil.
Letakkan bola kapas pada telapak tangan anak; minta anak untuk meniup bola tersebut ke udara dan minta orang tua untuk menangkapnya.
Tempatkan kertas tisu pada bagian atas pensil dan minta anak untuk meniup tisu tersebut.
Minta anak untuk meniup roda mainan, terompet pesta, atau gelembung sabun.

dan turun bersama-sama. Selalu laporkan adanya ketidak-simetrisan pergerakan.

Ketika menginspeksi permukaan kulit dada, observasi posisi **puting**, serta tanda-tanda **perkembangan payudara**. Secara normal, puting susu terletak sedikit lateral dari garis midklavikula antara kostal ke empat dan ke lima. Perhatikan kesimetrisan posisi puting dan bentuk aerola yang berpigmentasi lebih gelap di sekeliling puting yang datar pada anak prapubertas.

Perkembangan payudara pubertas biasanya dimulai antara usia 10 dan 14 tahun pada anak perempuan (lihat Bab 16). Catat perkembangan payudara yang terlalu cepat (prekoks) atau terlambat, juga tanda-tanda perkembangan karakteristik seksual sekunder yang lainnya. Pada laki-laki, **pembesaran payudara (ginekomastia)** dapat disebabkan oleh gangguan hormonal atau sistemik, tetapi lebih umum disebabkan oleh jaringan adiposa akibat obesitas atau perubahan tubuh sementara selama masa pubertas awal. Dalam kedua situasi ini, selidiki perasaan anak tentang pembesaran payudaranya.

Pada remaja perempuan yang telah mencapai kematangan seksual, palpasi payudara apakah ada massa atau nodula yang keras. Gunakan kesempatan ini untuk mendiskusikan pentingnya pemeriksaan payudara sendiri secara rutin. Tekankan bahwa sebagian besar massa yang dapat

KOTAK 7-3 KLASIFIKASI SUARA NAPAS NORMAL

SUARA NAPAS VESIKULAR

Terdengar pada semua permukaan paru, dengan pengecualian pada area intraskapular bagian atas dan area di bawah manubrium.
Inspirasi terdengar lebih keras, lebih panjang, dan lebih tinggi bunyinya daripada ekspirasi.
Bunyinya lembut, seperti suara mendesir.

SUARA NAPAS BRONKOVESIKULAR

Terdengar di atas manubrium dan di daerah intraskapular bagian atas tempat terdapat percabangan trakea dan bronkus.
Inspirasi lebih kuat dan lebih tinggi nadanya daripada pernapasan vesikular.

SUARA NAPAS BRONKIAL

Terdengar hanya pada trakea dekat takik suprasternal.
Fase inspirasi lebih pendek, dan fase ekspirasi lebih panjang.

dipalpasi adalah jinak untuk menurunkan rasa ketakutan atau kekhawatiran yang terjadi saat teraba massa.

PARU

Paru terletak dalam rongga toraks, dengan satu paru pada setiap sisi sternum. Setiap paru terbagi menjadi satu **apeks**, yang agak meruncing dan agak tinggi dari iga pertama; **basal paru**, yang lebar dan cembung serta menempel pada diafragma yang berbentuk lengkungan setengah lingkaran; dan **lobus paru**, yang dibagi ke dalam lobus-lobus. Paru kanan terdiri atas tiga lobus: atas, tengah, dan bawah. Paru kiri hanya memiliki dua lobus, atas dan bawah, karena ruangnya diisi oleh jantung (Gbr. 7-27).

Inspeksi paru terutama meliputi observasi pergerakan pernapasan, seperti yang dibahas sebelumnya. Evaluasi kecepatan (jumlah per menit), irama (teratur, tidak teratur, atau periodik), kedalaman (dalam atau dangkal), dan kualitas pernapasan (tanpa usaha, otomatis, sulit, atau dengan usaha). Perhatikan karakter bunyi napas, seperti suara berisik, suara yang rendah dan kasar, mendengkur, atau berat.

Evaluasi pergerakan pernapasan dengan meletakkan ke dua telapak tangan mendatar pada bagian punggung atau dada dengan ke dua ibu jari berada pada garis tengah sepanjang pinggir iga bagian bawah paru. Anak harus duduk selama prosedur ini dan, jika kooperatif, anak harus menarik napas dalam beberapa kali. Selama pernapasan, tangan Anda akan bergerak seiring dinding dada. Kaji jumlah dan kecepatan selama pernapasan dan perhatikan apakah ada ketidaksimetrisan pergerakan.

Pemeriksa yang berpengalaman dapat melakukan perkusi pada paru. Paru anterior dipercusi dari bagian apeks ke basal paru, biasanya dengan anak pada posisi telentang atau posisi duduk. Setiap sisi dada dipercusi dengan urutan yang sesuai untuk membandingkan bunyinya. Ketika paru posterior dipercusi, prosedur dan urutannya sama, walaupun anak harus duduk. Resonansi terdengar pada semua lobus paru yang tidak berada dekat dengan organ lain. Adanya deviasi suara dicatat dan dilaporkan.



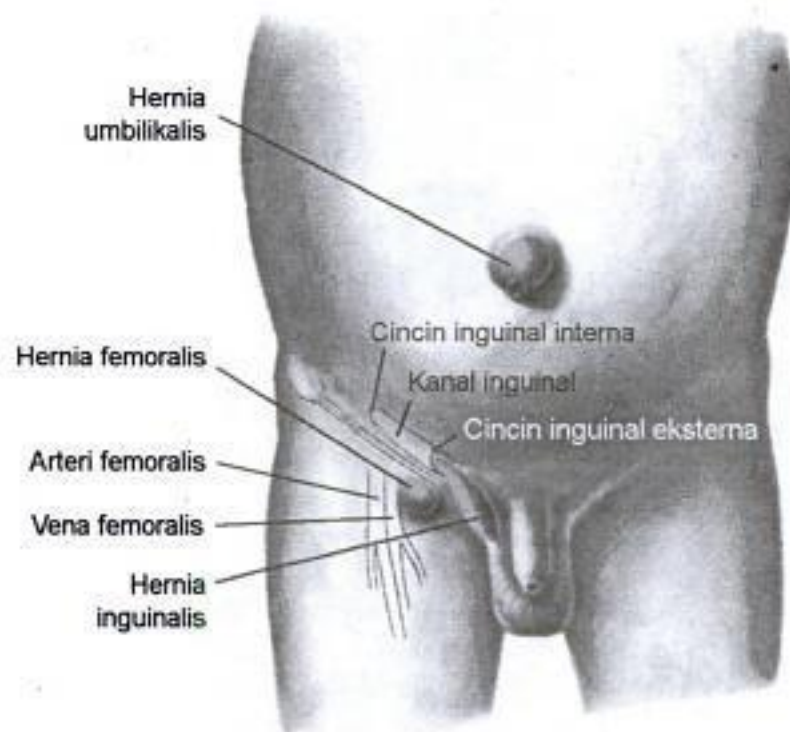
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 7-32 Lokasi hernia.

kantong tersebut untuk mengetahui isi abdomen dan perkiraan ukuran kira-kira lubang tersebut. **Hernia umbilikal**is umum terjadi pada bayi, terutama pada anak kulit hitam.

Hernia dapat terjadi di tempat lain pada dinding abdomen (Gbr. 7-32). **Hernia inguinalis** merupakan tonjolan peritoneum melalui dinding abdomen dalam saluran inguinalis. Hal tersebut terjadi paling sering pada laki-laki, sering kali bilateral, dan dapat dilihat sebagai massa pada skrotum. Untuk mengetahui lokasi hernia, masukkan jari kelingking ke dalam cincin inguinal eksterna pada bagian dasar skrotum dan minta anak untuk batuk. Jika terdapat hernia, hal tersebut akan mengenai ujung jari pada saat anak batuk.

TIP KEPERAWATAN Jika anak terlalu kecil untuk batuk, minta anak meniup sebuah balon atau tertawa untuk meningkatkan tekanan intraabdomen secukupnya untuk memperlihatkan adanya hernia inguinalis.

Hernia femoralis, yang terjadi lebih sering pada perempuan, dapat dirasakan atau terlihat sebagai massa kecil pada bagian permukaan anterior paha tepat di bawah ligamen inguinal dalam kanal femoral (kemungkinan terdapat kantong pada bagian medial arteri femoralis). Rasakan adanya hernia dengan meletakkan jari telunjuk tangan kanan Anda pada nadi femoralis kanan anak tersebut (tangan kiri untuk nadi kiri) dan jari manis datar menempel pada kulit ke arah garis tengah.

Jari manis terletak di atas kanal femoralis, tempat herniasi terjadi. Palpasi hernia dalam regio pelvis sering merupakan bagian dari pemeriksaan genitalia.

ASUHAN ATRAUMATIK

Meningkatkan Relaksasi Selama Palpasi Abdomen

Posisikan anak dengan nyaman, seperti posisi setengah duduk pada pangkuan orang tua, dengan lutut fleksi. Hangatkan tangan sebelum menyentuh kulit anak. Gunakan distraksi, seperti bercerita atau berbicara pada anak.

Ajari anak melakukan napas dalam dan berkonsentrasi pada suatu objek.

Berikan botol atau dot pada bayi.

Mulai dengan palpasi ringan, superfisial, dan secara bertahap, lalu palpasi yang lebih dalam.

Palpasi area yang nyeri atau sakit terakhir kali.

Minta anak memegang tangan orang tuanya dan menggenggam kuat jika palpasi dirasakan tidak nyaman. Gunakan tangan yang tidak melakukan palpasi untuk menyamankan anak, seperti menempatkan tangan yang bebas pada bahu anak ketika melakukan palpasi abdomen.

Untuk meminimalkan sensasi geli selama palpasi:

Minta anak untuk "membantu" palpasi dengan cara meletakkan tangan mereka di atas tangan pemeriksa yang melakukan palpasi.

Minta meletakkan tangan mereka pada abdomen dengan jari-jari terbuka lebar, dan palpasi di antara jari-jari mereka.

Auskultasi

Temuan paling penting untuk didengarkan adalah **peristalsis**, atau **bising usus**, yang bunyinya seperti logam pendek beradu dan seperti orang berkumur. Frekuensinya per menit harus dicatat (misalnya 5 kali/menit). Bising usus dapat distimulasi dengan cara menggetarkan permukaan abdomen dengan kuku jari tangan. Catat tidak adanya bising usus atau hiperperistalsis karena kedua hal tersebut menunjukkan adanya gangguan abdomen.

Palpasi

Dua tipe palpasi dilakukan: superfisial dan dalam. Pada **palpasi superfisial**, dengan lembut tempatkan tangan Anda pada kulit dan rasakan setiap kuadran, perhatikan adanya area yang terasa nyeri, tonus otot, dan lesi superfisial, seperti kista. Karena palpasi superfisial sering dirasakan seperti menggelitik, beberapa teknik dapat digunakan untuk meminimalkan sensasi ini dan memberikan relaksasi (lihat kotak Asuhan Atraumatik). Tindakan memperingatkan anak untuk berhenti tertawa justru hanya akan memusatkan perhatian pada sensasi tersebut dan mengurangi kerja sama.

Palpasi dalam digunakan untuk melakukan palpasi organ dan pembuluh darah besar dan mendeteksi massa serta nyeri tekan yang tidak dapat ditemukan selama palpasi superfisial. Palpasi biasanya dimulai pada kuadran bawah dan terus ke atas untuk menghindari tidak terpalpasinya bagian tepi hati, atau limpa yang membesar. Kecuali untuk



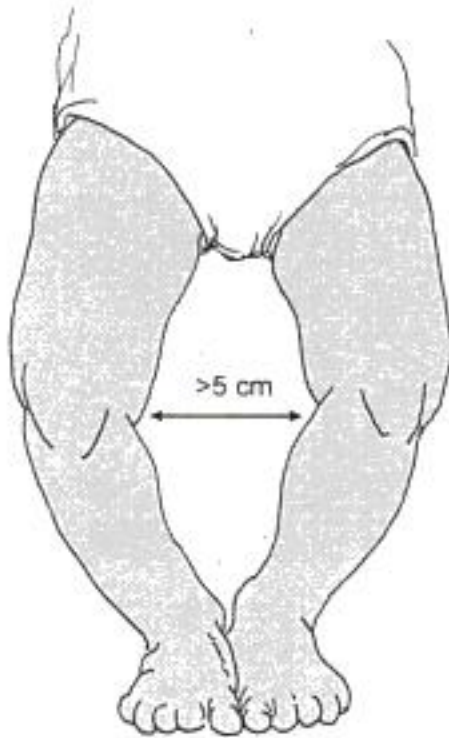
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



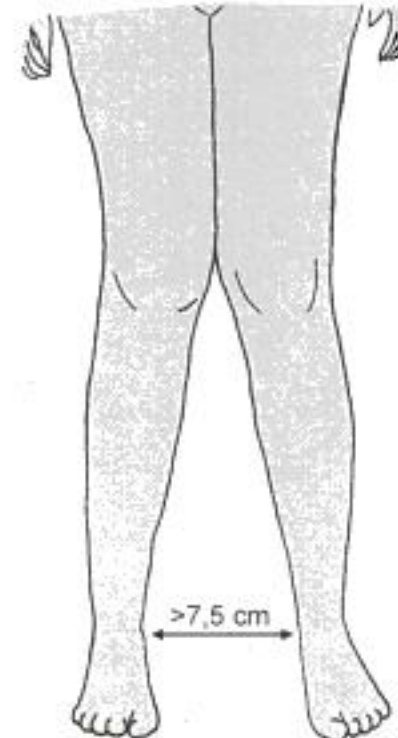
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 7-37 Bowleg.



GBR. 7-38 Knock-knee.

Walaupun demikian, mobilitas dapat diuji dengan cara meminta anak untuk duduk dari posisi telungkup atau melakukan latihan *sit-up* yang dimodifikasi.

Pergerakan spina servikal merupakan tanda diagnostik penting masalah neurologis, seperti meningitis. Normalnya, pergerakan kepala pada semua arah tanpa memerlukan upaya yang keras.

KEWASPADAAN Keperawatan Hiperekstensi leher dan spina atau *opisthotonos*, yang disertai dengan nyeri ketika kepala fleksi, selalu dirujuk untuk evaluasi medis segera.

Ekstremitas

Inspeksi kesimetrisan panjang dan ukuran masing-masing ekstremitas; rujuk setiap deviasi untuk evaluasi ortopedik. Hitung jumlah jari tangan dan kaki untuk meyakinkan jumlahnya normal. Adanya jari tambahan (*polidaktili*) atau fusi jari (*sindaktili*) sering tidak diperhatikan.

Inspeksi **suhu** dan **warna** lengan dan kaki, yang harus sama pada setiap ekstremitas, walaupun kaki normalnya lebih dingin daripada tangan.

Kaji **bentuk** tulang. Beberapa variasi bentuk tulang dapat diobservasi pada anak. Walaupun banyak dari bentuk tulang tersebut menimbulkan kekhawatiran orang tua, sebagian besar jinak dan tidak memerlukan penanganan. **Bowleg** atau *genu varum*, adalah melengkungnya tibia ke arah lateral. Hal ini secara klinis terlihat ketika anak berdiri dengan posisi maleoli medial (tonjolan bundar pada kedua sisi pergelangan kaki) berlawanan satu sama lain dan jarak di antara lutut lebih besar kira-kira 5 cm (Gbr. 7-37). Anak toddler biasanya memiliki kaki melengkung seperti busur

setelah mulai berjalan sampai punggung bawah dan otot-otot kaki mereka berkembang dengan baik. Kaki melengkung seperti busur unilateral atau asimetris yang terjadi setelah usia 2 sampai 3 tahun, terutama pada anak kulit hitam, dapat menunjukkan adanya kondisi patologis yang memerlukan penyelidikan lebih lanjut.

Knock-knee atau *genu valgum*, tampak berlawanan dengan *bowleg*. Pada *genu valgum*, lutut saling mendekat satu sama lain tetapi kaki terpisah jauh. Hal ini ditentukan secara klinis dengan menggunakan metode yang sama dengan *genu varum* tetapi dengan mengukur jarak di antara maleolus, yang normalnya kurang dari 7,5 cm (Gbr. 7-38). **Knock-knee** normalnya terjadi pada anak sekitar usia 2 sampai 7 tahun. **Knock-knee** yang berlebihan, asimetris, disertai dengan pemendekan tinggi tubuh, atau terjadi pada anak yang mendekati masa pubertas memerlukan evaluasi lebih lanjut.

Selanjutnya inspeksi **kaki**. Kaki bayi dan toddler tampak datar karena kaki normalnya lebar dan lengkungannya ditutupi oleh lapisan lemak. Perkembangan lengkungan terjadi secara alami dari kegiatan berjalan. Normalnya, pada saat lahir kaki mengarah dalam posisi valgus (ke luar) atau varus (ke dalam). Untuk menentukan apakah deformitas kaki pada saat lahir terjadi akibat posisi intrauterin atau perkembangan, gores bagian luar, kemudian bagian dalam sisi telapak kaki. Jika posisi kaki terkoreksi sendiri, akan diasumsikan sebagai sudut yang tepat terhadap kaki. Ketika anak mulai berjalan, kaki akan berbelok ke arah luar sekitar 30 derajat dan ke dalam kurang dari 10 derajat.

Anak usia toddler mempunyai gaya berjalan "*toddling*" atau gaya berjalan dengan dasar yang lebar, yang mempermudah berjalan dengan menurunkan pusat gravitasi. Ketika anak mencapai usia prasekolah, kaki menjadi lebih dekat satu sama lain. Pada usia sekolah, postur berjalan menjadi lebih anggun dan seimbang.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 7-11 PENGKAJIAN SARAF KRANIAL

DESKRIPSI/FUNGSI	PENGUJIAN
XI—SARAF ASESORIUS Otot-otot sternokleidomastoideus dan trapezius bahu	Minta anak mengangkat bahu sambil memberikan tekanan sedang; dengan tangan pemeriksa diletakkan pada bahu, minta anak untuk memutar kepala berlawanan dengan tekanan pada sisi satunya, catat kesimetrisan dan kekuatan
XII—SARAF HIPOGLOSUS Otot-otot lidah	Minta anak menggerakkan lidah ke semua arah; minta anak menjulurkan lidah sejauh mungkin; perhatikan adanya deviasi garis tengah Uji kekuatan dengan meletakkan spatel lidah pada satu sisi lidah dan minta anak untuk menggerakkannya

keseimbangan. Uji **koordinasi** dengan meminta anak untuk meraih suatu mainan, kancing baju, tali sepatu, atau menggambar garis lurus pada selembar kertas, menjelaskan bahwa anak sudah cukup besar untuk melakukan aktivitas ini. Koordinasi juga dapat diuji dengan pergerakan suksesif cepat yang berurutan seperti dengan cepat menyentuh setiap jari dengan ibu jari pada tangan yang sama.

Beberapa uji fungsi serebelar dijelaskan pada Kotak 7-5 dan dapat dilakukan dalam bentuk permainan. Ketika uji Romberg dilakukan, tetap berada di sebelah anak jika terdapat kemungkinan bahwa anak akan terjatuh. Anak usia sekolah seharusnya mampu melakukan uji-uji ini, walaupun, pada uji "jari ke hidung", anak prasekolah normalnya hanya dapat mendekatkan jarinya dalam jarak 5 sampai 7,5 cm dari hidung. Kesulitan dalam melakukan latihan ini mengindikasikan sensasi posisi (terutama dengan mata tertutup) dan inkoordinasi (terutama dengan mata terbuka) buruk.

Refleks

Pengujian refleks adalah bagian penting dari pemeriksaan neurologis. Refleks-refleks primitif yang menetap (lihat Bab 8), kehilangan refleks, atau hiperaktivitas refleks tendon dalam biasanya terjadi sebagai akibat dari gangguan serebral.

Pemeriksaan refleks dilakukan dengan menggunakan palu refleks berkepala karet, bagian datar jari, atau samping tangan. Jika anak mudah takut dengan peralatan, gunakan tangan atau jari Anda. Walaupun pemeriksaan refleks merupakan prosedur sederhana untuk dilakukan, anak mungkin menghalangi refleks tersebut dengan secara tidak sengaja menegangkan ototnya. Untuk menghindari penegangan, alihkan perhatian anak yang masih kecil dengan boneka atau berbicara dengan mereka. Anak yang lebih tua dapat berkonsentrasi pada latihan dengan menggenggam kedua tangan di depan mereka dan berusaha untuk menariknya. Hal ini dapat mengalihkan perhatian mereka dari pemeriksaan dan menyebabkan relaksasi involunter otot.

Refleks tendon dalam merupakan refleks peregang dari suatu otot. Refleks tendon dalam yang paling umum adalah **hentakan lutut** atau **refleks patela** (refleks ini kadang-kadang disebut **refleks quadrisept**).

Refleks tersebut secara normal diperiksa seperti pada Gbr. 7-39 sampai 7-42. Laporkan adanya penurunan respons atau respons hiperrefleksik untuk evaluasi lebih lanjut.

Saraf Kranial

Pengkajian saraf kranial merupakan area pengkajian neurologis penting (Tabel 7-11). Pada anak yang masih kecil, lakukan pemeriksaan dengan permainan untuk mendorong rasa percaya dan keamanan pada awal pemeriksaan. Atau lakukan juga pemeriksaan saraf kranial ketika setiap "sistem" diperiksa, seperti pergerakan dan kekuatan lidah, refleks muntah, menelan, posisi kardinal pandangan (Gbr. 7-43), dan posisi uvula selama pemeriksaan mulut.

PENGKAJIAN PERKEMBANGAN

Salah satu komponen paling penting dalam penilaian kesehatan komplet adalah pengkajian fungsi perkembangan. **Prosedur skrining** dirancang untuk mengidentifikasi secara cepat dan dapat diandalkan anak yang tingkat perkembangannya di bawah normal untuk usia mereka dan memerlukan penyelidikan lebih lanjut. Prosedur tersebut juga merupakan suatu alat pencatatan pengukuran objektif fungsi perkembangan saat ini sebagai rujukan di masa yang akan datang. Sejak keluarnya PL 99-457, *the Education of the Handicapped Act Amendments* tahun 1986, lebih banyak penekanan yang diterapkan pada pengkajian perkembangan anak yang mengalami ketidakmampuan, dan perawat dapat memainkan peran penting dalam memberikan layanan ini. Semua prosedur yang dibahas dalam bagian ini dapat diberikan pada berbagai lokasi—rumah, sekolah, *day care center*, rumah sakit, kantor praktisi, atau klinik.

DENVER II

Uji skrining perkembangan yang digunakan paling luas untuk anak kecil merupakan rangkaian pengujian yang



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Frankenburg WK: Preventing developmental delays: is developmental screening sufficient? II. Partners in health care, *Pediatrics* 93(4): 589-593, 1994b.
- Frankenburg WK, Fandal LA, Thornton S: Revision of Denver Pre-screening Developmental Questionnaire, *J Pediatr* 110(4): 653-657, 1987.
- Gillman MW, Cook NR: Blood pressure measurement in childhood epidemiological studies, *Circulation* 92(4):1049-1057, 1995.
- Glascoe FP and others: Accuracy of the Denver-II in developmental screening, *Pediatrics* 89:1221-1225, 1992.
- Haddock BJ, Merrow DL, Swanson MS: The falling grace of axillary temperatures, *Pediatr Nurs* 22(2):121-125, 1996.
- Henker R, Coyne C: Comparison of peripheral temperature measurements with core temperature, *AACN Clin Issues* 6(1):21-30, 1995.
- Hockenberry-Eaton M, Kline NE: Nursing support of the child with cancer. In Pizzo PA, Poplack DP, editors: *Principles and practices of pediatric oncology*, vol 3, Philadelphia, 1997, JB Lippincott.
- Hooker EA, Houston H: Screening for fever in an adult emergency department: oral vs tympanic thermometry, *South Med J* 89(2): 230-234, 1996.
- Jensen BN and others: The superiority of rectal thermometry to oral thermometry with regard to accuracy, *J Adv Nurs* 20:660-665, 1994.
- Lanham DM and others: Accuracy of tympanic temperature readings in children under 6 years of age, *Pediatr Nurs* 25(1):39-42, 1999.
- Ling J and others: Clinical evaluation of the oscillometric blood pressure monitor in adults and children based on the 1992 AAMI SP-10 standards, *J Clin Monit* 11(2):123-130, 1995.
- Manatunga AK, Jones JJ, Pratt JH: Longitudinal assessment of blood pressures in black and white children, *Hypertension* 22(1):84-89, 1993.
- Medical Indicators, Inc: NexTemp™ single-use clinical thermometers: the quick, accurate, "no-hassle" way to take a temp, NCF1, Jan 1999.
- Modell JG and others: Unreliability of the infrared tympanic thermometer in clinical practice: a comparative study with oral mercury and oral electronic thermometers, *South Med J* 91(7):649-654, 1998.
- National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute: *Update on the Task Force Report (1987) on high blood pressure in children and adolescents: a working group report from the National High Blood Pressure Education Program*, NIH Pub. No. 96-3790, Sept 1996.
- Park M, Lee D, Johnson CA: Oscillometric blood pressures in the arm, thigh and calf in healthy children and those with aortic coarctation, *Pediatrics* 92(4):761-765, 1993.
- Payne D and others: Chemical and glass thermometers for axillary temperatures: how do they compare? *Arch Dis Child* 71(3):259-260, 1994.
- Petersen-Smith A and others: Comparison of aural infrared with traditional rectal temperatures in children from birth to age three years, *J Pediatr* 125:83-85, 1994.
- Pompei F, Pompei M: *Physicians reference handbook on temperature*, Watertown, MA, 1996, Exergen.
- Pontious S and others: Accuracy and reliability of temperature measurement by instrument and site, *J Pediatr Nurs* 9(2):114-123, 1994a.
- Pontious S and others: Accuracy and reliability of temperature measurement in the emergency department by instrument and site in children, *Pediatr Nurs* 20(1):58-63, 1994b.
- Prazer GE: The aural infrared thermometer: a practitioner's perspective, *J Pediatr* 133:471-472, 1998.
- Py Ma H Corporation: *Tempa Dot single use thermometer: technical information*, Flemington, NJ, 1994, The Corporation.

- Rivera AY and others: Evaluation of a liquid crystal contact thermometer in children with fever, *J Invest Med* 45(1), 1997.
- Robinson JL and others: Comparison of esophageal, rectal, axillary, bladder, tympanic, and pulmonary artery temperatures in children, *J Pediatr* 133:553-556, 1998.
- Seidel HM, Rosenstein BJ, Pathak A: *Primary care of the newborn*, ed 2, St Louis, 1997, Mosby.
- Shann F, Mackenzie A: Comparison of rectal, axillary and forehead temperatures, *Arch Pediatr Adolesc Med* 150:74-78, 1996.
- Terndrup TE, Rajik J: Impact of operator technique and device on infrared emission detection tympanic thermometry, *J Emerg Med* 10:683-687, 1992.
- Tomkinson A and others: Short communication tympanic thermometry and minor ear surgery, *J Laryngol Otol* 110:454-455, 1996.
- Valadez JJ, Elmore-Meegan M, Morley D: Comparing liquid crystal thermometer readings and mercury thermometer readings of infants and children in a traditional African setting, *Trop Geogr Med* 47(3):130-133, 1995.
- Vessey JA: Developmental approaches to examining young children, *Pediatr Nurs* 21(1):53-56, 1995.
- Wattigney WA and others: Utility of an automatic instrument for blood pressure measurement in children: the Bogalusa Heart Study, *Am J Hypertens* 9(3):256-262, 1996.
- Wells N and others: Does tympanic temperature measure up? *MCN* 20:95-99, 1995.

Bibliografi

PENGKAJIAN FISIK

- Axton SE and others: Comparison of brachial and calf blood pressures in infants, *Pediatr Nurs* 21(4):323-326, 1995.
- Bamford J and others: Preschool hearing, speech, language, and vision screening, *Qual Health Care* 7(4):240-247, 1998.
- Beckstrand RL and others: Supralingual temperature compared to tympanic and rectal temperatures, *Pediatr Nurs* 22(5):436-438, 1996.
- Brouhard BH: Hypertension in children and adolescents, *Cleve Clin J Med* 62(1):21-28, 1995.
- Charlton A, While D: Blood pressure and smoking: observations on a national cohort, *Arch Dis Child* 73(4):294-297, 1995.
- Ciner EB and others: Vision screening of preschool children: evaluating the past, looking toward the future, *Optom Vis Sci* 75(8): 571-584, 1998.
- Crapanzano MS and others: Calf blood pressure: clinical implications and correlations with arm blood pressure in infants and young children, *Pediatrics* 97(2):220-224, 1996.
- Engle J: *Pocket guide to pediatric assessment*, ed 3, St Louis, 1997, Mosby.
- Guo SS and others: Weight-for-length reference data for preterm, low-birth-weight infants, *Arch Pediatr Adolesc Med* 150(9): 964-970, 1996.
- Hatch SW: Clinicolegal aspects of practice guidelines for pediatric eye and vision examination, *J Am Optom Assoc* 66(8):501-509, 1995.
- Hennigen L, Kollar LM, Rosenthal SL: Methods for managing pelvic examination anxiety: individual differences and relaxing techniques, *Pediatr Health Care* 14(1):9-12, 2000.
- Kaminer RK, McMahon E: Blindness and visual impairment, *Pediatr Rev* 16(2):77-78, 1995.
- Kaufmann MA, Pargger H, Drop LJ: Oscillometric blood pressure measurements by different devices are not interchangeable, *Anesth Analg* 82(2):377-381, 1996.
- Leger J and others: Prediction factors in the determination of final height in subjects born small for gestational age, *Pediatr Res* 43(6): 808-812, 1998.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

dengan menggigil. Neonatus yang kedinginan tidak dapat menggigil, tetapi menghasilkan panas dengan *nonshivering thermogenesis*, yang mencakup peningkatan metabolisme dan kebutuhan oksigen.

Sumber termogenik utama adalah jantung, hati, dan otak. Akan tetapi, terdapat sumber tambahan unik pada bayi baru lahir yang dikenal sebagai **brown adipose tissue (BAT)**, atau **lemak cokelat**. Lemak cokelat, yang namanya sesuai dengan tingginya kandungan sitokrom mitokondrial, mempunyai kapasitas yang lebih besar dalam memproduksi panas melalui aktivitas metabolik yang lebih intensif dibandingkan jaringan adiposa biasa. Panas yang dihasilkan dalam lemak cokelat akan didistribusi ke bagian lain tubuh oleh darah, yang dihangatkan ketika melintasi lapisan jaringan ini. Deposit superfisial lemak cokelat terletak antara skapula, sekitar leher, di aksila, dan di belakang sternum. Lapisan yang lebih dalam mengelilingi ginjal, trakea, esofagus, beberapa arteri besar, dan adrenal. Lokasi lemak cokelat dapat menjelaskan alasan bahwa tengkuk sering kali terasa lebih hangat dari keseluruhan tubuh bayi.

Meskipun kemampuan bayi baru lahir dalam menyimpan panas sering dipertanyakan, mereka juga mempunyai kesulitan membuang panas ke lingkungan yang terlalu panas, yang meningkatkan risiko hipertermia.

Sistem Hemopoetika

Volume darah bayi baru lahir bergantung pada jumlah darah yang ditransfer dari plasenta. Volume darah bayi *full term* sekitar 80 sampai 85 ml/kg berat badan. Segera setelah lahir volume darah total sekitar 300 ml, tetapi bergantung pada berapa lama bayi melekat ke plasenta, dengan penambahan volume darah sebanyak 100 ml. Nilai darah bayi baru lahir disajikan di Lampiran E.

Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

Perubahan terjadi pada **volume air tubuh total**, volume ekstraselular, dan volume cairan intraselular selama transisi dari kehidupan fetal ke pascanatal. Saat lahir, 73% dari berat badan total bayi adalah cairan, dibandingkan dengan 58% pada dewasa. Bayi secara proporsional memiliki rasio cairan ekstraselular yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang dewasa. Konsekuensinya, kadar natrium dan klorida tubuh total lebih tinggi dan kadar kalium, magnesium, dan fosfat lebih rendah.

Aspek yang sangat penting dari keseimbangan cairan adalah hubungannya dengan sistem lain. Di samping kecepatan pertukaran cairan sebanyak tujuh kali lebih cepat dibandingkan dengan orang dewasa, **laju metabolisme** pada bayi dua kali lebih cepat terkait berat badannya. Akibatnya, terbentuk dua kali lebih banyak asam yang mempercepat terjadinya asidosis. Selain itu, ginjal yang imatur belum mampu mengonsentrasikan urine secara memadai untuk mempertahankan cairan tubuh. Ketiga faktor tadi membuat bayi cenderung rentan terhadap dehidrasi, asidosis, dan hidrasi berlebihan.

Sistem Gastrointestinal

Kemampuan bayi baru lahir untuk mencerna, mengabsorpsi, dan memetabolisme bahan makanan sudah adekuat, tetapi terbatas hanya pada beberapa fungsi. Enzim sudah adekuat untuk menangani protein dan karbohidrat sederhana (monosakarida dan disakarida), tetapi produksi amilase pankreas yang kurang dapat mengganggu pemakaian karbohidrat kompleks (polisakarida). Kekurangan lipase pankreas membatasi absorpsi lemak, terutama saat ingesti makanan dengan kandungan asam lemak jenuh tinggi seperti susu sapi.

Hati merupakan organ gastrointestinal yang paling imatur. Penurunan aktivitas enzim **glukuronil transferase** memengaruhi konjugasi bilirubin dengan asam glukuronat dan berkontribusi terhadap jaundis fisiologis pada bayi baru lahir. Hati juga tidak adekuat dalam membentuk protein plasma. Kurangnya konsentrasi protein plasma mungkin berperan pada edema yang biasanya terlihat pada saat lahir. Protrombin dan faktor pembekuan lain juga rendah. Cadangan glikogen kurang saat lahir dibandingkan dengan kehidupan selanjutnya. Konsekuensinya, bayi baru lahir rentan terhadap hipoglikemia, namun kondisi ini dapat dicegah dengan pemberian makan dini dan efektif, terutama ASI.

Beberapa kelenjar saliva sudah berfungsi saat lahir, namun mayoritas belum mulai mensekresi saliva sampai sekitar usia 2 sampai 3 bulan, ketika sering mengeces. Kapasitas lambung terbatas sekitar 90 ml, sehingga bayi memerlukan pemberian makan sedikit tetapi sering. Volume kolon juga kecil; bayi baru lahir sudah memiliki gerakan usus setelah setiap pemberian makan. Bayi baru lahir yang diberi ASI biasanya lebih sering makan dan lebih sering berak daripada bayi yang mendapat susu formula. Akan tetapi, polanya dapat berubah setelah beberapa minggu pertama.

Usus bayi lebih panjang terkait ukuran tubuhnya dibandingkan orang dewasa. Dengan demikian, terdapat lebih banyak kelenjar sekresi dan permukaan yang lebih luas untuk absorpsi dibandingkan usus orang dewasa. Terdapat gelombang peristaltik yang cepat dan diikuti gelombang nonperistaltik sepanjang esofagus. Gelombang ini, yang dinamakan *migrating motor complex (MMC)*, akan mendorong nutrisi ke depan. Imaturitas relatif dari *migrating motor complex (MMC)*, disertai tekanan sfingter esofagus bawah (LES) yang rendah, relaksasi LES yang tidak memadai, dan pengosongan lambung yang lama menimbulkan regurgitasi yang sering. Perubahan progresif pola berak menunjukkan bahwa saluran gastrointestinal berfungsi dengan baik (Kotak 8-1).

Sistem Ginjal

Semua komponen struktural terdapat dalam sistem ginjal, namun terdapat defisiensi fungsional dalam kemampuan ginjal untuk mengonsentrasi kemih dan mengatasi keadaan stres cairan dan elektrolit, misalnya dehidrasi atau beban larutan pekat.

Volume total urine per 24 jam sekitar 200 sampai 300 ml pada akhir minggu pertama. Akan tetapi, saat kandung ke-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 8-1 EVALUASI BAYI SAAT LAHIR-SISTEM SKORING APGAR

Tanda	0	1	2
Denyut jantung	Tidak ada	Lambat, <100	>100
Usaha bernapas	Tidak ada	Tidak teratur, lambat, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Tonus otot	Lumpuh	Sedikit fleksi ekstremitas	Fleksi baik
Refleks iritabilitas	Tidak ada respons	Menyeringai	Menangis, bersin
Warna	Biru, pucat	Tubuh merah jambu, ekstremitas biru	Seluruhnya merah jambu

mengalami pertumbuhan dengan kecepatan normal tanpa memerhatikan saat kelahiran—*preterm*, *term*, atau *post-term*. Bayi yang **besar untuk usia gestasional** (*large for gestational age [LGA]*) (di atas persentil ke-90) dapat dianggap mengalami laju pertumbuhan dengan kecepatan tinggi selama kehidupan janin; bayi **kecil untuk usia gestasional** (*small-for-gestational-age [SGA]*) (di bawah persentil ke-10) dapat dianggap mengalami retardasi atau kelambatan pertumbuhan intrauterin. Setelah menentukan usia gestasional sesuai skala Ballard, maka bayi baru lahir akan dikelompokkan menjadi satu dari sembilan kemungkinan kategori berat badan lahir dan usia gestasional: AGA—*term*, *preterm*, *post-term*; SGA—*term*, *preterm*, *post-term*; LGA—*term*, *preterm*, *post-term* (Dodd, 1996). Gambar 8-2 menggambarkan perbedaan antara berat badan lahir dari tiga bayi *preterm* pada usia gestasional yang sama yaitu 32 minggu. Bayi dengan berat badan lahir 600 g memiliki mortalitas lebih dari 50%, bayi dengan berat badan 1400 g memiliki mortalitas 25% sampai 50%, dan bayi dengan berat badan 2750 g memiliki mortalitas kurang dari 4%. Oleh karena itu, berat badan lahir memengaruhi mortalitas—semakin rendah berat badan lahir dan usia gestasional, semakin tinggi mortalitasnya.

Pengukuran umum. Beberapa pengukuran penting pada bayi baru lahir mempunyai arti jika dibandingkan satu sama lain maupun dicatat dari waktu ke waktu ke dalam grafik. Bayi *full-term*, memiliki **lingkar kepala** rata-ratanya antara 33 dan 35,5 cm (13-14 inci). Lingkar kepala pada saat lahir segera biasanya lebih kecil, karena proses *molding* yang normal terjadi pada persalinan pervaginam. Biasanya, pada hari ke dua atau ke tiga ukuran tengkorak sudah kembali normal.

Lingkar dada adalah 30,5 sampai 33 cm (12 sampai 13 inci). Lingkar kepala biasanya lebih besar 2 sampai 3 cm (sekitar 1 inci) dari lingkar dada. Akibat proses *molding* kepala bayi saat kelahiran, kedua ukuran tersebut awalnya hampir sama.

Lingkar kepala juga dapat dibandingkan dengan panjang mahkota-dudukan (***crown-to-rump***), atau tinggi duduk. Panjang mahkota-dudukan biasanya 31 sampai 35 cm (12,5 sampai 14 inci) dan kurang lebih sama dengan lingkar kepala. Hubungan ukuran lingkar kepala dengan mahkota-dudukan ini lebih dipercaya/reliabel dibandingkan dengan ukuran lingkar kepala dan dada. Pada satu studi, Severn (1994) menemukan bahwa lingkar kepala neonatus dan panjang mahkota-dudukan merupakan alat yang lebih akurat untuk mengidentifikasi bayi berisiko; lingkar kepala tampaknya sama atau lebih besar sampai 1 cm dari

panjang mahkota-dudukan pada 62% bayi yang diperiksa dan ditentukan sebagai normosefalik.

Lingkar perut pada bayi baru lahir diukur tepat di atas umbilikus, pada saat tali pusat masih ada, sehingga pengukuran melalui umbilikus akan sangat bervariasi pada bayi baru lahir. Mengukur lingkar perut di bawah umbilikus tidaklah tepat, karena status kandung kemih dapat memengaruhi pembacaan. Pada keadaan distensi abdomen, pengukuran yang berturut-turut dilakukan untuk mengetahui perubahan ukurannya (Conner, 1996).

Panjang kepala-tumit juga diukur. Karena bayi biasanya dalam keadaan fleksi, maka harus dilakukan ekstensi penuh sebelumnya saat kita akan mengukur panjang badan total. Panjang rata-rata bayi baru lahir adalah 48 sampai 53 cm (19 sampai 21 inci) (Gambar 8-3).

Timbanglah **berat badan** segera setelah lahir karena penurunan berat badan dapat terjadi sangat cepat. Normalnya, neonatus kehilangan berat badan sekitar 10% berat badan lahir pada hari ke 3 sampai 4 karena hilangnya cairan ekstraselular dan mekoneum yang banyak serta terbatasnya asupan cairan, terutama pada bayi yang mendapat ASI. Berat badan biasanya kembali setelah hari ke 10 kehidupan.

Kebanyakan bayi baru lahir beratnya 2700 sampai 4000 g (6 sampai 7 pound). Rata-rata beratnya sekitar 3400 g (7,5 pound). Berat dan panjang lahir yang akurat sangat penting karena merupakan dasar untuk pengkajian pertumbuhan di masa datang.

Kategori pengukuran lainnya adalah tanda vital. Pengukuran **suhu aksilar** dilakukan karena menyelipkan termometer ke rektum dapat menyebabkan perforasi mukosa (lihat Gbr. 7-7, B). Suhu tubuh inti bervariasi sesuai periode reaktivitas namun biasanya berkisar 36,5° sampai 37,6° C. Suhu kulit agak lebih rendah dari suhu tubuh inti. Dengan demikian, suhu aksilar mungkin lebih rendah dari suhu rektal, meskipun perbedaannya kecil (sekecil -17° C) antara aksila dan rektum. Karena jaringan adiposa cokelat terletak dalam kantong aksila, maka pembacaan aksilar dapat lebih tinggi saat terjadi *nonshivering thermogenesis* (NST). Akan tetapi, pembacaan aksilar bisa tetap normal pada bayi yang terkena stres-dingin jika NST tidak terpicu atau kacau.

Satu-satunya metode terbaik untuk menentukan suhu bayi baru lahir pada situasi apa pun masih merupakan sesuatu yang sulit sesuai studi yang ada. Masih terdapat kontroversi mengenai keakuratan sensor membrana timpani untuk mengukur suhu tubuh neonatus.

Bliss-Holtz (1993) membandingkan suhu aksilar dan membrana timpani pada neonatus dan menemukan bahwa pengukuran suhu membrana timpani sangat membantu



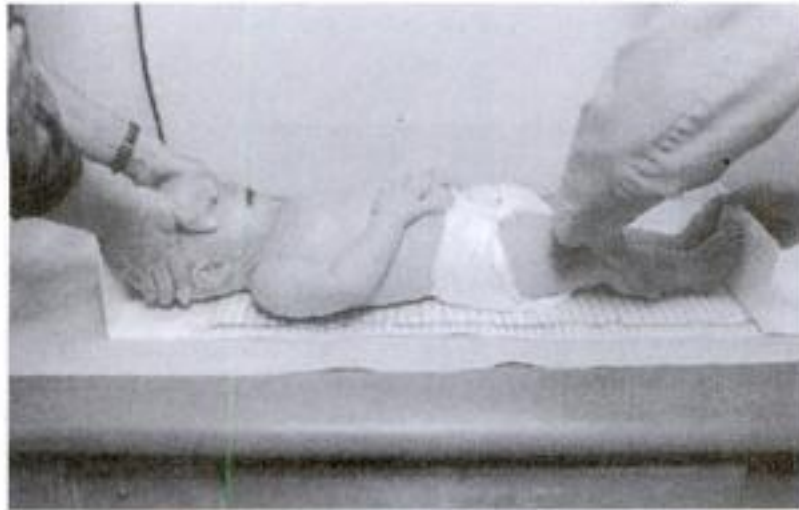
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 8-3 Pengukuran panjang bayi.



GBR. 8-5 Posisi fleksi pada neonatus.



GBR. 8-4 Pengukuran tekanan darah menggunakan osilometri.

unit perawatan bayi, setiap jam, selama 2 jam kemudian setiap 8 jam sampai dipulangkan. Akan tetapi, jadwal ini dapat bervariasi bergantung pada kebijakan institusi. Jika ada perubahan pada bayi, seperti warna, pernapasan, tonus otot, dan tingkah laku, pemantauan harus lebih sering.

Keadaan umum. Sebelum masing-masing sistem tubuh dikaji, penting bagi kita untuk menggambarkan **postur** umum dan tingkah laku bayi. Keadaan keseluruhan memberikan petunjuk yang sangat berharga mengenai status fisik bayi.

Postur neonatus *full-term* selalu **fleksi** penuh karena posisi inutero (Gbr. 8-5). Kebanyakan bayi dilahirkan dengan presentasi puncak kepala disertai fleksi kepala dan dagu berada pada dada atas, lengan fleksi dengan tangan menggenggam, tungkai fleksi pada lutut dan panggul, dan kaki dorsofleksi. Kolumna vertebralis juga fleksi. Penting diperhatikan beberapa penyimpangan dari posisi fetal yang sangat khas ini.

Tingkah laku bayi diperhatikan dengan cermat, terutama derajat kesiagaan, mengantuk, dan iritabilitas, yang

merupakan tanda umum masalah neurologis. Beberapa hal yang perlu dipertanyakan ketika kita mengkaji tingkah laku adalah sebagai berikut:

- Apakah bayi mudah terjaga dengan suara keras?
- Apakah bayi merasa nyaman saat diayun-ayun, disusui, atau dibelai-belai?
- Apakah terlihat adanya periode tidur dalam dan dangkal?
- Ketika terjaga, apakah bayi tampak puas setelah disusui?
- Rangsang apa yang dapat menimbulkan respons bayi?
- Ketika terganggu, bagaimana reaksi bayi?

Kulit. **Tekstur** kulit bayi baru lahir adalah lembut dan halus, terutama di sekitar mata, tungkai, dan aspek dorsal tangan dan kaki, dan skrotum atau labia. **Warnanya** bervariasi bergantung pada ras dan latar belakang keluarga dan sangat bervariasi dari satu bayi dan lainnya. Secara umum, bayi kulit putih biasanya merah sampai merah jambu dan bayi kulit hitam kemerahan atau cokelat kekuningan.

Kulit bayi keturunan Hispanik berwarna seperti zaitun atau agak kuning. Bayi keturunan Oriental berkulit kemerahan atau kekuningan. Warna neonatus penduduk asli Amerika bergantung pada sukunya dan bervariasi dari merah jambu muda sampai gelap, cokelat kemerahan. Pada hari kedua atau ketiga setelah lahir, kulit berubah warnanya menjadi lebih natural dan lebih kering serta bersisik. Beberapa perubahan warna lain yang terlihat pada kulit akan dijelaskan kemudian di bab ini (lihat Tabel 8-4).

Kepala. Observasi umum mengenai **kontur** kepala cukup penting, karena *molding* hampir selalu terjadi pada persalinan per vagina. Pada kelahiran dengan presentasi puncak kepala, kepala biasanya mendatar pada dahi, dengan puncak meninggi dan membentuk titik pada ujung tulang parietal, dan tengkorak belakang atau oksiput menurun tajam. Kontur kepala yang lebih oval biasanya jelas terlihat pada hari 1 sampai 2 setelah lahir. Perubahan bentuk terjadi karena tulang-tulang kranium tidak menyatu sehingga memungkinkan terjadinya *overlapping* pada sisi masing-masing tulang tersebut untuk mengakomodasi ukuran jalan lahir selama persalinan. *Molding* tersebut tidak terjadi pada bayi dengan sesar.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 8-8 Membangkitkan refleksi *rooting*. (Dari Seidel HM dkk: *Mosby's guide to physical examination*, ed 3, St Louis, 1995, Mosby.)

KEWASPADAAN Keperawatan Selalu laporkan jika ditemukan lubang hidung yang melebar, karena ini merupakan tanda kekurangan udara akibat distress respirasi.

Mulut dan tenggorokan. Defek eksterna mulut seperti celah bibir mudah dilihat, namun struktur internal memerlukan inspeksi yang cermat. **Langit-langit** normalnya melengkung tinggi dan agak sempit. Jarang sekali yang sudah bergigi. Temuan yang sering adalah **mutiara Epstein**, suatu kista epitel kecil, putih sepanjang kedua sisi garis tengah palatum durum. Kista ini tidak bermakna klinis dan akan menghilang dalam beberapa minggu.

Frenulum bibir atas merupakan pita jaringan tebal, merah jambu yang terletak di bawah permukaan dalam bibir atas dan memanjang ke rigi alveolar maksila. Terutama terlihat jelas saat anak menguap atau tersenyum dan akan menghilang seiring pertumbuhan maksila.

Frenulum lidah melekatkan sisi bawah lidah di garis tengah antara permukaan ventral lidah dan ujung dasar mulut. Pada beberapa kasus, frenulum lidah yang sempit, yang dinamakan **dasi-lidah**, dapat membatasi pengisapan yang adekuat. Evaluasi lebih jauh mungkin diperlukan untuk memastikan keadekuatan pengisapan terutama pada bayi yang mendapat ASI. Penanganan frenulum lidah yang sempit pada bayi masih kontroversi; namun pemotongan frenulum di ruang perawatan bayi tidak dianjurkan (Godley, 1994; Wright, 1995).

Bangkitkan **refleks mengisap** dengan meletakkan puting atau jari memakai sarung tangan nonlateks dalam mulut bayi. Bayi harus memperlihatkan pengisapan yang kuat dan bersemangat. **Refleks rooting** dibangkitkan dengan menggores pipi dan perhatikan respons bayi dengan menoleh ke sisi yang dirangsang dan mengisap (Gbr. 8-8).

Uvula dapat diinspeksi ketika bayi menangis dan dagu ditekan. Namun, uvula terkadang dapat teretraksi ke atas dan ke belakang saat menangis. Jaringan tonsil biasanya tidak terlihat pada bayi baru lahir. **Gigi natal**, gigi yang sudah ada saat lahir, sebaliknya **gigi neonatal**, gigi yang terlepas selama bulan pertama kehidupan. Kedua gigi ini jarang ditemukan dan gigi yang lepas terutama terjadi pada geligi seri bawah. Laporan tentang ada/tidaknya gigi sering kali dibuat berkaitan dengan abnormalitas perkembangan atau sindrom tertentu, termasuk sumbing celah bibir dan langit-langit. Kebanyakan gigi natal mudah terlepas. Akan tetapi, pendapat terkini menganjurkan agar gigi tersebut dipertahankan sampai terlepas dengan sendirinya secara alamiah (McDonald dan Avery, 1994), kecuali jika mengganggu pemberian ASI karena bayi menggigit payudara.

Leher. Karena leher bayi baru lahir pendek dan ditutupi oleh lipatan jaringan, saat melakukan pengkajian leher, sebaiknya kepala perlu sedikit dijatuhkan ke belakang dengan posisi hiperekstensi, sedangkan punggung ditahan dengan posisi agak tegak. Perhatikan kisaran gerakanya, bentuk, dan adanya massa tidak normal, dan lakukan palpasi serta bandingkan masing-masing klavikula jika ada fraktur.

Dada. **Bentuk dada** bayi baru lahir hampir selalu bulat karena diameter anteroposterior dan lateralnya sama. Tulang rusuk sangat lentur, dan sedikit retraksi interkostal bisa terlihat saat inspirasi. Prosesus xifoideus biasanya terlihat sebagai tonjolan kecil pada ujung sternum. Sternum biasanya meninggi dan sedikit melengkung.

Lakukan inspeksi **dada** berkenaan dengan ukuran, bentuk, dan bentukan, lokasi, dan jumlah puting. Pembesaran payudara sering terlihat pada bayi baru lahir dari kedua jenis kelamin pada hari ke dua atau ke tiga dan disebabkan oleh hormon maternal. Terkadang cairan serupa susu, yang dinamakan **"susu penyihir"**, disekresi dari payudara bayi pada akhir minggu pertama. **Puting berlebih** dapat ditemukan di dada atau bahkan di aksila.

Paru. **Pernapasan** normal bayi baru lahir tidak teratur dan abdominal, serta frekuensinya berkisar antara 30 dan 60 kali/menit. Henti napas yang kurang dari 20 detik masih dianggap normal. Awalnya napas bayi kuat, tetapi selanjutnya bayi bernapas tenang dan iramanya teratur. Terkadang terjadi ketidakaturan sehubungan dengan menangis, tidur, dan menyusu.

Lakukan auskultasi ketika bayi sedang tenang. Suara napas bronkial harus sama pada kedua sisi. Perbedaan temuan auskultasi antara kedua sisi yang seharusnya simetris harus dilaporkan. **Krepitasi** segera setelah lahir menunjukkan adanya daerah paru yang mengalami atelektasis, yang menunjukkan transisi normal paru ke kehidupan ekstrasuterin. Akan tetapi, mengi, krepitasi menetap, dan ngorok harus dilaporkan untuk penelitian lebih lanjut.

Jantung. **Denyut jantung** diauskultasi dengan frekuensi denyutan dari 100 sampai 180 kali/menit segera setelah lahir dan, ketika kondisi bayi telah stabil, dari 120 sampai 140 kali/menit. **Titik intensitas maksimal (point of maximum intensity [PMI])** dapat dipalpasi dan biasanya berada pada rongga interkostal empat sampai lima, sebelah medial dari garis midklavikuler kiri. PMI menunjukkan lokasi jantung, yang dapat bergeser pada keadaan tertentu seperti



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

tanda kejang neonatal atau bisa juga menunjukkan sindrom lepas obat narkotika neonatal. Menggigil atau tremor sementara biasanya normal.

Dua refleks harus dibangkitkan. Pertama adalah **refleks menggenggam**. Sentuhan pada telapak tangan atau kaki dekat dasar jari-jari akan menyebabkan fleksi atau menggenggam (Gbr. 8-9, A). Kedua adalah **refleks Babinski**. Goresan pada bagian luar telapak kaki ke atas dari tumit sepanjang bola kaki akan menyebabkan dorsofleksi ibu jari dan hiperekstensi jari lainnya (Gb. 8-9, B).

Sistem neurologis. Pengkajian status neurologis merupakan bagian kritis pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir. Kebanyakan uji neurologis dilakukan selama evaluasi sistem tubuh, seperti membangkitkan refleks lokal dan mengobservasi postur, tonus otot, dan kontrol kepala serta gerakan. Akan tetapi, beberapa refleks seluruh tubuh (tubuh total) penting juga untuk dibangkitkan. Lakukan uji tersebut pada akhir pemeriksaan, karena uji ini dapat mengganggu bayi dan memengaruhi auskultasi. Refleks tersebut, seperti halnya refleks lokal, digambarkan dalam Tabel 8-2. Catat dan laporkan jika refleks tidak ada, asimetris, mene-
tap, atau lemah.

Pengkajian Transisional: Periode Reaktivitas

Bayi baru lahir memperlihatkan karakteristik tingkah laku dan fisiologis yang mungkin pada mulanya merupakan tanda stres. Akan tetapi, selama 24 jam pertama, perubahan denyut jantung, respirasi, aktivitas motorik, warna, produksi mukus, dan aktivitas usus akan muncul secara berurutan, urutan yang dapat diramalkan normal dan menunjukkan tidak adanya stres.

Selama 6 sampai 8 jam setelah kelahiran, bayi berada dalam **periode reaktivitas pertama**. Selama 30 menit pertama bayi sangat siaga, menangis keras, mengisap kepala tangannya dengan penuh nafsu, dan tampak sangat tertarik terhadap lingkungan. Pada saat ini, mata neonatus biasanya terbuka, sehingga merupakan kesempatan yang sangat baik bagi ibunya, ayahnya, dan si anak untuk saling melihat satu sama lain. Karena bayi mengisap dengan kuat, hal tersebut juga merupakan kesempatan yang baik untuk memulai pemberian ASI. Bayi biasanya segera meraih puting dan hal ini memuaskan baik ibu maupun bayi. Momen ini penting untuk selalu diingat perawat, karena setelah keadaan yang sangat aktif ini, bayi akan segera mengantuk dan tidak tertarik lagi untuk mengisap. Secara fisiologis, frekuensi pernapasan selama periode ini bisa mencapai 80 kali/menit, terdengar krepitasi, denyut jantung mencapai 180 kali/menit, bising usus aktif, sekresi mukus meningkat, dan suhu menurun.

Setelah stadium awal kesiagaan dan aktivitas, bayi akan memasuki **stadium kedua** periode reaktif pertama, yang biasanya berlangsung 2 sampai 4 jam. Denyut jantung dan pernapasan menurun, suhu terus menurun, produksi mukus berkurang, dan kemih atau tinja biasanya tidak keluar. Bayi dalam keadaan tertidur dan relatif tenang. Segala upaya yang berkaitan dengan rangsangan biasanya hanya

KOTAK 8-3 KUMPULAN TINGKAH LAKU NEONATUS DALAM BRAZELTON NEONATAL BEHAVIORAL ASSESSMENT SCALE

Habitulasi—Kemampuan merespons, kemudian menunjukkan respons terhadap rangsang yang jelas (cahaya, klin-tingan, bel, tusukan jarum) ketika sedang tidur
Orientasi—Kualitas keadaan siaga dan kemampuan untuk memerhatikan rangsang visual dan auditorius ketika sedang siaga
Kinerja motorik—Kualitas gerakan dan tonus
Kisaran keadaan—Mengukur tingkat kesiagaan umum atau kemampuan bangun bayi
Regulasi keadaan—Bagaimana bayi merespons ketika terjaga
Stabilitas autonomik—Tanda stres (tremor, melotot, warna kulit) sehubungan dengan penyesuaian homeostatik (regulasi-diri) sistem saraf
Refleks—Pengkajian beberapa refleks neonatus

membangkitkan respons minimal. Karena suhu tubuh terus menurun, maka jangan melepas baju atau memandikan selama waktu ini.

Periode reaktivitas kedua dimulai ketika bayi bangun dari tidur nyenyak; berlangsung sekitar 2 sampai 5 jam dan merupakan kesempatan berharga lain untuk anak dan orang tuanya untuk saling berinteraksi. Bayi kembali siaga dan responsif, denyut jantung dan pernapasan meningkat, refleks gag menjadi aktif, sekresi lambung dan respirasi meningkat, dan sering kali mengeluarkan mekoneum. Periode ini biasanya selesai setelah jumlah mukus respirasi berkurang. Setelah stadium ini, berlangsung periode stabilisasi sistem fisiologis dan pembentukan pola tidur dan aktivitas.

Pengkajian Tingkah Laku

Area penting lain dari pengkajian adalah observasi tingkah laku. Tingkah laku bayi akan membentuk lingkungannya, dan kemampuannya untuk bereaksi terhadap berbagai rangsang yang memengaruhi hubungan orang lain dengannya. Area utama tingkah laku pada bayi baru lahir adalah tidur, bangun, dan aktivitas, seperti menangis.

Salah satu metode yang secara sistematis mengkaji tingkah laku bayi adalah penggunaan **Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale (BNBAS)** (Brazelton dan Nugent, 1996). BNBAS adalah suatu pemeriksaan interaktif yang mengkaji respons bayi terhadap 28 item yang disusun berdasarkan kumpulan pada Kotak 8-3. Biasanya skala ini digunakan sebagai alat riset atau diagnostik dan memerlukan pelatihan khusus.

Selain penggunaannya sebagai alat inisial dan seterusnya untuk mengkaji respons neurologis dan tingkah laku, skala ini dapat pula digunakan untuk mengkaji hubungan inisial orang tua-anak, sebagai instrumen preventif yang mampu mengidentifikasi pemberi asuhan sebagai individu yang memperoleh manfaat dari model peran, dan sebagai panduan untuk membantu orang tua memusatkan perhatian pada bayi mereka secara individual, serta mengem-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 8-4 INTISARI PEMERIKSAAN FISIK BAYI BARU LAHIR—lanjutan

TEMUAN BIASA	VARIASI UMUM/ABNORMALITAS MINOR	TANDA POTENSIAL DISTRES/ABNORMALITAS MAYOR
KULIT—lanjutan		
	Perubahan warna <i>Harlequin</i> —Perubahan warna yang jelas terlihat ketika bayi berbaring pada satu sisi; setengah tubuh bawah menjadi merah jambu, dan setengah atas pucat	<i>Bercak café-au-lait</i> —Bercak cokelat muda <i>Nevus flameus</i> —Warna port-wine
	<i>Bercak Mongolian</i> —daerah ireguler dengan pigmentasi biru gelap, biasanya di regio sakral dan gluteal; terutama terlihat pada bayi baru lahir keturunan Afrika, Amerika Asli, Asia, atau Hispanik	
	<i>Nevi telangiectasi</i> ("stork bite")—Daerah datar, terlokalisasi merah jambu gelap yang biasanya terlihat di belakang leher	
KEPALA		
<i>Fontanela anterior</i> —Berbentuk berlian, 2,5-4 cm (1-1,75 inci) (lihat Gbr. 8-6)	<i>Molding</i> setelah kelahiran per vagina	Sutura menyatu
<i>Fontanela posterior</i> —Segitiga, 0,5-1 cm (0,2-0,4 inci)	<i>Fontanela sagitalis</i> ketiga (parietal)	<i>Fontanela</i> menggembung atau cekung saat sedang diam
<i>Fontanela</i> harusnya datar, lunak, dan liat	<i>Fontanela</i> menggembung karena menangis atau batuk	Sutura dan fontanela melebar
Bagian terlebar fontanela diukur dari tulang ke tulang, tidak dari sutura ke sutura	<i>Kaput suksedaneum</i> —Edema jaringan kulit kepala lunak	<i>Kraniotabes</i> —perasaan derik sepanjang sutura lambdoidea yang menyerupai indentasi bola pingpong
	<i>Sefalhematoma</i> (tanpa komplikasi)—Hematoma antara periosteum dan tulang kepala	
MATA		
Kelopak mata biasanya edema	Lipatan epikantus pada bayi Oriental	Warna merah jambu iris
Warna-abu-abu sabak, biru gelap, cokelat	Pencarian nistagmus atau strabismus	Cairan purulen
Tidak ada air mata	<i>Perdarahan subkonjungtiva</i> (sklera)—ruptur kapiler, biasanya di limbus	Lipatan ke atas pada non-Oriental
Adanya refleks inerah		Hipertelorisme (3 cm atau lebih)
Refleks kornea sebagai respons terhadap sentuhan		Hipotelorisme
Refleks pupil sebagai respons terhadap cahaya		Katarak bawaan
Refleks mengedip sebagai respons terhadap cahaya atau sentuhan		Pupil dilatasi atau konstiksi menetap
Fiksasi rudimenter pada objek dan kemampuan mengikuti ke garis tengah		Tidak ada refleks merah
		Tidak ada refleks kornea atau pupil
		Ketidakmampuan mengikuti objek atau cahaya terang ke garis tengah
		Sklera kuning
TELINGA		
Posisi—Puncak pina pada garis horizontal dengan kantus lateral mata	Membrana timpani tidak terlihat karena kanalis auris penuh	Letak telinga rendah
Refleks terkejut yang dibangkitkan oleh suara keras, mendadak	Pina menempel datar pada kepala	Tidak ada refleks terkejut sebagai respons terhadap suara keras
Pinna fleksibel, terdapat kartilago	Ukuran dan bentuknya tak teratur	Abnormalitas minor mungkin merupakan tanda berbagai sindrom, terutama renal
	Cekungan atau tonjolan kulit	
HIDUNG		
Patensi hidung	Pesek dan memar	Kanalis tidak paten
Cairan hidung—mukus putih cair		Cairan hidung, berdarah, kental
Bersin		Lubang hidung (nares=alae nasi) megar
		Sekresi nasal berlebihan atau buntu (mungkin minor)
MULUT DAN TENGGOROKAN		
Langit-langit melengkung tajam dan utuh	<i>Gigi natal</i> —Gigi yang sudah tumbuh saat lahir; jinak namun mungkin berhubungan dengan defek kongenital	Celah bibir
Uvula di garis tengah	<i>Mutiara Epstein</i> —kista epitel putih, kecil sepanjang garis tengah palatum durum (langit-langit keras)	Celah langit-langit
Frenulum lidah		Lidah besar, menonjol atau lidah yang terlalu ke belakang
Frenulum bibir atas		Salivasi berlebihan atau mengeces
Refleks mengisap-kuat dan terkoordinasi		

berlanjut



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Apabila diperlukan pengambilan sekresi yang lebih kuat, dapat digunakan pengisap mekanis. Penggunaan kateter berukuran tepat dan teknik pengisapan yang benar sangat penting untuk menghindari kerusakan dan edema mukosa.

Pengisapan yang lembut diperlukan untuk menghindari bradikardia reflektoris, laringospasmus, dan aritmia jantung akibat rangsang vagal. Pengisapan orofaringeal dilakukan selama 5 detik, dengan waktu yang cukup di antara pengisapan untuk memungkinkan bayi teroksigenasi kembali.

Pada beberapa ruang perawatan bayi, lambung secara rutin dikosongkan dengan slang makan untuk membuang cairan amnion, darah, dan mukus, yang dapat menyebabkan distensi abdomen dan mengganggu pernapasan. Memasukkan kateter ke dalam lambung juga akan menyingkirkan atresia esofagus. Tanda vital harus dipantau ketat, dan setiap tanda distres pernapasan harus segera dilaporkan.

KEWASPADAAN Keperawatan Tanda distres pernapasan meliputi takipnea, *grunting*, lubang hidung megar, retraksi interkostal, stridor, suara napas abnormal, sianosis, atau palor.

Mempertahankan Kestabilan Suhu Tubuh

Menjaga panas tubuh bayi baru lahir merupakan tujuan perawatan yang penting. Pada saat lahir, penyebab utama kehilangan panas adalah **evaporasi**, kehilangan panas karena penguapan. Cairan amnion yang membasahi kulit bayi akan memudahkan evaporasi, terutama jika disertai dengan udara ruangan persalinan yang dingin. Kehilangan panas melalui evaporasi dapat diminimalkan dengan secara cepat mengeringkan kulit dan rambut dengan handuk hangat dan menempatkan bayi di ruangan yang dihangatkan.

Penyebab utama lain kehilangan panas adalah **radiasi**, kehilangan panas pada benda padat yang lebih dingin di ruangan yang tidak berkontak langsung dengan bayi. Kehilangan panas melalui radiasi meningkat jika benda padat tersebut lebih dingin dan lebih dekat ke bayi. Suhu nyaman atau udara yang ada dalam atau di sekitar inkubator pada dasarnya tidak memiliki efek terhadap kehilangan panas melalui radiasi. Ini merupakan titik kritis yang perlu diingat jika kita berusaha menjaga suhu tetap konstan bagi bayi, karena meskipun suhu konstan udara sudah optimal, bayi masih bisa mengalami hipotermia. Penggunaan alat pemanas radiasi seperti lampu pemanas atau sinar fototerapi dalam inkubator dapat menyebabkan pemanasan berlebihan (*overheating*) pada bayi, karena bayi tidak mampu membuang panas secara efektif melalui dinding Plexiglas inkubator. Selain itu, inkubator tidak boleh terpajan pada matahari secara langsung.

Contoh kehilangan panas melalui radiasi adalah penempatan inkubator dekat dengan jendela yang dingin, lorong yang kering, atau di unit dengan pendingin udara. Sumber tersebut akan mendinginkan dinding inkubator dan selanjutnya, tubuh neonatus. Untuk mencegahnya, bayi harus diletakkan sejauh mungkin dari dinding, jendela, dan

unit ventilasi. Apabila kehilangan panas terus menjadi masalah, dapat diletakkan pemanas radiasi di atas bayi atau bayi dan ibu.

Kehilangan panas juga terjadi melalui konduksi dan konveksi. **Konduksi** menyebabkan kehilangan panas dari tubuh akibat kontak langsung kulit dengan benda padat yang lebih dingin. Hal ini dapat diminimalkan dengan menempatkan bayi pada permukaan tertutup dan terlapisi yang mampu memberi isolasi dengan kain dan selimut bukan meletakkan bayi langsung di meja keras. Tindakan meletakkan bayi sangat dekat dengan ibu, seperti dalam dekapan-nya atau di atas perutnya segera setelah kelahiran, bermanfaat secara fisik baik untuk mempertahankan panas maupun menumbuhkan keterikatan maternal.

Konveksi sama dengan konduksi, kecuali kehilangan panas dibantu oleh aliran udara di sekitarnya. Misalnya, penempatan bayi langsung pada aliran udara kipas angin atau pendingin udara dapat menyebabkan kehilangan panas yang cepat melalui konveksi. Pemindahan bayi ke dalam tempat tidur dengan sisi-sisi yang padat dapat mengurangi aliran udara di sekitar bayi.

Perlindungan dari Infeksi dan Cedera

Praktik paling penting untuk mencegah infeksi silang adalah mencuci tangan secara saksama oleh semua individu yang terlibat dalam asuhan bayi. Suatu ritual yang umumnya dikerjakan di tempat perawatan bayi adalah pemakaian gaun pelindung dan baju "*scrub*" untuk mencegah infeksi. Beberapa studi memperlihatkan bahwa praktik ini tidak efektif dan mahal. Keuntungan jika kita tidak lagi memakai gaun tersebut yaitu dapat menghemat waktu staf dan biaya pencucian maupun penyediaan gaun (Pelke dkk, 1994). Beberapa prosedur lain untuk menghindari infeksi meliputi perawatan mata, perawatan tali pusat, mandi, dan perawatan sirkumsisi. Vitamin K diberikan untuk melindungi diri dari perdarahan. Selain itu, beberapa upaya keamanan telah dipraktikkan,* terutama identifikasi yang jelas dan uji skrining untuk mendeteksi berbagai kelainan.

Identifikasi. Identifikasi yang jelas bayi baru lahir mutlak dilakukan. Perawat harus memverifikasi bahwa setiap pita identifikasi terpasang dengan aman, biasanya pada pergelangan kaki. Selain itu, mereka harus memverifikasi informasinya (nama, jenis kelamin, nomor registrasi ibu, tanggal dan jam persalinan) sesuai dengan catatan kelahiran dan jenis kelamin bayi sebenarnya. Beberapa institusi menggunakan metode identifikasi bayi seperti penyimpanan foto berwarna dalam catatan medis, penyimpanan darah untuk pemetaan genotipe DNA, dan/atau sistem surveilans elektronik untuk keamanan bayi (Butz dkk, 1993). Sidik jari kaki atau sidik jari tangan kini *tidak* lagi direkomendasikan untuk identifikasi bayi baru lahir (American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists, 1997); namun, sidik jari kaki masih merupakan praktik rutin dari identifikasi bayi baru lahir di banyak institusi. *Tag* elektronik yang dapat memancarkan frekuensi radio, juga mulai dipakai untuk mencegah penculikan bayi baru lahir (Quayle, 1997).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KEWASPADAAN Keperawatan Apabila bayi tidak disirkumsisi, orang tua harus diajari cara membersihkan bagian bawah dan sekitar kulup dengan **membukanya secara lembut sejauh mungkin** dan mengembalikan ke posisi normalnya. Jika prepusium dibiarkan pada posisi teretraksi, pembuluh darah yang memasok glans penis dapat terjepit sehingga menyebabkan edema.

Begitu kulup dapat dengan mudah diretraksi, anak harus diajari untuk mencuci dengan lembut glans penisnya dengan menggunakan sabun, kemudian membilasnya dengan baik. Selama melakukan perkemihan, retraksi kulup dapat membantu menghindari iritasi glans oleh urine. Orang tua juga diinstruksikan untuk waspada terhadap tanda infeksi saluran kemih, yang mungkin lebih sering terjadi pada bayi laki-laki yang tidak disirkumsisi. Gejalanya meliputi iritabilitas atau kebingungan saat berkemih (karena tidak nyaman), berkemih dengan jumlah sedikit dan sering, dan urgensi perkemihan yang tidak biasa (Westbrooks, 1996).

Bokong dan daerah anus dengan saksama dibersihkan dari semua sisa feses. Seperti pada bagian tubuh lain, daerah ini juga harus dikeringkan untuk menghindari lingkungan hangat dan lembap yang memudahkan pertumbuhan bakteri.

Popok dikenakan setelah mandi dan harus benar-benar pas pada paha dan perut untuk menghindari kebocoran urine. Pada anak lelaki, popok kain dilipat dengan ketebalan lebih di bagian depan untuk memberikan daya serap yang lebih tinggi. Pada anak perempuan, penempatan lipatan tambahan bergantung pada posisinya telentang atau tengkurap. Popok dikunci dengan sisi belakang menumpuk pada sisi depan untuk memudahkan fleksi penuh pada panggul.

Perawat harus mendiskusikan pemilihan bahan kain atau popok sekali pakai dengan orang tua. Di Amerika Serikat, popok yang paling umum dipakai adalah popok kertas sekali pakai. Pilihan lain adalah popok kain yang dapat dicuci di rumah atau dicuci di binatu. Banyak faktor-biaya, kenyamanan, manfaat asuhan kulit, kontrol infeksi, dan persoalan lingkungan-memengaruhi pemilihan terbaik ketiga jenis popok tersebut. Secara umum, popok yang dapat dicuci di rumah adalah popok yang paling murah jika biaya cuci tidak diperhitungkan. Apabila biaya cuci dimasukkan, perbedaan harga antara popok sekali pakai, popok yang harus dicuci di binatu, dan popok yang dapat dicuci di rumah cukup kecil, meskipun popok kertas menduduki peringkat termahal. Popok sekali pakai merupakan popok yang paling nyaman, meskipun layanan binatu popok dapat mengurangi belanja untuk mengganti popok.

Popok sekali pakai dengan jel penyerap memiliki kelebihan dalam menjaga kesehatan kulit, mencegah terjadinya dermatitis popok, terutama selama periode neonatus (lihat Bab 30), dan dapat mengontrol kontaminasi lingkungan karena kemampuannya menahan urine dan feses lebih baik.

Asuhan umbilikus. Karena puntung umbilikus merupakan media yang sangat baik untuk pertumbuhan

KOTAK 8-4 RISIKO DAN MANFAAT SIRKUMSISI NEONATUS

RISIKO

Komplikasi:
Perdarahan
Infeksi
Dehisensi (terpisahnya permukaan kulit yang dijahit)
Meatitis (akibat hilangnya perlindungan kulup)
Adhesi
Penis tertutup
Fistula uretra
Stenosis meatus
Nyeri pada bayi yang tidak dianestesi (akibat jangka panjang tidak diketahui, tetapi stres jangka pendek meliputi meningkatnya denyut jantung, perubahan tingkah laku, menangis lama, meningkatnya kadar kortisol, dan menurunnya oksigenasi darah)

MANFAAT

Terhindarnya kanker penis dan postitis (inflamasi prepusium)
Menurunnya insidensi balanitis (inflamasi glans), dan kemungkinan infeksi saluran kemih pada bayi lelaki, maupun beberapa penyakit menular seksual di kemudian hari
Pencegahan komplikasi yang berhubungan dengan sirkumsisi dewasa
Terjaganya citra tubuh pria yang konsisten dengan teman (di negara yang lazim menerapkan prosedur ini)

bakteri, ada berbagai metode asuhan tali pusat yang dipraktikkan. Tidak ada metode yang terbukti paling baik, meskipun ada satu studi yang menemukan bahwa pemberian tiga pewarna topikal (larutan hijau brilian, proflavin hemisulfat, dan violet kristal) lebih efektif dibandingkan salep basitrasin. Tanpa memperhitungkan tipe penanganan yang diberikan, popok harus terletak di bawah tali pusat untuk mencegah iritasi dan basah pada tempat tersebut. Orang tua diinstruksikan mengenai deteriorisasi puntung dan asuhan tali pusat yang baik. Puntung akan mengalami deteriorisasi melalui proses gangren kering. Terlepasnya puntung dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk tipe asuhan tali pusat, tipe persalinan, dan kejadian perinatal lainnya. Rata-rata waktu terlepasnya tali pusat adalah 10 sampai 14 hari. Satu studi menemukan bahwa insidensi omfalitis tidak tinggi pada pengeringan yang alami (tanpa penanganan). Peneliti menyarankan bahwa penggunaan alkohol untuk mencegah infeksi tali pusat bukan merupakan jaminan (Dore dkk, 1998).

Perlu beberapa minggu lagi bagi dasar tali pusat untuk sembuh sempurna setelah lepas. Selama periode tersebut, asuhan yang diberikan meliputi menjaga kebersihan dan kekeringan tali pusat melalui pengolesan dasar dengan alkohol.

KEWASPADAAN Keperawatan

Instruksikan orang tua untuk melaporkan setiap tanda infeksi tali pusat, seperti adanya eritema dan bau taksedap, cairan purulen, kepada profesional asuhan kesehatan.

Sirkumsisi. Sirkumsisi, pengangkatan kulup dari glans penis secara bedah biasanya dilakukan di rumah sakit,



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

rendah. Karena mekanisme regulasi bayi masih imatur, kalsium akan diekskresi, sehingga mengakibatkan hipokalsemia, yang dapat menyebabkan tetani. Kandungan mineral ini dalam ASI lebih sedikit, tetapi lebih seimbang proporsinya, dengan rasio kalsium/fosfor (2:1) lebih tinggi. Kedua jenis susu mengandung zink dalam jumlah yang mencukupi, suatu mineral yang diketahui sangat esensial pada manusia. Akan tetapi, seng pada ASI lebih cepat diserap.

Baik ASI dan susu sapi memiliki jumlah vitamin A dan B kompleks yang memadai. Vitamin C rendah pada susu sapi, tetapi tinggi pada ASI, selama asupan ibu mencukupi. Vitamin D rendah pada ASI tetapi kebutuhannya sudah mencukupi, bergantung pada asupan ibu dan pajanan bayi terhadap sinar matahari. Susu sapi dan sediaannya biasanya ditunjang dengan vitamin D. ASI hanya mengandung seperempat jumlah vitamin K dibandingkan susu sapi. Akan tetapi, di Amerika Serikat semua bayi yang dilahirkan di rumah sakit telah mendapat suplemen vitamin K saat lahir.

Meskipun susu sapi formula komersial telah dimodifikasi sehingga sangat mendekati kandungan nutrisi ASI, namun masih ada kelebihan bermakna ASI. Adanya modulator pertumbuhan seperti *epidermal growth factor* dan nukleotida tampaknya merangsang sintesis DNA dan maturasi saluran pencernaan. ASI mengandung kadar tinggi aktivitas lisozim dan imunoglobulin A dan memberikan perlindungan terhadap berbagai penyakit bakteri dan virus, terutama yang mengenai saluran pernapasan (termasuk otitis media) dan sistem gastrointestinal. Bukti menunjukkan bahwa ASI melindungi tubuh terhadap terjadinya alergi makanan dan memperkuat respons imun aktif terhadap vaksin *Haemophilus influenzae* tipe B. Selain itu, ASI mengandung faktor pertahanan pejamu lain seperti makrofag, granulosit, dan limfosit T dan B.

Ada bukti bahwa ASI ternyata dapat meningkatkan inteligensi anak, terutama apabila diberikan pada bayi prematur. ASI juga mengandung faktor seperti asam lemak takjenuh ganda rantai panjang (Lteif dan Schwenk, 1998) dan hormon yang memengaruhi pertumbuhan dan maturasi otak (Horwood dan Fergusson, 1998). Keuntungan fisiologis ASI lainnya adalah efek laksatif dan tinjanya tidak mengiritasi kulit. Kelebihan non-fisiologis akan dibahas pada Pemberian ASI (hlm. 261).

KEWASPADAAN Keperawatan Jangan mencairkan ASI beku dengan microwave karena microwave suhu tinggi (72° sampai 98° C [162° sampai 208° F]) secara bermakna menghancurkan efek anti-infeksi. Keamanan microwave suhu rendah (20° sampai 53° C [68° sampai 127° F]) masih dipertanyakan (Quan dkk, 1992). Tidak aman juga memanaskan susu formula dalam microwave, karena panas tidak terdistribusi secara merata dan menyebabkan luka bakar.

Susu evaporasi dan susu formula komersial. Dari analisis ASI dan susu sapi, didapatkan bahwa susu sapi murni tidak cocok untuk nutrisi bayi. Susu ini

harus diencerkan untuk memenuhi kebutuhan protein yang lebih rendah, tetapi jika diencerkan, tidak akan memenuhi kebutuhan kalorinya. Susu evaporasi modifikasi atau formula komersial dapat digunakan sebagai pengganti.

Di Amerika Serikat, hanya sedikit bayi yang diberi **formula susu evaporasi**, namun, susu ini memiliki beberapa kelebihan dibandingkan susu murni. Sudah tersedia dalam kaleng, tidak perlu pendinginan jika belum dibuka, lebih murah dari formula komersial, memiliki gumpalan keju yang lebih lunak dan lebih mudah dicerna, dan mengandung lebih banyak laktalbumin dan rasio kalsium/fosfor yang lebih tinggi. Kekurangan susu evaporasi untuk nutrisi bayi meliputi rendahnya konsentrasi besi dan vitamin C, kelebihan natrium dan fosfor, dan lemaknya susah dicerna (Akers dan Groh-Wargo, 1999).

Aturan umum dalam mempersiapkan formula susu evaporasi adalah mengencerkan isi kaleng 13 ons dengan 17 ons air dan menambah 1-2 sendok teh gula atau sirup jagung.

Susu evaporasi tak boleh dibaurkan dengan susu kondensasi, yang merupakan salah satu bentuk susu evaporasi dengan lebih dari 45% gula. Karena tingginya konsentrasi karbohidrat dan rendahnya kandungan lemak dan protein yang tidak proporsional tersebut, maka susu kondensasi tidak boleh digunakan untuk bayi. Sama halnya, susu skim atau rendah lemak juga tidak boleh digunakan karena kurang cukup mengandung konsentrasi kalori, meningkatkan secara bermakna beban larutan ginjal dan menarik air, dan tidak mencukupi kebutuhan tubuh akan asam lemak esensial.

Susu kambing merupakan sumber buruk besi dan asam folat. Susu ini memiliki beban larutan ginjal terlalu tinggi akibat tingginya kandungan protein, sehingga tidak cocok untuk nutrisi bayi. Ada orang tua yang menganggap susu kambing lebih tidak alergenik dari sumber susu lain yang tersedia dan memberikannya kepada bayinya untuk menurunkan reaksi alergi susu. Akan tetapi, bayi yang benar-benar memiliki reaksi terhadap protein asing dalam susu sapi tetap akan bereaksi terhadap protein asing dalam susu kambing (Fomon, 1993).

Susu formula komersial adalah formula berdasar susu yang telah dimodifikasi untuk mendekati kandungan nutrisi ASI. Akan tetapi, susu ini tetap bukan merupakan pengganti yang tepat. Misalnya, ASI lebih tinggi kandungan kolesterol dan asam lemak jenuhnya dari susu formula komersial. Kadar kolesterol total lebih tinggi pada bayi yang mendapat ASI, meskipun segera turun begitu mereka disapih. Karena ASI mengandung nutrisi yang optimal bagi bayi, beberapa ahli bertanya-tanya apakah rendahnya kadar kolesterol dan tingginya lemak takjenuh ganda pada susu formula komersial sudah mencukupi.

Susu formula komersial tersedia dalam tiga sediaan: (1) bentuk siap pakai dalam kaleng atau botol, (2) Bentuk cairan konsentrasi tinggi yang harus diencerkan dengan air dalam jumlah yang sama, dan (3) Bentuk bubuk yang harus dipersiapkan sesuai petunjuk pabrik. Salah satu pertimbangan penggunaan susu formula komersial adalah harganya. Keluarga harus membanding-banding harga susu saat be-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KOTAK 8-6 BAGAIMANA MENCIPTAKAN DUNIA BAYI YANG LEBIH MENYENANGKAN*

Bayi lebih menyukai objek bergerak dan bersuara.
 Bayi menyukai sesuatu yang baru, cepat bosan melihat hal yang sama; gerakan harus sering diubah.
 Bayi lebih suka melihat warna dengan intensitas medium dan kontras, seperti hitam dan putih.
 Bayi menyukai bentuk geometris dan kotak catur; lebih menyukai pola dibandingkan garis lurus.
 Sinar kontras dan permukaan reflektif seperti cermin sangat menarik.
 Akan tetapi, tidak ada yang lebih menyenangkan dari wajah dan suara manusia!

*Objek harus diletakkan sekitar 20 cm (8 inci) dari bayi.

Rekomendasi untuk pelabelan susu formula bayi harus menyertakan petunjuk cara persiapan dan penggunaan susu formula termasuk gambar atau simbol bagi individu yang tidak bisa membaca. Selain itu, pabrik harus menerjemahkan petunjuk ke dalam bahasa asing, seperti Spanyol atau Vietnam, untuk mencegah kesalahpahaman dan kesalahan dalam persiapan susu formula.

KEWASPADAAN Keperawatan Tekankan kepada keluarga bahwa proporsinya *tidak boleh diubah* atau diencerkan melebihi jumlah susu formula, selain tidak boleh terlalu pekat untuk menambah kalori.

Jadwal pemberian susu. Idealnya, jadwal pemberian susu harus ditentukan oleh rasa lapar bayi. **Pemberian susu sesuai permintaan (demand feeding)** adalah pemberian susu ketika sudah ada tanda kesiapan bayi. **Pemberian susu terjadwal (scheduled feeding)** diatur sesuai interval yang telah ditentukan sebelumnya. Sebagian rumah sakit secara rutin memberikan susu kepada bayi setiap 4 jam. Meskipun memuaskan bagi bayi yang mendapat susu botol, tetapi cara ini mengganggu proses pemberian ASI. Karena bayi yang diberi ASI cenderung lapar setiap 2 sampai 3 jam karena susu ibu mudah dicerna, maka mereka harus diberi susu sesuai permintaan.

Makanan tambahan *tidak* boleh diberikan pada bayi yang mendapat ASI sebelum laktasi berjalan dengan mantap, karena dapat mengenyangkan bayi dan menyebabkan bayi tidak menyenangi puting. Tambahan air tidak diperlukan pada bayi yang mendapat ASI, meskipun di cuaca panas sekalipun (Sachdev dkk, 1991). Anak yang sudah kenyang menjadi kurang kuat mengisap payudara, dan produksi susu bergantung pada pengosongan payudara setiap kali penyusuan. Susu yang dibiarkan menumpuk di dalam duktus dapat menyebabkan pembendungan payudara, iskemia, serta menekan aktivitas sel asini dan sel pensекреksi susu. Akibatnya, produksi susu akan berkurang. Selain itu proses pengisapan dari botol berbeda dengan kompresi puting payudara. Puting karet yang relatif tidak fleksibel menghalangi lidah untuk melakukan gerakan ber-



GBR. 8-19 Posisi berhadapan antara orang tua dan bayi sangat penting dalam proses kelekatan.

irama yang biasa. Bayi akan belajar meletakkan lidah menahan lubang puting untuk memperlambat cepatnya aliran cairan susu. Apabila bayi menggunakan gerakan lidah yang sama saat diberi ASI, mereka dapat mendorong puting ibu keluar dari mulut dan tidak mengulum areola dengan benar.

Biasanya pada usia laktasi 3 minggu, jadwal pemberian susu telah mantap. Bayi yang mendapat susu botol mampu menelan sekitar 2 sampai 3 ons susu pada setiap kali pemberian dan diberi susu sekitar enam kali sehari. Kuantitas susu formula yang dikonsumsi berdasarkan pada kebutuhan kalori adalah 108 kkal/kg/hari; maka bayi baru lahir yang beratnya 3 kg memerlukan 324 kkal/hari. Karena susu formula komersial memiliki 20 kkal/ons, maka sekitar 16 ons (480 ml) sudah mencukupi kebutuhan kalori harian. Bayi yang mendapat ASI akan menyusu sebanyak 10 sampai 12 kali sehari. Semakin besar bayi, semakin besar kemampuan menelan karena semakin besarnya kapasitas lambung; akibatnya, mereka biasanya tidur malam lebih cepat dari bayi yang lebih kecil atau bayi yang mendapat ASI.

Tingkah laku menyusu. Lima stadium tingkah laku terjadi selama penyusuan yang berhasil. Dengan memahami tahapan ini, perawat akan mampu mengidentifikasi potensial masalah penyusuan akibat teknik penyusuan yang tidak benar. **Tingkah laku prapenyusuan**, seperti menangis, mengindikasikan tingkat kebangunan dan derajat kelaparan bayi. Untuk mendorong bayi meraih payudara dengan benar, penyusuan sebaiknya mulai dilakukan selama keadaan jaga tenang, sebelum bayi marah. **Tingkah laku pendekatan** ditunjukkan oleh pergerakan mengisap dan atau refleksi *rooting*. **Tingkah laku kelekatan (attachment)** termasuk aktivitas yang terjadi saat bayi mendapatkan puting dan mulai mengisap (terkadang lebih jelas selama usaha awal pemberian ASI). **Tingkah laku konsumatori** meliputi pengisapan dan penelanan yang terkoordinasi. *Gagging* yang menetap menunjukkan tingkah laku konsumatori yang tidak berhasil. **Tingkah laku kepuasan** terlihat ketika bayi memperlihatkan rasa puas kepada orang tua, biasanya dengan tertidur.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

membantu menonjolkan karakter masing-masing. Tingkah laku pada *Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale* dapat digunakan untuk menggambarkan perbedaan tersebut dan untuk menekankan strategi yang efektif untuk memahami perbedaan personalitas pada saat yang sama. Si kembar dianjurkan untuk tidur di tempat tidur yang sama di rumah sakit dan di rumah untuk mempertahankan keterikatan di antara keduanya yang telah terbentuk dalam uterus (Della Porta, Aforismo, dan Butler-O'Hara, 1998). Strategi lain untuk meningkatkan personalitas didiskusikan dalam Kelahiran Ganda (Bab 3).

Area lain keterikatan yang mendapat sedikit perhatian adalah keterikatan maternal pada ibu multipara. Riset menunjukkan bahwa ada beberapa tugas tambahan untuk mengasuh anak kedua. Tugas tersebut adalah:

- Peningkatan penerimaan dan persetujuan anak kedua
- Kesedihan dan pemulihan dari rasa kehilangan hubungan eksklusif dengan anak pertama
- Perencanaan dan koordinasi kehidupan keluarga untuk memasukkan anak kedua
- Merumuskan kembali hubungan dengan anak pertama
- Mengidentifikasi anak kedua dengan membandingkan karakter fisik dan psikologis anak ini dengan anak pertama
- Mengkaji kemampuan afektif individu dalam memberikan dukungan emosi yang memadai dan pembinaan secara bersama kepada kedua anak

Ibu pekerja yang memiliki anak kedua dilaporkan memiliki keprihatinan yang lebih kecil mengenai pemisahnya dengan anak mereka dan efek pemisahan pada anak, tetapi keprihatinan yang mereka rasakan sama ketika mereka mengalaminya dengan anak pertama. Dengan demikian, pengalaman dapat mengurangi keprihatinan terhadap beberapa hal, tetapi belum tentu terhadap hal lainnya.

Persiapan Pemulangan dan Asuhan di Rumah

Dengan semakin singkatnya rawat inap maternal, begitu juga semakin cepatnya tren mengenai program **asuhan ibu-anak**, yang juga dinamakan *dyad* atau *couplet care*, rencana pemulangan, rujukan, dan kunjungan ke rumah menjadi komponen penting asuhan komprehensif bayi baru lahir. Baik pada saat pertama kali maupun setelah "berpengalaman," orang tua mendapat manfaat dari panduan dan bantuan mengenai asuhan bayi, seperti pemberian ASI atau susu botol, dan dengan integrasi keluarga terhadap anggota baru, terutama penyesuaian saudara.

Untuk mengkaji dan memenuhi kebutuhan ini, penyuluhan harus dimulai secara dini, idealnya *sebelum kelahiran*. Tidak hanya karena rawat inap pascapartum yang singkat (12 sampai 24 jam), tetapi juga karena ibu sedang dalam **fase taking-in**, yang ditandai dengan tingkah laku pasif dan bergantung. Oleh karena itu, pada hari pertama pascapartum wanita tidak mampu menyerap banyak informasi. Pada saat seperti ini, lebih baik perawat menegaskan poin-poin aspek asuhan yang esensial, seperti keamanan dan

penyusuan bayi. Orang tua juga bisa diberi daftar mengenai topik asuhan ibu dan bayi sebagai bagian riwayat pemasukan keperawatan untuk memilih isu yang ingin mereka bahas. Persoalan sebelum pemulangan harus dipusatkan pada pola penyusuan bayi, siklus buang air besar, jaundis, dan menangis yang berlebihan.

Banyak persoalan yang diekspresikan oleh pemberi asuhan kesehatan mengenai pemulangan awal, terutama ketiadaan dukungan untuk menyusui ASI, keterlambatan diagnosis hiperbilirubinemia, dan penapisan taktuntas mengenai PKU dan hipotiroidisme kongenital (Charles dan Prystowsky, 1995). Untuk lebih memenuhi kebutuhan ibu agar bisa dipulangkan segera setelah kelahiran, banyak institusi telah menerapkan program pemberian asuhan (*tindak lanjut/follow up*) pascapartum dini tanpa tambahan biaya bagi ibu (Weinberg, 1994; Brown dan Johnson, 1998; Locklin dan Jansson, 1999). (Lihat kotak Fokus Komunitas.)

Meskipun banyak ibu dan bayi baru lahir mungkin aman saja dipulangkan dalam 12 sampai 24 jam tanpa mengganggu kesehatan mereka, tetapi ada juga yang memerlukan rawat inap yang lebih lama (Weekly dan Neumann, 1997). Asuhan *tindak lanjut* di rumah dalam beberapa hari (atau bahkan beberapa jam setelah pemulangan jika hanya diantisipasi masalah yang kecil) tampaknya menjadi kecenderungan yang semakin menonjol dalam upaya mengurangi biaya rumah sakit dan memenuhi asuhan maternal-bayi baru lahir yang memadai dengan komplikasi minimal. Meskipun terjadi perubahan spektrum asuhan kesehatan bayi baru lahir yang baik, perawat tetap berperan melakukan pengkajian terus-menerus terhadap semua kegiatan ibu-bayi baru lahir untuk meyakinkan transisi yang aman ke rumah dan adaptasi yang berhasil ke unit keluarga (Brown, Towne, dan York, 1996; Weekly dan Neumann, 1997).

Dengan adanya perubahan struktur keluarga, maka sangat penting bagi perawat untuk mengidentifikasi pemberi asuhan primer, yang tidak selalu harus ibunya, tetapi mungkin ayah, kakek-nenek, atau pengasuh bayi. Bergantung pada komposisi keluarga, sistem dukungan primer ibu dalam asuhan bayi baru lahir tidak selalu suami tradisional atau teman pria.

Perawat tidak boleh menyimpulkan bahwa terminologi yang berhubungan dengan asuhan ibu-bayi sudah dipahami. Kata yang berhubungan dengan anatomi (mis., "mekonium", "labia", "edema", dan "genitalia") dan ASI (mis., "areola", "kolostrum", dan "refleks letdown") mungkin tidak familier bagi ibu. Ibu tidak perlu memahami istilah tersebut, karena kurangnya pemahaman ibu muda yang tingkat pendidikannya rendah.

Unsur penting berkenaan dengan konseling pemulangan adalah transportasi yang aman bayi baru lahir ke rumah dari rumah sakit. Idealnya, informasi ini juga harus diberikan *sebelum* kelahiran agar orang tua mempunyai kesempatan membeli tempat duduk bayi yang dilengkapi dengan restrein pengaman di mobil.

Ketika membeli tempat duduk dengan restrein pengaman di mobil, orang tua harus mempertimbangkan harga dan kenyamanannya.

Tempat duduk tipe kovertibel lebih mahal pada awalnya, namun sebenarnya lebih murah dibandingkan dua sistem



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN Bayi Baru Lahir Normal dan Keluarga (Ijt)

Bayi menerima jumlah nutrisi yang memadai (jelaskan jumlah dan frekuensi pemberian makan)

Bayi tidak kehilangan lebih dari 10% berat badan lahir

DIAGNOSIS KEPERAWATAN: Gangguan proses keluarga yang berhubungan dengan krisis maturasi, kelahiran bayi cukup bulan, perubahan unit keluarga

Tujuan 1: Pasien (Keluarga) akan memperlihatkan tingkah laku keterikatan orang tua-bayi

Intervensi Keperawatan/Rasional

Segera setelah kelahiran, dorong orang tua melihat dan menggendong bayi; letakkan bayi baru lahir dekat dengan wajah orang tua untuk membuat kontak visual

Idealnya, lakukan asuhan mata setelah pertama kali pertemuan bayi dan orang tua, dalam 1 jam setelah lahir apabila bayi terjaga dan tampak telah berhubungan visual dengan orang tua

Tunjukkan kepada orang tua tingkah laku tertentu yang tampak pada bayi (mis., kesiagaan, kemampuan melihat, mengisap kuat, tingkah laku *rooting*, dan perhatian terhadap suara manusia)

Diskusikan dengan orang tua harapan mereka terhadap anak yang hanya fantasi versus anak yang nyata, jika ada indikasi

Dorong orang tua untuk "membicarakan tentang" pengalaman persalinan dan kelahiran mereka; identifikasi kapan mereka kehilangan kontrol, terutama ibu

Identifikasi tahapan tingkah laku dalam proses kelekatan, dan evaluasi hal-hal yang dianggap positif dan yang menunjukkan *parenting* (menjadi orang tua) yang tidak adekuat atau terlambat

Dorong keluarga untuk rawat gabung atau untuk sering-sering memanggil bayi jika tidak rawat gabung

Perhatikan dan kaji isyarat timbal-balik antara bayi dan orang tua untuk mengidentifikasi tingkah laku yang perlu diperkuat

Bantu orang tua dalam mengenali siklus atensi – non atensi dan dalam memahami kepentingannya

Kaji variabel yang memengaruhi perkembangan kelekatan melalui observasi terhadap bayi dan orang tua dan wawancara masing-masing orang tua atau pemberi asuhan lainnya

Hasil yang Diharapkan

Orang tua membuat kontak dengan bayi langsung atau segera setelah lahir

Orang tua memperlihatkan tingkah laku kelekatan, seperti menyentuh, kontak mata, memberi nama dan memanggil bayi sesuai namanya, berbicara kepada bayi, dan berpartisipasi dalam aktivitas pemberian asuhan

Orang tua mengenali siklus atensi – non-atensi

Tujuan 2: Pasien (Saudara) akan memperlihatkan tingkah laku penyesuaian/kelekatan kepada bayi baru lahir

Intervensi Keperawatan/Rasional

Berikan kesempatan untuk melakukan kunjungan atau sentuhan kepada bayi baru lahir, jika mungkin

Terangkan perbedaan fisik bayi baru lahir, seperti kepala botak, puntung umbilikus dan klem, sirkumsisi, untuk mengurangi rasa takut yang mungkin dimiliki saudara

Terangkan kepada saudara mengenai harapan realistis terhadap kemampuan dan kebutuhan bayi baru lahir

Memerlukan asuhan komplet

Bukan teman bermain

Dorong saudara untuk berpartisipasi dalam asuhan di rumah agar mereka merasa menjadi bagian dari pengalaman baru tersebut

Dorong saudara untuk menghabiskan waktunya dengan anak lain di rumah untuk mengurangi perasaan kecemburuan kepada saudara barunya

Hasil yang Diharapkan

Saudara memperlihatkan ketertarikan pada bayi baru lahir dan harapan realistis sesuai usianya

Tujuan 3: Pasien (Keluarga) siap dipulangkan dan melakukan asuhan di rumah

Intervensi Keperawatan/Rasional

Diskusikan dengan keluarga mengenai persiapan susu formula yang benar

Tekankan bahwa proporsi pengenceran atau pemekatan susu formula tidak boleh diubah

Larang pemanasan susu botol dengan microwave untuk mencegah terjadinya luka bakar

Dorong keterlibatan staf pendukung, seperti spesialis laktasi atau anggota *La Leche League*, untuk membantu pemberian ASI

Instruksikan aspek lain asuhan bayi baru lahir

Mandi

Asuhan tali pusat dan sirkumsisi

Kenali keadaan aktivitas interaksi optimal (lihat Tabel 8-3)

Dorong partisipasi dalam kelas *parenting*, jika tersedia

Diskusikan pentingnya dan cara yang benar penggunaan tempat duduk *restrein* sesuai kebijakan institusi

Apabila bayi kecil, nasihati orang tua untuk menggunakan gulungan selimut dan handuk di selangkangan agar tidak meleset dan di sepanjang sisi untuk meminimalkan gerakan lateral. Akan tetapi, jangan memasang bantalan di bawah atau di belakang bayi, karena dapat menyebabkan kendornya tali pengikat, sehingga memungkinkan bayi terlempar dari kursi saat terjadi benturan

Rujuklah ke organisasi yang menyewakan kursi *restrein* mobil

Apabila kelekatan orang tua-bayi berisiko, rujuklah ke agen yang tepat (layanan sosial, layanan keluarga dan anak, program berisiko)

Hasil yang Diharapkan

Keluarga memperlihatkan kemampuannya dalam memberikan asuhan kepada bayi

Keluarga menepati perjanjian untuk asuhan tindak lanjut

Bayi pulang ke rumah memakai kursi *restrain* mobil yang sesuai dengan kebijakan

Anggota keluarga bersedia memberikan layanan yang diperlukan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Reynolds RD: Use of the Mogen clamp for neonatal circumcision, *Am Fam Physician* 54(1):177-182, 1996.
- Runkel DR: The use of EMLA cream prior to circumcision, *Mother Baby Journal* 3(4):31-33, 1998.
- Spencer D and others: Dorsal penile nerve block in neonatal circumcision: chloroprocaine versus lidocaine, *Am J Perinatol* 9(3):214-218, 1992.
- Taddio A and others: Efficacy and safety of lidocaine-prilocaine cream for pain during circumcision, *N Engl J Med* 336(17):1197-1201, 1997.

STATUS FISILOGIK BAYI BARU LAHIR/ PENGKAJIAN NEONATUS

- Alexander GR, Allen MC: Conceptualization, measurement, and use of the gestational age. I. Clinical and public health practice, *J Perinatol* 16(1):53-59, 1996.
- Algranati PS: Effect of developmental status on the approach to physical examination, *Pediatr Clin North Am* 45(1):1-23, 1998.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn: Hospital stay for healthy term newborns, *Pediatrics* 96(4):788-790, 1995.
- Axton SE and others: Comparison of brachial and calf blood pressures in infants, *Pediatr Nurs* 21(4):323-326, 1995.
- Avery GB, Fletcher MA, McDonald MG: *Neonatology: pathophysiology and management*, ed 4, Philadelphia, 1994, JB Lippincott.
- Balakas K, Schappe A: Procedure in home care: well baby assessment, *Home Health Nurse* 13(5):82-84, 1995.
- Blackburn S: Renal function in the neonate, *J Perinat Neonat Nurs* 8(1):37-47, 1994.
- Bruno JP: Systematic neonatal assessment and intervention, *MCN* 20(1):21-24, 1995.
- Busman CLA: Implementation of a universal newborn hearing screening program, *Mother Baby J* 5(1):31-35, 2000.
- Carey BE: Physical assessment of the newborn: a comprehensive approach to the art of physical examination-neurologic assessment, *Mother Baby J* 3(1):33-38, 1996.
- Carey BE: Physical assessment of the newborn: a comprehensive approach to the art of physical examination-neurologic assessment, Part II, *Mother Baby J* 3(2):25-34, 1998.
- Cole JG: The amazing abilities of the newborn infant, *Mother Baby J* 3(1):40-43, 1998.
- Fanaroff A, Martin R, editors: *Diseases of the fetus and infant*, ed 6, St Louis, 1997, Mosby.
- Fenichel GM: Neurological examination of the newborn, *Int Pediatr* 9(2):77-81, 1994.
- Goodwin TM: Role of the Apgar score in assessing perinatal asphyxia, *Contemp OB/Gyn* 42(6):80-82, 86, 89-90, 92, 1997.
- Johnson TS and others: Reliability of three length measurement techniques in term infants, *Pediatr Nurs* 25(1):13-17, 1999.
- Loening-Baucke V, Kimura K: Failure to pass meconium: diagnosing neonatal intestinal obstruction, *Am Fam Physician* 60(7):2043-2050, 1999.
- Medoff-Cooper B, Ray W: Neonatal sucking behaviors, *Image J Nurs Sch* 27(3):195-200, 1995.
- Pressler JL, Hepworth JT: Newborn neurologic screening using NBAS reflexes, *Mother Baby J* 2(6):27-40, 1997.
- Pressler JL, Hepworth JT: Behavior of macrosomic and appropriate-for-gestational-age newborns, *JOGNN* 26(2):198-205, 1997.
- Rothman SM, Lee BCP: What bulges under a bulging fontanel? *Arch Pediatr Adolesc Med* 152(1):100-101, 1998.
- Sansoucie DA, Cavaliere TA: Transition from fetal to extrauterine circulation, *Neonatal Network* 16(2):5-12, 1997.
- Shann F, Mackenzie A: Comparison of rectal, axillary, and forehead temperatures, *Arch Pediatr Adolesc Med* 150(1):74-77, 1996.
- Thomas K: Thermoregulation in neonates, *Neonatal Network* 13(2):15-22, 1994.

ASUHAN KEPERAWATAN NEONATUS: UMUM

- American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention: Safe transportation of newborns at hospital discharge, *Pediatrics* 104(4):986-987, 1999.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention and Committee on Fetus and Newborn: Safe Transportation of premature and low birth weight infants, *Pediatrics* 97(5):758-760, 1996.
- Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT: Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis *Am J Clin Nutr* 70(4):525-535, 1999.
- Barnes LP: Infant Care: teaching the basics, *MCN* 19(1):47, 1994.
- Barsky-Firkser L, Sun S: Universal newborn hearing screenings: a three year experience, *Pediatrics* 99(6):E4, 1997.
- Bendell A: Health care in the 1990s: changes in health care delivery models for survival, *JOGNN* 29(2):212-216, 1997.
- Bennet RL, Tandy LJ: Postpartum home visits: extending the continuum of care from hospital to home, *Home Health Nurse* 16(5):295-303, 1998.
- Bordman HB, Holzman IR: Infant care knowledge of primiparous urban mothers, *J Perinatol* 16(2):107-110, 1996.
- Braveman P and others: Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature, *Pediatrics* 96(4):716-726, 1995.
- Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V: Early perinatal hospital discharge and parenting during infancy, *Pediatrics* 104(5):1070-1076, 1999.
- Cooper WO and others: Use of health care services by inner-city infants in an early discharge program, *Pediatrics* 98(4):686-691, 1996.
- Corraro JE: Perinatal hepatitis B: Update & recommendations, *MCN* 23(5):246-252, 1998.
- de Guehery K, Noyes S: Family-centered care: application to practice, *Mother Baby J* 3(1):26-32, 1998.
- Ferguson SL, Engelhard CL: Short stay: the art of legislating quality and economy, *AWHONN Lifelines* 1(1):17-23, 1997.
- Gunn AJ, Gunn TR: Effect of radiant heat on head temperature gradient in term infants, *Arch Dis Child* 74:F200-F203, 1996.
- Johns RM, Miller L, Hochstetler J: Mother and baby dental care, *Mother Baby J* 3(3):15-22, 1998.
- Kessel W and others: Early discharge: in the end, it is clinical judgment, *Pediatrics* 96(4):739-742, 1995.
- Kiehl E, Wallace R, Warren C: Tracking perinatal infection: is it safe to launder your scrubs at home? *MCN* 22(4):195-197, 1997.
- Kaminski J, Hall W: The effect of shooting music on the neonatal behavioral states in the newborn nursery, *Neonatal Network* 15(1):45-54, 1996.
- Kendig JW: Care of the normal newborn, *Pediatr Rev* 13(7):262-268, 1992.
- Konrad C, Norton J: Newborn temperature regulation: challenge for mother baby nurses, *Mother Baby J* 3(4):12-16, 1998.
- Krebs TL: Cord care: is it necessary? *Mother Baby J* 3(2):5-12, 1998.
- Letko MD: Understanding the Apgar score, *JOGNN* 25(4):299-303, 1996.
- Nelson TE: Safeguarding newborns: managing the risk, *RN* 62(3):67-69, 1999.
- Penticuff JH: Ethical dimensions in genetic screening: a look into the future, *JOGNN* 25(9):785-789, 1996.
- Pokorni JL: promoting the overall development of infants and young children receiving home health services, *Pediatr Nurs* 23(2):187-190, 1997.
- Ramenghi LA and others: Effect of non-sucrose sweet tasting solution on neonatal heel prick responses, *Arch Dis Child* 74:F129-F131, 1996.



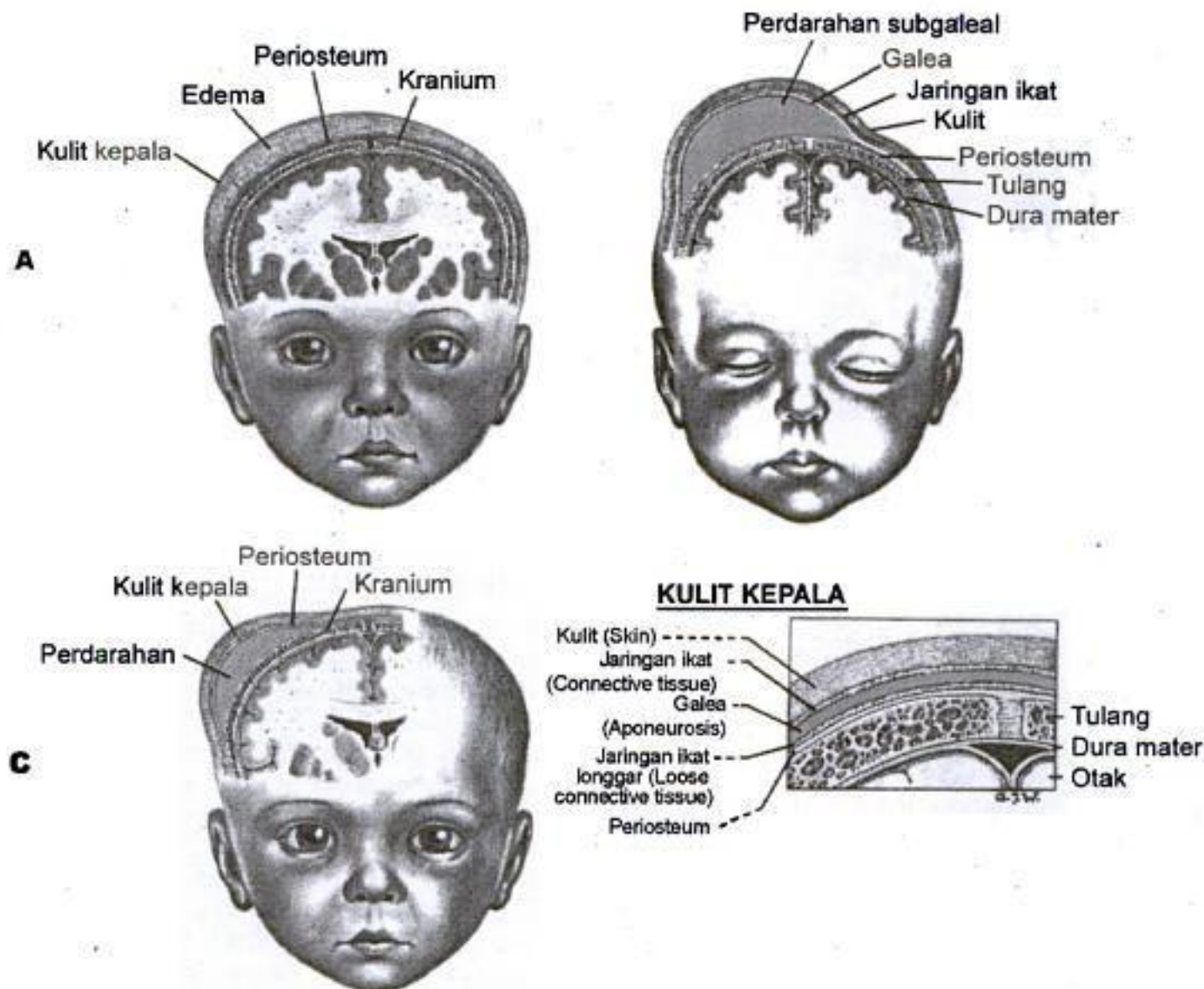
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 9-1 A, Kaput suksedaneum. B, Perdarahan subgaleal. C, Sefalhematoma. (A dan C dari Seidel HM dkk: Mosby's guide to physical examination, ed 4, St Louis, 1999, Mosby).

Pertimbangan Keperawatan

Asuhan keperawatan diarahkan pada pengkajian dan observasi cedera kulit kepala biasa dan kehati-hatian melakukan observasi mengenai adanya komplikasi yang berhubungan seperti infeksi, atau yang jarang, kehilangan darah akut dan hipovolemia. Karena cedera yang kasat mata ini akan sembuh spontan, orang tua perlu jaminan mengenai sifat alaminya yang biasanya jinak/ringan.

FRAKTUR

Fraktur **klavikula**, atau **collarbone**, adalah cedera kelahiran yang paling sering terjadi. Ini sering dikaitkan dengan kesulitan persalinan verteks atau bokong bayi yang besar untuk usia gestasi. **Krepitus** (sensasi krepitasi kasar yang dihasilkan oleh gesekan antar-fragmen tulang yang fraktur) sering terasa dan/atau terdengar pada pemeriksaan lanjut, dan radiografi biasanya menunjukkan fraktur komplet dengan fragmen yang saling tumpang-tindih.

KEWASPADAAN Keperawatan

Bayi baru lahir dengan fraktur klavikula mungkin tidak memperlihatkan gejala, tetapi dicurigai fraktur bila bayi mengalami keterbatasan gerak pada lengan yang lemah, malposisi lengan, refleks Moro asimetris, pembengkakan atau nyeri tekan fokal atau menangis karena nyeri ketika lengan digerakkan. Tindakan memunculkan tanda **Scarf** (mengekstensikan lengan melewati dada ke bahu yang berlawanan) untuk pengkajian usia gestasi merupakan kontraindikasi bila dicurigai ada fraktur klavikula.

Fraktur **tulang panjang**, seperti femur atau humerus, sulit dideteksi dengan pemeriksaan radiologis. Meskipun osteogenesis imperfekta sangat jarang ditemukan, namun bayi baru lahir dengan fraktur harus dikaji mengenai adanya bukti kelainan bawaan ini.

Fraktur **tengkorak** neonatus jarang terjadi. Tulang ini, yang belum banyak mineralisasi dan lebih mudah dikompresi daripada tulang bayi atau anak yang lebih tua, dipisah-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Pertimbangan Keperawatan

Asuhan keperawatan ditujukan ke arah pencegahan penyebaran infeksi dan pemberian obat topikal yang benar sesuai resep. Untuk kandidiasis di daerah popok, pemberi asuhan harus diajari untuk tetap menjaga daerah popok tetap bersih dan mengoleskan obat ke daerah yang sakit sesuai resep (lihat juga Dermatitis Popok, Bab 30).

Nistatin oral diberikan setelah pemberian susu. Obat diratakan ke seluruh permukaan mukosa oral dan lidah memakai aplikator atau spatula; sisa dosis dideposit di mulut agar ditelan oleh bayi untuk mengatasi lesi gastrointestinal. Pemberian amfoterisin B intravena harus dipantau ketat untuk mencegah kerusakan jaringan atau flebitis.

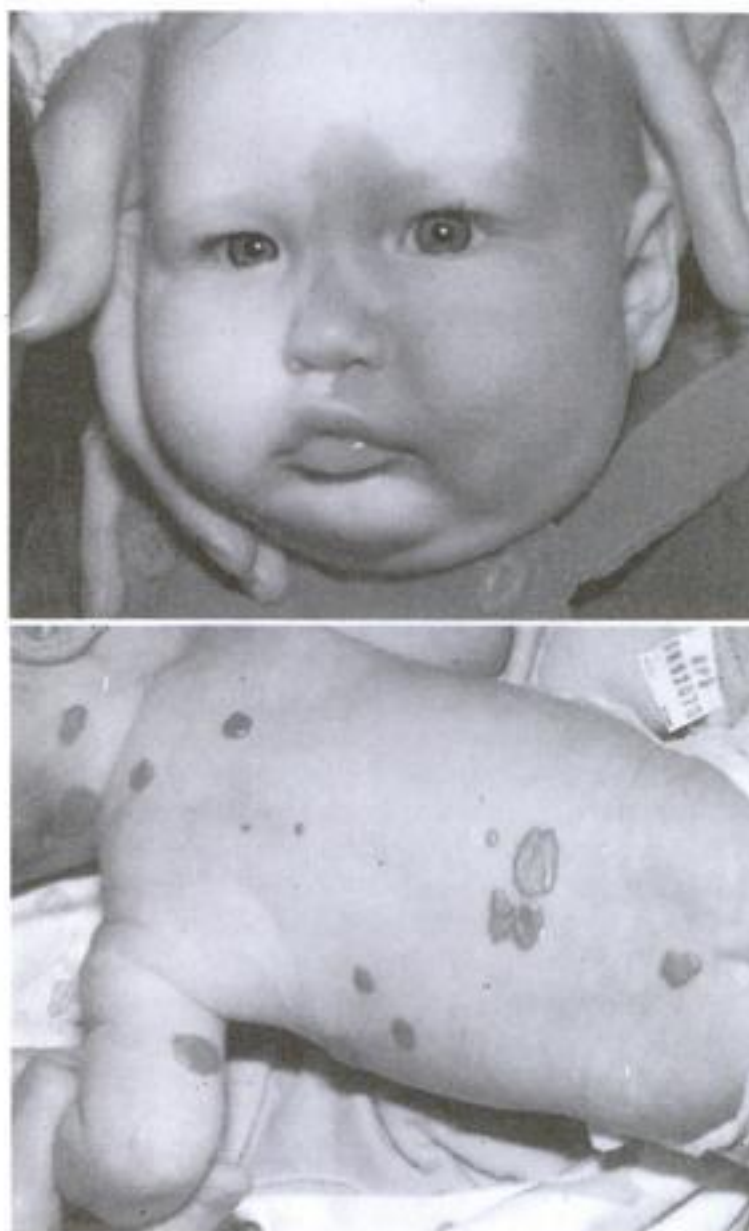
Selain perawatan higiene yang baik, upaya lain untuk mengontrol sariawan meliputi membasil mulut bayi dengan air putih setiap kali selesai menyusu sebelum memberikan obat dan merebus dot dan botol yang akan dipakai lagi paling tidak 20 menit setelah dicuci bersih (spora tahan terhadap panas). Empeng harus direbus paling tidak 20 menit sekali sehari, dan puting susu ibu pemberi ASI harus dirawat untuk mencegah infeksi ulang. Bayi dermatitis popok kandida dapat memasukkan yeast ke mulutnya melalui tangan yang terkontaminasi. Penutupan popok dengan kain dapat mencegah siklus infeksi sendiri ini.

TANDA LAHIR

Perbedaan warna kulit sering ditemukan pada bayi baru lahir (lihat pembahasan mengenai pengkajian kulit bayi baru lahir, Bab 8). Kebanyakan, seperti bercak mongolian atau telangiectasi nevi, tidak memerlukan penanganan selain meyakinkan keluarga mengenai sifat ringan dari perbedaan warna tersebut. Akan tetapi, ada juga yang merupakan manifestasi penyakit yang memerlukan pemeriksaan lanjutan anak dan anggota keluarga lainnya (mis. **bintik café-au-lait** [bintik cokelat] yang sering menandakan kelainan hereditas autosom dominan neurofibromatosis dan merupakan temuan yang sering pada sindrom Albright).

Lesi yang lebih gelap dan/atau luas memerlukan pemeriksaan lebih teliti, dan eksisi lesi dianjurkan bila mungkin atau bila akan dilakukan biopsi eksisi. Lesi seperti ini meliputi nodul soliter cokelat kemerahan yang muncul di wajah atau lengan atas dan biasanya menunjukkan sel nevus spindle dan epiteloid (**juvenile melanoma**); **giant pigmented nevus** (atau **bathing trunk nevus**), plak cokelat gelap sampai hitam yang berisiko mengalami transformasi menjadi melanoma maligna; dan makula cokelat gelap atau hitam yang menjadi semakin banyak sesuai bertambahnya usia (**junctional** atau **compound nevi**).

Tanda lahir vaskular dapat dibagi menjadi kategori berikut: malformasi vaskular, hemangioma kapiler, dan hemangioma campuran. Noda vaskular (malformasi) merupakan lesi permanen yang sudah ada sejak lahir dan awalnya datar dan eritema. Semua struktur vaskular, kapiler, vena, arteria dan limfa dapat terkena. Dua bercak vaskular yang paling sering adalah **port-wine stain** dan **nevus flameus**. Lesi **port-wine** berwarna merah jambu, merah atau yang



GBR. 9-5 A, Port-wine stain. B, Hemangioma strawberi. (Dari Zitelli BJ, Davis HW: Atlas of pediatric physical diagnosis, ed 3, St Louis, 1997, Mosby).

jarang ungu pada kulit yang menebal, menghitam, dan semakin membesar sesuai pertumbuhan usia (Gbr. 9-5, A). Nevus flameus, atau "stork bite" biasanya berlokasi pada glabella atau belakang leher (Rasmussen, 1998).

Port-wine stain juga berhubungan dengan malformasi struktur, seperti glaukoma dan/atau leptomeningus angiomatosis (tumor pembuluh darah atau limfa di pia-araknoid (**sindrom Sturge-Weber**) atau pertumbuhan berlebih tulang dan/atau otot (**sindrom Klippel-Trenaunay-Weber**). Anak dengan port-wine stain pada kelopak mata, dahi, dan pipi, atau ekstremitas harus dipantau mengenai adanya sindrom ini dengan pemeriksaan oftalmologis berkala, pencitraan neurologis, dan pengukuran ekstremitas.

Penanganan pilihan untuk port-wine stain adalah menggunakan *flash lamp-pump pulsed dye laser*. Biasanya diperlukan penanganan berseri (lihat Kotak Asuhan Atraumatik). Penanganan ini secara bermakna dapat mencerahkan atau benar-benar menghilangkan lesi hampir tanpa jaringan parut atau perubahan warna.

Hemangioma kapilare, juga sering disebut **hemangioma strawberi**, merupakan tumor benigna yang hanya



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 9-1 KISARAN TEKANAN DARAH PADA BERBAGAI KELOMPOK BERAT BAYI PREMATUR SEHAT*

BERAT BADAN LAHIR (g)	SISTOLIK (mm Hg)	DIASTOLIK (mm Hg)
501-750	50-62	26-36
751-1000	48-59	23-36
1001-1250	49-61	26-35
1251-1500	46-56	23-33
1501-1750	46-58	23-33
1751-2000	48-61	24-35

Dimodifikasi Dari Hegyi T dkk.: Blood pressure ranges in premature infants. I. The first hour of life, *J Pediatr* 124(4):630, 1994.
*Ditentukan sebagai bayi tanpa riwayat hipertensi maternal, nilai APGAR kurang dari 3 pada 1 menit dan kurang dari 6 pada 5 menit, pneumotoraks, hematokrit $<0,32$, pH serum $<7,1$, menggunakan dopamin, infus eritrosit atau koloid, ventilasi mekanis, atau resusitasi kardiopulmonal.

Penempatan elektroda tetap merupakan masalah bagi perawat karena sedikitnya daerah datar, ukuran elektroda, dan iritasi akibat pasta atau plester. Elektroda untuk memantau jantung sering dipasang pada punggung atau lengan atas untuk menghindari daerah dada; elektroda anggota badan tanpa perekat menghilangkan kemungkinan iritasi kulit karena plester. Elektroda hidrogel lebih lembut ke kulit dan mudah dilepas dengan mengangkat tepinya dari kulit dan melembapkan dengan air biasa untuk menghilangkan perekat (Lund dkk, 1997). Bila elektroda yang sama digunakan kembali ke kulit, hidrogel harus dibasuh dengan air biasa untuk menghilangkan natrium yang terakumulasi dari keringat, yang bisa mengiritasi kulit. Kita harus mengikuti petunjuk pabrik pembuat mengenai asuhan dan penanganan elektroda untuk menghindari malfungsi atau luka bakar pada kulit sensitif.

Tekanan darah (TD) dipantau rutin pada neonatus yang sakit baik dengan alat internal maupun eksternal. Pembacaan langsung dengan kateter arterial sering digunakan namun berisiko seperti pada semua prosedur yang memasukkan kateter ke dalam arteri. Kateter vena umbilikal bisa juga digunakan untuk memantau tekanan vena sentral neonatus. Osilometri (Dinamap) atau alat transkutaneus Doppler merupakan cara yang sederhana dan efektif untuk mendeteksi perubahan TD sistemik (hipotensi atau hipertensi). Kisaran TD normal pada bayi prematur sehat disajikan dalam Tabel 9-1. Bayi yang mengalami asfiksia kelahiran, memiliki nilai APGAR yang rendah, atau yang diventilasi mekanis memiliki tekanan sistolik dan diastolik yang lebih rendah. Bayi yang ibunya menderita hipertensi memiliki TD yang lebih tinggi (Hegyi dkk, 1996).

Di NICU, pemeriksaan laboratorium yang sering dan interpretasinya merupakan bagian integral pengkajian yang terus-menerus pada kemajuan bayi.

Catatan masukan dan haluaran yang akurat terus dijalankan pada semua bayi. Haluaran yang akurat dapat

diperoleh dengan mengumpulkan spesimen kemih dalam kantong pengumpul kemih plastik yang khusus dibuat untuk bayi prematur (lihat Spesimen Kemih, Bab 22) atau dengan menimbang popok, yang merupakan cara paling sederhana dan paling tidak traumatis mengukur haluaran kemih. Popok basah yang telah ditimbang sebelumnya ditimbang lagi dengan timbangan berskala gram, dan gram berat kemih langsung dikonversikan ke milimeter (mis. 25 g = 25 ml).

Studi terkini memperlihatkan bahwa kemih yang diperoleh dari popok sekali pakai yang mengandung bahan gel penyerap (AGM) tidak akurat untuk pengukuran berat jenis, pH dan protein kemih. Sampel kemih yang diperoleh dari bola kapas 100% yang diletakkan di tempat tertentu di popok terbukti paling akurat, sedangkan sampel dari lapisan AGM dan popok kain tidak akurat untuk pengukuran berat jenis, pH, dan protein (Kirkpatrick, Alexander, dan Cain, 1997). Pemeriksaan darah merupakan bagian yang penting pada pengkajian berkelanjutan dan pemantauan kemajuan bayi baru lahir risiko tinggi. Uji yang paling sering dilakukan adalah glukosa darah, bilirubin, kalsium, hematokrit, elektrolit serum, dan gas darah. Sampel dapat diambil dari tumit; vena, arteri, atau kateter di vena umbilikal, arteri umbilikal, atau arteri perifer (lihat kotak Asuhan Atraumatik, hlm. 255, dan Bab 22, Pengumpulan Spesimen).

Bila jumlah sampel darah yang harus diambil cukup banyak, penting untuk mempertahankan catatan akurat jumlah darah yang telah diambil, terutama pada bayi BBLER dan BBLSR, yang dapat memburuk akibat kehilangan darah pada fase akut penyakitnya. Harus ditekankan untuk mengambil sampel darah sesedikit mungkin pada neonatus risiko tinggi untuk meminimalkan kehilangan volume darah berlebihan dan menghindari transfusi dan komplikasi yang berhubungan (Wilson dan Gaedeke, 1996). Perkembangan teknologi laser untuk mengambil sampel darah kapiler dapat mengurangi risiko cedera dan infeksi pada neonatus. Alat dengan presisi tinggi ini melukai kulit hanya dengan gelombang laser yang sangat kecil, sehingga tidak perlu lagi lanset yang tajam (Meehan, 1998). Untuk memperoleh sampel berulang-ulang dalam memantau gas darah arteri tanpa tusukan arteri berkali-kali, sering dipakai oksimetri nadi, yang dapat mengukur saturasi dan persentase oksigen dalam hemoglobin. Monitor gas darah arteri yang terpasang juga dapat mengurangi pemborosan darah dan tusukan perifer. Pemantauan oksigen transkutan ($tcPo_2$) dan karbon dioksida ($tcPco_2$), yang mengukur tekanan parsial O_2 dan CO_2 , juga dapat digunakan. Perawat harus mencatat perubahan oksigenasi (satu aspek lain yang dipantau) berkaitan dengan penanganan dan penyesuaian asuhan bayi (lihat Stres Bayi, hlm. 298). Frekuensi tanda vital ditentukan oleh tingkat keakutan bayi (keseriusan kondisi) dan respons terhadap penanganan.

Diagnosis Keperawatan

Kebanyakan diagnosis keperawatan biasanya dapat dibuat setelah pengkajian cermat pada bayi berisiko. Ada beberapa



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

dengan bayi. Peralatan yang digunakan dalam asuhan bayi harus dibersihkan secara teratur sesuai rekomendasi pabrik atau protokol institusi; yang meliputi membersihkan tempat tidur, kasur, inkubator, penghangat radiasi, monitor kardiorespirasi, oksimetri nadi, dan peralatan monitor tanda vital setelah dipakai pada salah satu bayi dan sebelum dipakai pada bayi lainnya. Karena organisme lebih cepat berkembang di air, maka slang-slang air dan peralatan pelembap terutama bisa berbahaya. Peralatan sekali pakai yang digunakan untuk terapi yang berhubungan dengan air, seperti nebuliser dan slang-slang plastik, harus diganti secara berkala dan teratur.

Hidrasi

Bayi risiko tinggi sering mendapat cairan parenteral untuk asupan tambahan kalori, elektrolit, dan/atau air. Hidrasi yang adekuat sangat penting pada bayi *preterm* karena kandungan air ekstraselulernya lebih tinggi (70% pada bayi cukup bulan (*full-term*) dan sampai 90% pada bayi *preterm*), permukaan tubuhnya lebih luas, dan kapasitas osmotik diuresis terbatas pada ginjal bayi *preterm* yang belum berkembang sempurna. Oleh karena itu, bayi tersebut sangat peka terhadap kehilangan cairan.

Cairan parenteral dapat diberikan kepada neonatus risiko tinggi melalui berbagai rute bergantung pada keadaan penyakit, durasi dan tipe terapi cairan, dan pilihan unit. Rute infus cairan yang paling sering adalah kateterisasi perifer, vena sentral yang dipasang melalui perifer (atau vena sentral perkutan), vena atau arteri sentral yang dimasukkan melalui pembedahan, dan terkadang vena dan arteri umbilikalis. Tempat yang dipilih untuk infus IV perifer pada neonatus adalah vena perifer pada permukaan dorsal tangan dan kaki. Tempat alternatif adalah kulit kepala dan vena antekubital. Peringatan khusus dan observasi yang sering (paling tidak setiap jam) harus dilakukan pada penggunaan slang perifer dengan larutan hipertonis (dekstrosa $\geq 10\%$) dan nutrisi parenteral total (Wilson, 2000). Kebanyakan pusat neonatus menggunakan kateter vena sentral perkutan (*percutaneous central venous catheter*, PCVC), yang juga sering disebut kateter vena sentral yang dipasang perifer (*peripherally inserted central venous catheter*, PICC), untuk terapi parenteral dan pemberian obat karena lebih murah dan mengurangi trauma pada neonatus.

Pada kebanyakan fasilitas, yang memasang kateter IV dan mempertahankan infus adalah perawat NICU. Cairan IV harus selalu diberikan dengan pompa infus kontinu yang memberikan volume kecil dengan kecepatan aliran yang telah diatur. Kateter dilekatkan pada kulit dengan jumlah plester seminimal mungkin (lihat Asuhan Kulit, hlm 298), secara hati-hati untuk tidak memberikan tekanan yang tidak perlu antara jarum dan slang. Karena semua bayi, terutama yang BBLER dan BBLSR, sangat peka terhadap perubahan cairan, maka kecepatan infus harus diatur dengan teliti dan diperiksa setiap jam untuk menghindari kerusakan jaringan akibat ekstrasvasi, kelebihan beban cairan, atau dehidrasi. Edema paru, gagal jantung kongestif, duktus arteriosus paten, dan perdarahan intraventrikular dapat terjadi pada

kelebihan beban cairan. Dehidrasi dapat menyebabkan gangguan elektrolit (terutama Na^+), dengan potensial efek serius pada sistem saraf pusat (SSP).

KEWASPADAAN Keperawatan

Perawat harus selalu waspada mengenai adanya tanda infiltrasi (mis. kemerahan, edema, atau perubahan warna jaringan; pemutihan pada tempat tusukan) dan adanya tanda hidrasi berlebih (tambahan berat badan lebih dari 30 g/24 jam, edema periorbital, takipnea, takikardia, dan krepitasi cairan pada auskultasi paru).

TIP KEPERAWATAN Pelindung seukuran neonatus (mis. I.V. House[®]) dapat melindungi tempat penusukan dan dapat mengurangi penggunaan *restraint*. Pelindung ini dilekatkan dengan plester kecil atau sistem tanpa plester dan mudah dilepas untuk observasi kulit.

Bayi BBLER, takipnea, menjalani fototerapi, atau di dalam penghangat radiasi akan mengalami kehilangan air kasat mata yang memerlukan penyesuaian cairan secara memadai. Perawat harus memantau status cairan dengan menimbang berat badan setiap hari (atau lebih sering) dan asupan dan haluaran cairan yang akurat, termasuk obat dan produk darah. Berat jenis urine dan pemeriksaan *dipstick* dipantau sesuai protokol unit, dan elektrolit serum diperiksa sesuai kondisi bayi. Bayi BBLER sering memerlukan pemantauan terhadap parameter tersebut karena kehilangan cairan transepidermal yang tidak dapat diramalkan, fungsi ginjal masih imatur, dan mudahnya mengalami dehidrasi atau hidrasi berlebih. Intoleransi sering terjadi bahkan dengan dekstrosa 5% sekalipun pada bayi BBLER, yang dapat mengakibatkan glukosuria dan diuresis osmotik. Perubahan tingkah laku, kesadaran, dan/atau tingkat aktivitas pada bayi yang mendapat cairan IV tersebut mungkin merupakan tanda adanya ketidakseimbangan elektrolit, hipoglikemia, atau hiperglikemia. Perawat juga harus waspada terhadap adanya tremor atau kejang pada bayi BBLER atau BBLSR, karena mungkin merupakan tanda hiponatremia atau hipernatremia.

Masalah umum yang sering terlihat pada bayi yang dipasang kateter arteri umbilikalis adalah vasokonstriksi pembuluh perifer, yang dapat mengganggu sirkulasi. Respons ini dicetuskan oleh vasospasme arterial akibat adanya kateter, cairan infus, atau injeksi obat. Memutuhnya pantat, genitalia, atau tungkai atau kaki merupakan indikasi adanya vasospasme. Masalah ini harus diketahui segera dan dilaporkan kepada dokter. Perawat juga harus waspada mengenai adanya tanda trombus pada bayi dengan infus vena atau arteri umbilikalis. Presipitasi mikrotrombi dalam dinding vaskular pada penggunaan kateter tersebut biasanya bermanifestasi dengan perubahan warna kebiruan mendadak pada jari-jari kaki, dinamakan "*cath toes*". Masalah ini harus segera dilaporkan kepada dokter karena kegagalan dalam mengatasi patologi yang ada dapat mengakibatkan kehilangan jari-jari kaki atau bahkan kaki atau tungkai.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Perawat harus melakukan observasi ketat terhadap bayi prematur mengenai tingkah laku yang menunjukkan kesiapan pemberian makan per botol. Hal ini meliputi (1) isapan kuat bersemangat; (2) koordinasi gerakan mengisap dan menelan; (3) refleks muntah; (4) mengisap slang *gavage*, tangan atau empeng; (5) *rooting* dan bangun sebelum dan tidur setelah pemberian makan. Bila tingkah laku ini mulai tampak, bayi dapat dicoba dengan pemberian makan melalui dot yang diberikan perlahan.

Bayi dapat digendong selama pemberian makan *gavage* oleh pemberi asuhan atau orang tua. Oksigen dapat diberikan melalui kanul nasal untuk memudahkan penanganan. Tidak direkomendasikan membawa bayi jauh dari sumber oksigen (mis. *hood* atau *tenda*) saat memberi makan, karena akan menurunkan ketersediaan oksigen. Oksigen tambahan dapat diberikan bila ada episode pendek desaturasi, namun kurang adekuat untuk durasi pemberian makanan, baik melalui *gavage* atau dot. Selain itu, pengisapan empeng non-nutritif dapat membantu bayi mampu menghubungkan antara pengisapan dan kepuasan makan. Bila dibandingkan dengan bayi BBLR lain, mereka yang diberikan isapan non-nutritif, hanya memerlukan lebih sedikit pemberian makan melalui slang, memperlihatkan pertambahan berat badan yang lebih baik, bisa dipulangkan lebih awal, dan komplikasinya lebih sedikit. Isapan non-nutritif juga meningkatkan oksigenasi selama pemberian makan.

Penolakan Pemberian Makan

Setiap pemberian makanan yang memintas mulut menghalangi kesempatan bayi untuk mempraktikkan pengisapan dan penelanan, atau kesempatan untuk mengalami siklus lapar dan kenyang yang normal. Bayi dapat memperlihatkan keengganan terhadap pemberian makan oral dengan tingkah laku seperti memalingkan kepala dari puting yang disodorkan, mengeluarkan puting dengan dorongan lidah, memuntahkan, atau bahkan muntah.

Kelambatan perkembangan tampak pada daerah kinerja motorik-perseptual yang dapat diukur dengan uji standar, meskipun area fungsi intelektual terukur masih tetap dalam batas normal. Observasi lain menunjukkan ketidaktertarikan atau resistensi aktif terhadap permainan oral, rendahnya motivasi dan spontanitas, dan hubungan interpersonal yang dangkal, kemungkinan berhubungan dengan tidak adanya beberapa pola keterlibatan pengalaman oral normal. Semakin lama periode pemberian makan non-oral, semakin berat masalah pemberian makan, terutama bila periode ini muncul ketika bayi dengan cepat berkembang dari aksi reflektif ke pembelajaran dan makan volunter. Masa bayi merupakan periode ketika mulut merupakan instrumen primer untuk menerima rangsang dan kenikmatan.

Bayi yang diidentifikasi mengalami risiko resistensi pemberian makan harus diberi rangsang oral reguler seperti menggosok daerah mulut dari pipi ke bibir, menyentuh lidah, meneteskan sedikit makanan ke bibir dan lidah, dan menghubungkan makan dengan aktivitas kenikmatan (menggendong, berbicara, melakukan kontak mata) berdasarkan tingkat perkembangan bayi. Mereka yang mem-



FOKUS KELUARGA

Penolakan Pemberian Makan

Anak lelaki kami pernah dirawat di NICU selama beberapa bulan. Sekarang pada usia 6 tahun semuanya normal kecuali satu hal—ia menolak hampir semua makanan. Ia hidup hanya dengan diet pisang halus, kentang halus, jus buah, susu, dan pil multivitamin dan mineral harian. Menyuruhnya makan adalah pertempuran selama 6 tahun yang telah hilang. Sekarang saya tahu bahwa teknik rangsangan oral sederhana sebenarnya dapat mencegah atau mengurangi masalah ini. Tolong beri tahu perawat mengenai pentingnya intervensi ini bila ada bayi yang puasa dalam waktu yang lama.

Seorang ibu dan seorang perawat

perlihatkan keengganan pemberian makanan harus memulai program rangsangan untuk mengatasi penolakan dan mencapai kemampuan untuk menerima makanan melalui rute oral. Karena manajemen ini memerlukan komitmen jangka panjang, implementasi rencana perangsangan oral yang berhasil sangat bergantung pada keterlibatan orang tua yang maksimal dan peningkatan asuhan keperawatan primer (lihat kotak Fokus Keluarga).

Konservasi Energi

Salah satu tujuan utama untuk bayi risiko tinggi adalah konservasi energi. Kebanyakan asuhan yang dijelaskan dalam bab ini diarahkan pada tujuan ini (mis. mengganggu bayi sesedikit mungkin, mempertahankan lingkungan hangat netral, pemberian makan melalui *gavage*, pemberian oksigenasi, dan pembatasan implementasi semua aktivitas pemberian asuhan yang dapat meningkatkan konsumsi oksigen dan kalori). Bayi yang tidak perlu mengeluarkan energi untuk mengatasi usaha bernapas, makan, atau mengatur suhu tubuh dapat menggunakan energi ini untuk pertumbuhan dan perkembangan. Mengurangi tingkat kebisingan lingkungan dan melindungi bayi dari cahaya terang juga meningkatkan istirahat (lihat juga Stres Bayi dan Intervensi serta Asuhan Perkembangan, hlm. 268-269).

Posisi telungkup merupakan posisi terbaik bagi kebanyakan bayi *preterm* dan menghasilkan oksigenasi yang lebih baik, lebih menoleransi makanan, dan pola tidur-istirahatnya lebih teratur. Bayi memperlihatkan aktivitas fisik dan penggunaan energi lebih sedikit bila diposisikan telungkup. Akan tetapi, ada yang lebih menyukai postur berbaring miring fleksi. Posisi telentang lama bagi bayi *preterm* tidak disukai, karena tampaknya mereka kehilangan keseimbangan saat telentang dan menggunakan energi vital sebagai usaha untuk mencapai keseimbangan dengan mengubah postur. Selain itu, posisi telentang jangka lama bayi *preterm* tidak disukai karena berhubungan dengan masalah jangka panjang seperti fleksi anggota badan, pelvis, dan batang tubuh; abduksi pelvis lebar (posisi kaki katak), retraksi dan abduksi bahu; eversi pergelangan kaki dan kaki; peningkatan ekstensi leher dan peningkatan ekstensi batang tubuh dengan leher dan punggung me-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PEDOMAN (lanjutan)

PENGUNAAN PEMANTAU TERAPI CAIRAN/ HEMODINAMIK

Yakinkan bahwa jari dan jari kaki tetap tampak bila ekstremitas digunakan untuk jalur IV atau arteri.
Fiksasi kateter atau jarum dengan pembalut/plester transparan untuk memudahkan visualisasi tempat tersebut.
Kaji tempat tersebut mengenai adanya tanda iskemia, infiltrasi, dan perfusi yang tidak adekuat (periksa pengisian kapiler).

Terapi infiltrasi IV dengan obat yang sesuai seperti hialuronidase atau fentolamin.

Hindari penggunaan *restrein* (mis. papan lengan); bila digunakan, pastikan telah terpasang dengan aman dan tidak mengganggu sirkulasi atau gerakan (periksa adanya penekanan di daerah tersebut).

Gunakan pelindung IV yang dijual bebas (mis. rumah IV) dengan sistem plester minimal atau tanpa plester.

Dimodifikasi dari Malloy MB, Perez-Woods R: Neonatal skin care: prevention of skin breakdown. *Pediatr Nurs* 17(1):41-48, 1991; dan National Association of Neonatal Nurses: *Neonatal skin care: guidelines for practice*, Petaluma, CA, 1997, The Association.

*Penggunaan zat pelembap masih kontroversial. Hindari penggunaan krim mengandung zat warna, atau parfum; emolin seperti salep Eucerin atau Aquaphor mungkin diindikasikan bila ada pecah-pecah kulit atau akan terjadi pecah-pecah kulit (Lund dkk, 1999).

ke-kulit memiliki efek analgesik yang kuat selama prosedur seperti lanset tumit (Gray, Watt, dan Blass, 2000).

Riset juga memperlihatkan bahwa bayi BBLR yang mendapat kontak kulit-ke-kulit sambil diberi ASI dapat mempertahankan saturasi oksigen dan jarang sekali yang mengalami desaturasi di bawah 99%, dan ibunya kemungkinan besar akan meneruskan pemberian ASI di rumah sakit maupun 1 bulan di rumah setelah pemulangan (Bier dkk, 1996). Perawatan cara kanguru bagi bayi *preterm* menghasilkan perkembangan *neurobehavioral* yang baik dengan memperbaiki stabilitas fungsi jantung dan respirasi, meminimalkan gerakan yang kacau, memberikan kedekatan perhatian dengan maternal, memperbaiki tingkah laku bayi, dan memungkinkan tingkah laku yang diatur sendiri (Ludington-Hoe dan Swinth, 1996).

Tidur seranjang pada anak kembar merupakan intervensi perkembangan lainnya yang kini telah diimplementasikan di beberapa institusi di Amerika Serikat untuk memberikan lingkungan yang lebih baik bagi pertumbuhan dan perkembangan neonatus (DellaPorta, Aforismo, dan Butler-O'Hara, 1998; Lutes, 1996). Tidur seranjang meliputi meletakkan bayi kembar bersama dalam satu tempat tidur atau inkubator. Data awal dari studi multisenter menunjukkan bahwa kembar yang tidur seranjang dapat memperbaiki termoregulasi, lebih sedikit apnea dan episode bradikardia secara bermakna, bertambah berat badannya lebih cepat daripada mereka yang tidur sendirian, dan lebih singkat lama rawatnya. Kepuasan orang tua juga secara bermakna lebih tinggi pada bayi baru lahir tidur seranjang (Lutes, 1998). Satu keprihatinan utama dari tidur seranjang adalah transmisi silang infeksi antara kedua neonatus. Berdasarkan informasi awal, peningkatan angka infeksi tidak terjadi pada tidur seranjang (Lutes, 1998). Beberapa pabrik pembuat telah mengembangkan inkubator yang mengakomodasi ukuran dan kebutuhan kedua bayi.

Studi riset tambahan telah mengonfirmasi efek menguntungkan dari asuhan dan intervensi perkembangan pada bayi *preterm*. Selain hanya memerlukan waktu ventilasi mekanis lebih singkat, lama rawat di rumah sakit bagi bayi *preterm* yang mendapat asuhan perkembangan individual

juga lebih singkat. Efek lain adalah penurunan bermakna komplikasi seperti perdarahan intraventrikular dan displasia bronkopulmonal, peningkatan nilai *neurodevelopmental* selama 18 bulan pertama kehidupan, dan berkurangnya intoleransi makanan (Als dkk, 1994; Buehler dkk, 1995). Bidang asuhan perkembangan bagi bayi *preterm* telah melebar sampai meliputi berbagai macam intervensi masase bayi, mendengarkan musik lembut, merekam bacaan cerita orang tua, pemberian posisi untuk memperbaiki kemampuan regulasi-diri, meningkatkan aktivitas tangan ke mulut, periode tidur tanpa terganggu, pengurangan cahaya dan kebisingan lingkungan, dan bahkan penggunaan boneka binatang atau boneka besar dan empuk untuk memudahkan posisi bayi. Dengan intervensi semacam ini, orang tua akan merasa bahwa NICU menjadi lingkungan yang tidak terlalu menakutkan. Partisipasi aktif dalam menyediakan lingkungan seperti itu bagi bayi mereka juga melibatkan orang tua dalam pengawasan asuhan harian saat bayi sakit kritis dan tidak dapat diberi makan atau digendong.

Ketika bayi telah mencapai organisasi dan stabilisasi perkembangan yang memadai (terutama antara gestasi minggu ke-34 dan -36), intervensi dirancang dan diimplementasikan untuk mendukung kemampuan pertumbuhannya. Perawat dan orang tua menjadi pintar membaca tingkah laku bayi dan memberikan intervensi yang sesuai (Kotak 9-3). Petunjuk meliputi tingkah laku mendekat atau menghindar. Tingkah laku mendekat yang harus didukung dan diperkuat meliputi menjulurkan lidah, tangan menggenggam, gerakan tangan ke mulut, mengisap, memandang, dan mendekut. Tanda stres atau kelelahan yang mengingatkan pentingnya istirahat bagi bayi diterangkan di Latihan Berpikir Kritis dan di Kotak 9-2.

Program intervensi untuk pemulihan bayi harus bersifat individual dan melibatkan orang tua serta saudara kandung di awal perawatan bayi; mengajarkan orang tua untuk merespons petunjuk individual bayi merupakan fungsi penting perawat NICU. Ketika bayi telah pulih dan bebas dari sistem pendukung, stabil secara medis, dan bernapas di udara ruangan atau sejumlah kecil oksigen, mereka kemudian dikaji untuk mendokumentasikan gaya tingkah laku



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KOTAK 9-4 MANIFESTASI NYERI AKUT PADA NEONATUS

RESPONS FISILOGIS

Tanda vital: observasi adanya variasi
 Peningkatan denyut jantung
 Peningkatan tekanan darah
 Respirasi cepat, dangkal
 Oksigenasi
 Penurunan saturasi O_2 transkutan ($tcPo_2$)
 Penurunan saturasi O_2 arteri (SpO_2)
 Kulit: observasi warna dan karakter
 Pucat dan kemerahan
 Diaforesis
 Telapak tangan berkeripat
 Observasi lainnya
 Peningkatan tonus otot
 Dilatasi pupil
 Penurunan tonus saraf vagus
 Peningkatan tekanan intrakranial
 Hasil laboratorium tentang perubahan metabolisme dan endokrin
 Hiperglikemia
 Penurunan pH
 Peningkatan kortikosteroid

RESPONS TINGKAH LAKU

Vokalisasi: observasi kualitas, waktu, dan durasi
 menangis
 Merengek
 Merintih
 Ekspresi wajah: observasi karakteristik, waktu, orientasi mata dan mulut (lihat Gbr. 21-3)
 Meringis
 Kening berkerenyut
 Dagum gemetar
 Mata tertutup rapat
 Mulut terbuka dan lurus
 Gerakan tubuh dan postur: observasi tipe, kualitas, dan jumlah gerakan atau tidak adanya gerakan, hubungan dengan faktor lain
 Penarikan anggota badan
 Tidak berfungsi
 Kaku
 Lemas
 Menggenggam erat
 Perubahan keadaan umum: observasi tidur, selera makan, tingkat aktivitas
 Perubahan siklus tidur/bangun
 Perubahan tingkah laku makan
 Perubahan tingkat aktivitas
 Kebingungan, iritabilitas
 Tidak bertenaga

defensif ketika prosedur nyeri diulang. Perawat sering menggambarkan bayi yang kaku dan menarik diri ketika disentuh karena sentuhan manusia telah berulang kali mengakibatkan nyeri. Bayi seperti itu sering menjadi sangat curiga dan lebih melihat tangan bukan mata orang yang mendekatinya (Penticuff, 1987). Laporan ini tidak hanya menunjukkan bahwa bayi dapat mengingat kejadian nyeri, namun juga memperlihatkan bahwa pajanan terus-menerus ter-

hadap nyeri memengaruhi perkembangan, terutama sebagai respons terhadap kontak dengan manusia.

Meskipun telah banyak riset mengenai pengalaman bayi terhadap nyeri, namun nyeri bayi masih belum ditangani dengan baik. Kesalahan manajemen nyeri bayi terutama akibat kesalahan konsepsi mengenai efek nyeri pada neonatus, maupun kurangnya pengetahuan mengenai konsekuensi bila nyeri tidak ditangani.

Konsekuensi segera dan jangka panjang dari nyeri bayi masih dalam penelitian oleh banyak peneliti. Akan tetapi, keterbatasan pengetahuan yang ada memperlihatkan bahwa adanya potensi efek buruk yang serius dari nyeri yang tidak ditangani (Kotak 9-5). Pengalaman awal nyeri yang tidak ditangani dapat mengubah secara permanen mekanisme nyeri perifer dan sentral. Misalnya, cedera jaringan perifer seperti penusukan tumit berulang dapat menyebabkan keadaan hiperalgesi (nyeri tekan kulit) selama berminggu-minggu sampai berbulan-bulan (Dickenson dan Rahman, 1999). Perawat yang mengasuh bayi dan anak harus memperhitungkan potensi efek akut dan jangka panjang nyeri pada pasien muda dan nasihat aktif dalam menangani dan mencegah nyeri.

Upaya non-farmakologis yang digunakan untuk mengurangi nyeri akan didiskusikan pada Bab 21. Upaya non-farmakologis yang dilakukan untuk mengurangi ketidaknyamanan dalam NICU meliputi pengubahan posisi berulang, membedung, menyamankan, memanjakan, mengayun, musik, mengurangi rangsang lingkungan, upaya taktil nyaman, kontak kulit-ke-kulit, dan isapan non-nutritif. Akan tetapi, upaya non-farmakologis mungkin tidak memadai untuk mengurangi distress fisiologis, bahkan bila respons tingkah laku seperti menangis sudah berkurang. Pada bayi prematur, tambahan rangsang seperti menggosok dapat meningkatkan distress fisiologis.

Morfin adalah analgesik opioid yang paling luas dipakai untuk manajemen farmakologis nyeri neonatus, dengan fentanil sebagai alternatif yang efektif. Infus IV opioid bolus atau kontinu merupakan kontrol nyeri yang efektif dan nyaman (Haberkern dkk, 1996) (lihat Kotak Asuhan Atraumatik di hlm. 308). Metode lain untuk mengurangi nyeri adalah infus epidural, blok lokal dan regional, dan anestesi intradermal atau topikal (Ochsenreiter, 1997; Taddio dkk, 1998a). (Lihat Manajemen Nyeri, Bab 21, untuk informasi tambahan mengenai manajemen farmakologis terhadap nyeri pada bayi.)

Orang tua umumnya khawatir bayi mereka akan mengalami nyeri saat menjalani suatu prosedur. Perawat perlu mengarahkan kekhawatirannya dan mendorong orang tua untuk mengungkapkan kekhawatiran tersebut kepada profesional asuhan kesehatan yang terlibat. Orang tua berhak tidak memberi persetujuan untuk prosedur invasif dan meminta penjelasan yang jujur dari petugas yang bertanggung jawab terhadap asuhan bayi. Bila diperbolehkan, orang tua juga dapat membantu upaya mengurangi ketidaknyamanan bayi. Orang tua harus dibuat mengerti bahwa perawat cukup sensitif terhadap nyeri bayi dan diyakinkan kembali bahwa bayinya tidak akan mengalami penderitaan yang tidak perlu.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KOTAK 9-6 TUGAS PSIKOLOGIK ORANG TUA BAYI RISIKO TINGGI

Mengikuti semua kejadian selama persalinan dan kelahiran.
Mengetahui bahwa kehidupan bayinya berada dalam bahaya dan memulai proses duka cita adaptif.
Menentang dan mengenali perasaan ketidakmampuan dan rasa bersalah karena tidak bisa melahirkan anak yang sehat.
Beradaptasi dengan lingkungan asuhan intensif neonatal.
Menerima kembali hubungan parental dengan bayinya yang sakit dan memulai peran sebagai pemberi asuhan.
Mempersiapkan untuk membawa pulang bayinya.

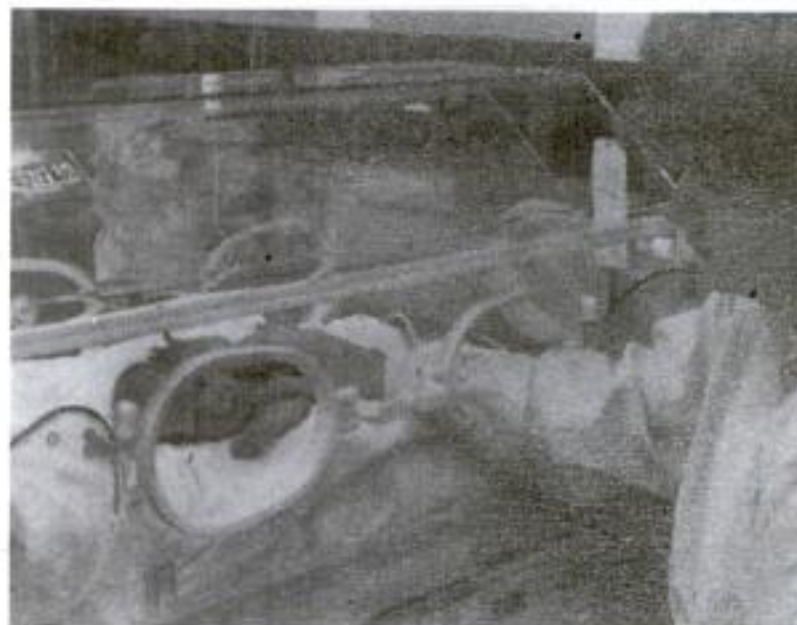
Dimodifikasi dari Siegel R, Gardner SL, Merenstein GB: *Families in crisis: theoretical and practical considerations*. Dalam Merenstein GB, Gardner SL, editor: *Handbook of neonatal intensive care*, ed. 4, St Louis, 1998, Mosby.

tidak dapat ditembus, peralatan mekanis, dan pemberi asuhan khusus. Terjadi peningkatan bukti yang menunjukkan bahwa pemisahan emosional yang menyertai pemisahan fisik bayi dan ibu memengaruhi proses kelekatan normal ibu-bayi yang didiskusikan di Bab 8. Kelekatan maternal merupakan proses kumulatif yang dimulai sebelum konsepsi, diperkuat oleh kejadian bermakna selama kehamilan, dan dimatangkan melalui kontak maternal-bayi selama periode neonatal.

Bila bayi sakit, maka perlunya pemisahan fisik tampaknya pasti disertai keterasingan emosi orang tua, yang dapat menghancurkan kapasitas menjadi orang tua bagi bayi tersebut. Ketidakdekatan ini semakin diperberat dengan kondisi bayinya yang sangat ringkih. Bila ketahanan hidup pun diragukan, orang tua bahkan mungkin menolak untuk membentuk hubungan dengan bayi mereka. Mereka mempersiapkan diri terhadap kematian bayi mereka sambil terus berharap kesembuhan. Duka cita adaptif ini (lihat Bab 18) dan keraguan untuk memulai hubungan, jelas terlihat dari tingkah laku seperti menunda pemberian nama bayi, menolak mengunjungi rumah perawatan bayi (atau bila datang, hanya memusatkan diri pada peralatan dan terapi bukan pada bayi mereka), dan keragu-raguan untuk menyentuh atau menggendong bayi bila diberi kesempatan.

Manajemen komprehensif bayi baru lahir risiko tinggi meliputi mendorong dan memfasilitasi keterlibatan orang tua bukan mengisolasi mereka dari bayi dan asuhan yang menyertainya. Hal ini terutama penting dalam hubungannya dengan ibu; untuk mengurangi efek pemisahan fisik, ibu disatukan dengan bayi baru lahir pada kesempatan seawal mungkin. Mempersiapkan orang tua untuk melihat bayinya pertama kali merupakan tanggung jawab keperawatan.

Sebelum kunjungan pertama, orang tua harus dipersiapkan terhadap penampilan bayi mereka, peralatan yang melekat pada anak, dan beberapa petunjuk mengenai suasana umum unit tersebut. Pertama kali berhadapan dengan unit asuhan intensif merupakan pengalaman yang penuh stres, dan deretan orang yang menunggu, peralatan dan aktivitas yang mengerikan pasti akan membingungkan. Sebuah buku mengenai foto-foto atau pamflet yang menerangkan lingkungan NICU (bayi dalam inkubator, atau di



GBR. 9-10 Mendorong interaksi ibu dan bayi prematurnya di unit perawatan intensif dapat memfasilitasi proses keterikatan ibu-bayi.

bawah penghangat radiasi, monitor, ventilator mekanis, dan peralatan IV) dapat menjadi pendahuluan yang berguna dan menghindarkan rasa takut untuk masuk ke NICU.

Orang tua didorong untuk mengunjungi bayi mereka sesegera mungkin. Meskipun mereka sudah pernah melihat bayinya ketika pemindahan atau segera setelah lahir, namun mungkin bayinya sudah banyak berubah, terutama bila diperlukan berbagai peralatan medis sehubungan dengan perawatan bayi di rumah sakit. Di samping tempat tidur perawat harus menjelaskan fungsi masing-masing peralatan dan peran yang dilakukannya dalam memfasilitasi kesembuhan. Penjelasan mungkin harus sering diulang dengan sabar karena kecemasan orang tua terhadap kondisi bayi dan yang mengelilinginya dapat menghalangi mereka "mendengar" apa yang dikatakan. Bila mungkin, beberapa hal yang berhubungan dengan terapi dapat dilepas; misalnya, fototerapi dapat dihentikan sementara dan penutup mata dilepas untuk memungkinkan kontak mata-ke-mata.

Orang tua akan menghargai dukungan perawat selama kunjungan pertama dengan bayi mereka, namun mereka juga ingin sendirian bersama bayinya selama waktu yang singkat. Penting selama kunjungan awal untuk menekankan aspek positif tingkah laku dan perkembangan bayi mereka sehingga orang tua dapat memusatkan pada bayi mereka sebagai individu bukan pada peralatan yang mengelilingi anak. Misalnya, perawat bisa menerangkan tingkah laku spontan anak selama asuhan, seperti meraih, menelan, dan bergerak, atau memberikan komentar tentang fungsi biologis bayi. Kebanyakan institusi memiliki kebijakan terbuka sehingga orang tua dan sibling (saudara kandung) dapat mengunjungi bayi mereka sesering yang mereka inginkan.

Orang tua sangat berbeda dalam derajat kemampuan mereka berinteraksi dengan bayi mereka. Beberapa orang tua mungkin berharap untuk menyentuh atau menggendong bayi mereka selama kunjungan pertama, sementara lainnya merasa tidak cukup nyaman bahkan untuk mema-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

kematian. Hal ini meliputi memandang, menyentuh, menggendong, membelai, dan berbicara dengan bayinya secara pribadi; orang tua mungkin juga ingin memandikan dan mengenakan pakaian pada bayinya. Jika orang tua ragu untuk melihat mayat bayinya, perawat dianjurkan untuk mendiamkan mayat di ruangan selama beberapa jam, karena banyak orang tua berubah pendiriannya setelah syok awal akibat kematian tersebut.

Orang tua mungkin perlu untuk memandang dan menggendong bayinya lebih dari sekali—pertama untuk mengatakan “halo bayiku” dan yang terakhir untuk mengucapkan “selamat tinggal”. Bila orang tua ingin memandang bayi setelah mayat dibawa ke kamar mayat, bayi harus sudah dimandikan dan dibungkus dalam selimut, dihangatkan di bawah penghangat radiasi dan dibawa ke ruang ibu atau tempat pribadi lainnya. Perawat harus bersama orang tua dan memberi mereka kesempatan untuk menghabiskan waktu sendirian bersama bayinya yang telah meninggal. Respons duka cita individual ibu dan ayah harus dikenali dan ditangani sesuai keadaan; perbedaan gender dan budaya serta kepercayaan religi akan memengaruhi respons duka cita orang tua (Wallerstedt dan Higgins, 1996).

Beberapa unit telah mengimplementasikan pendekatan *hospice* bagi keluarga dengan bayi yang diputuskan tidak lama lagi hidup dan yang hanya menerima asuhan paliatif. Ruang khusus “keluarga” disediakan dan dilengkapi peralatan pendukung yang diperlukan untuk asuhan bayi. Semua layanan *hospice* tersedia bagi keluarga, dan bayi tetap dalam asuhan dan supervisi perawat primer staf NICU. (Lihat Bab 18 untuk diskusi lebih lanjut mengenai asuhan *hospice*.)

Foto bayi yang diambil sebelum atau setelah kematian sangat diharapkan. Orang tua mungkin berharap potret khusus keluarga yang diambil bersama bayi dan anggota keluarga lain; hal ini sering dapat membantu mempersonalisasi dan membuat pengalaman menjadi lebih nyata. Orang tua mungkin tidak mengharapkan melihat foto saat kematian, namun kesempatan untuk merujuk ke sana kelak dapat membantu menerima kenyataan atas kematian bayi mereka menjadi lebih nyata, yang merupakan bagian proses duka cita yang normal. Foto bayi mereka yang dipegang atau disentuh oleh orang dewasa memberi gambaran yang lebih positif daripada foto mayat dalam peti. Kebanyakan NICU memiliki paket duka cita atau memori yang dibuat untuk orang tua yang sedang duka cita, yang bisa meliputi sidik tangan dan kaki bayi, seuntai rambut, kartu nama tempat tidur dan, sesuai dengan kepercayaan religi tertentu keluarga, mis., sebuah sertifikat permandian. Di beberapa unit tersedia pakaian rajutan khusus yang dibuat oleh kelompok relawan rumah sakit dan disumbangkan untuk pakaian bayi *postmortem*. Kenangan lain yang nyata terhadap anak dapat disediakan, seperti gantungan nama, gelang nama, dan seuntai rambut yang dicukur untuk pemasangan IV atau prosedur lain. Pemberian nama bayi yang sudah meninggal merupakan langkah penting dalam proses duka cita. Beberapa orang tua mungkin ragu-ragu memberi nama bayi baru lahirnya yang telah dipilih selama kehamilan untuk “bayi” mereka yang khusus. Akan tetapi, kehadiran individu nyata yang menjadi objek duka merupakan komponen penting proses duka cita.

Perawat primer yang telah mengenal keluarga secara dekat harus hadir selama diskusi mengenai kematian atau sekaratnya bayi. Seorang **RTS (Resolve Through Sharing)** atau konselor kesedihan sering dilibatkan dalam membantu keluarga melalui periode yang sulit ini. Perawat harus berbicara dengan orang tua secara terbuka dan jujur mengenai acara penguburan, karena beberapa dari mereka telah berpengalaman dengan aspek kematian ini. Kebanyakan lembaga rumah duka sekarang menyediakan paket pelayanan yang tidak mahal untuk kasus khusus ini. Petugas NICU harus mengambil tanggung jawab untuk mengumpulkan informasi ini. Sering sangat membantu orang tua bila NICU memiliki daftar pelayanan rumah lokal, layanan yang disediakan, dan harga layanan yang diberikan. Keluarga perlu diberi informasi pilihan yang tersedia, namun lebih baik orang tua didorong untuk mengadakan upacara penguburan sendiri karena ritual ini memberikan kesempatan bagi orang tua untuk merasakan dukungan dari teman atau sanak saudara. Anggota jemaat kepercayaan yang sesuai dapat diberi tahu bila orang tua menginginkan hal tersebut. Masalah mengenai otopsi atau donor organ (bila mungkin) diajukan dengan cara multidisiplin (dokter primer dan perawat primer) secara hormat, ringkas, dan memberikan pertimbangan sesuai harapan keluarga.

Sebelum keluarga meninggalkan rumah sakit, mereka dibekali nomor telepon unit ini (bila belum memiliki) dan dipersilakan menghubungi setiap saat bila ada pertanyaan lebih lanjut. Banyak unit asuhan intensif, saat kontak dengan orang tua setelah kematian neonatus, mengkaji mekanisme koping orang tua, mengevaluasi proses duka cita, dan memberi dukungan sesuai yang dibutuhkan. Berbagai organisasi tersedia untuk memberi dukungan dan pengertian bagi keluarga yang telah kehilangan bayi baru lahirnya, termasuk **Compassionate Friends** dan **Aiding Mothers and Fathers Experiencing Neo-Natal Death (AMEND)**. (Lihat juga Bab 18 untuk diskusi lebih lanjut mengenai keluarga dan proses duka cita.)

Perawat yang memberi asuhan kepada bayi sakit kritis juga mengalami kedukaan; perawat NICU mungkin merasa tidak berdaya dan sangat sedih. Sangat penting untuk membiarkan kesedihan ini dan perawat sebaiknya menghadiri penguburan atau layanan penguburan sebagai bagian menjalani proses duka cita. Perawat mungkin merasa takut untuk memperlihatkan emosi sebagai hal yang tidak profesional dan bahwa ekspresi duka cita menunjukkan “kehilangan kontrol”. Ketakutan ini sebenarnya tidak perlu. Berbagai studi memperlihatkan bahwa untuk meneruskan diri sebagai manajer yang efektif dan pemberi asuhan, perawat diperbolehkan untuk duka cita dan saling mendukung satu sama lain menjalani proses ini (Downey dkk, 1995).

Permandian. Karena kebanyakan orang tua Kristen berharap anaknya untuk dipermandikan bila kematian sudah menjelang atau dianggap sebagai kemungkinan, maka hal ini menjadi tanggung jawab perawat, paling diharapkan bila ada wakil dari kepercayaan yang dianut orang tua (mis. Pastor Katolik Roma atau Pendeta Protestan) yang melakukan ritual ini. Bila kematian sudah dekat, perawat atau dokter dapat melakukan permandian dengan hanya menuangkan air ke dahi bayi (penetes obat bisa dipakai sebagai



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN Bayi Risiko Tinggi* (lanjutan)

DIAGNOSIS KEPERAWATAN: Perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan krisis situasi/maturasi, defisiensi pengetahuan (kelahiran bayi *preterm* dan/atau sakit), interupsi proses pelekatan parental

Tujuan 1: Pasien (keluarga) mendapat informasi tentang kemajuan bayinya

Intervensi Keperawatan/Rasional

- Prioritaskan informasi untuk membantu orang tua memahami aspek terpenting asuhan, tanda perbaikan, atau deteriorisasi kondisi bayi
- Dorong orang tua untuk menanyakan pertanyaan mengenai status anak
- Jawab pertanyaan, fasilitasi ekspresi keprihatinan mengenai asuhan dan prognosis
- Bersikap jujur; jawab pertanyaan dengan benar untuk membangun kepercayaan
- Dorong ibu dan ayah untuk sering mengunjungi dan/atau menghubungi unit sehingga mereka dapat mengetahui kemajuan bayi
- Tekankan aspek positif status bayi untuk mendorong perasaan harapan

Hasil yang Diharapkan

Orang tua mengekspresikan perasaan dan keprihatinan mengenai bayi dan prognosis serta memperlihatkan pemahaman dan keterlibatan dalam asuhan

Tujuan 2: Pasien (keluarga) memperlihatkan tingkah laku pelekatan positif

Intervensi Keperawatan/Rasional

- Dorong orang tua untuk berkunjung sesegera mungkin sehingga segera dapat dimulai proses pelekatan
- Dorong keluarga untuk:
 - Sering mengunjungi bayi
 - Menyentuh, menggendong, dan memanja bayi secukupnya sesuai kondisi fisik bayi
 - Terlibat aktif dalam asuhan bayi
 - Membawa pakaian untuk dikenakan bayi segera setelah kondisinya mengizinkan
- Perkuat usaha orang tua untuk meningkatkan rasa percaya diri mereka
- Waspada terhadap tanda ketegangan dan stres pada orang tua
- Usahakan agar orang tua dapat menyempatkan bersama bayi
- Bantu orang tua memahami respons bayi; komentar mengenai setiap respons positif dan tanda stimulasi berlebih atau kelelahan
- Bantu orang tua mendemonstrasikan teknik asuhan bayi dan pemberian dukungan
- Identifikasi sumber daya (mis. transportasi, pengasuh bayi) untuk memungkinkan orang tua berkunjung

Hasil yang Diharapkan

Orang tua mengunjungi bayi segera setelah kelahiran dengan interval yang sering

Orang tua berhubungan secara positif dengan bayi (mis. memanggil nama bayi, memandang dan menyentuh bayi)
Orang tua memberikan asuhan bayi dan memperlihatkan perilaku yang nyaman dalam hubungannya dengan bayi
Orang tua mengidentifikasi tanda stres atau kelelahan bayi

Tujuan 3: Pasien (sibling) memperlihatkan tingkah laku pelekatan positif

Intervensi Keperawatan/Rasional

- Dorong sibling untuk mengunjungi bayi bila memungkinkan
- Jelaskan tentang lingkungan, kejadian, penampilan bayi, dan mengapa bayi belum boleh pulang untuk mempersiapkan mereka berkunjung
- Berikan foto bayi atau barang lainnya bila sibling tidak dapat berkunjung
- Dorong sibling membuat gambar atau membawa benda kecil lainnya, seperti surat atau lukisan, untuk bayi dan tempatkan di inkubator atau tempat tidur

Hasil yang Diharapkan

Sibling mengunjungi bayi di NICU atau ruang perawatan bayi
Sibling memperlihatkan pemahaman terhadap penjelasan yang diberikan (sebutkan)
Sibling menerima barang yang berhubungan dengan bayi (sebutkan)

Tujuan 4: Pasien (keluarga) siap untuk asuhan di rumah

Intervensi Keperawatan/Rasional

- Kaji kesiapan keluarga (terutama ibu atau pemberi asuhan primer lainnya) untuk mengasuh bayi di rumah untuk memfasilitasi transisi orang tua pulang bersama bayi
- Ajarkan teknik asuhan dan observasi bayi yang perlu
- Dorong orang tua, bila mungkin, untuk menginap semalam atau dua malam di rumah sakit di ruang pra-pemulangan sebelum pulang bersama bayi untuk mengembangkan rasa percaya diri dalam asuhan bayi di rumah
- Tekankan tindak lanjut perawatan medis
- Rujuk ke lembaga atau layanan yang sesuai sehingga bantuan yang diperlukan bisa diperoleh
- Dorong dan fasilitasi keterlibatan dengan kelompok pendukung keluarga atau rujuk pada kelompok pendukung yang sesuai untuk dukungan berkelanjutan
- Berikan kesempatan kepada keluarga untuk mempelajari resusitasi kardiorpulmonal dan respons terhadap kecelakaan tercekik

Hasil yang Diharapkan

Keluarga memperlihatkan kemampuan memberikan asuhan bayi
Anggota keluarga tahu bagaimana dan kapan menghubungi layanan yang tersedia
Anggota keluarga mengenali pentingnya tindak lanjut perawatan medis

DIAGNOSIS KEPERAWATAN: Duka cita adaptif yang berhubungan dengan kelahiran bayi risiko tinggi yang tidak diharapkan, prognosis kritis, dan/atau kematian bayi



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

EVALUASI NEUROLOGIS

Refleks menggenggam—Genggaman tangan bayi *preterm* lemah; genggaman tangan bayi *term* kuat, sehingga bayi dapat diangkat dari kasur.

PRETERM



TERM



Manuver tumit-ke-telinga—Tumit bayi *preterm* dapat dengan mudah dibawa ke telinga, tanpa tahanan. Manuver ini tidak mungkin dilakukan pada bayi *term*, karena terdapat tahanan yang cukup pada lutut.



GBR. 9-13-lanjutan Pemeriksaan klinis dan neurologis membandingkan bayi *preterm* dan cukup bulan. (Foto oleh Paul Vincent Kuntz, Texas Children's Hospital.)

layanan untuk intervensi neurologis dan perkembangan yang tepat. Ketertarikan dan keterlibatan orang tua merupakan variabel yang penting dalam kemajuan perkembangan bayi.

Penatalaksanaan Terapeutik

Bila kelahiran bayi *preterm* telah diantisipasi, ruang asuhan intensif harus diberi tahu dan diterapkan pendekatan tim. Idealnya, seorang neonatologis, perawat berpengalaman, perawat staf, dan terapis respirasi harus ada saat kelahiran. Bayi yang tidak memerlukan resusitasi segera ditransfer dalam inkubator yang telah dipanaskan ke NICU, tempat ia akan ditimbang dan mulai dipasang IV, terapi oksigen, dan intervensi terapeutik lain sesuai keperluan. Resusitasi dilakukan di ruang persalinan sampai bayi dapat ditransfer dengan aman ke NICU.

Asuhan selanjutnya ditentukan oleh status bayi. Asuhan umum bayi *preterm* berbeda dengan bayi cukup bulan terutama dalam hal dukungan respirasi, regulasi suhu, nutrisi, kepekaan terhadap infeksi, intoleran aktivitas, dan konsekuensi lain imaturitas fisik.

Pertimbangan Keperawatan

Asuhan keperawatan, seperti penatalaksanaan terapeutik, selalu diindividualisasi bagi setiap bayi. Lihat diskusi yang sesuai pada Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir Risiko Tinggi dan Keluarga mengenai detail tambahan asuhan ini.

BAYI POSTMATUR

Bayi yang lahir dengan usia gestasi lebih dari 42 minggu dihitung dari menstruasi terakhir ibu (atau dengan pengkajian usia gestasi) dianggap *postmatur*, atau *post-term*, tanpa memperhitungkan berat badan lahir. Insidens kasus ini mencapai 3,5% sampai 15% dari semua kehamilan. Penyebab keterlambatan kelahiran tidak diketahui. Beberapa bayi tampak cukup usia gestasinya, namun memperlihatkan sifat khas disfungsi plasenta progresif. Bayi ini sering disebut *postmatur*, karena memperlihatkan sifat bayi yang telah berusia 1 sampai 3 minggu, seperti tidak adanya lanugo, verniks kaseosa sedikit atau tidak ada, rambut kepala banyak, dan kuku jari panjang. Kulit biasanya pecah-pecah, berbercak, dan deskuamasi. Temuan umum pada bayi *postmatur* adalah penampilan fisik kurus yang mencerminkan deprivasi intrauterin. Kehilangan lemak subkutan menjadikan mereka tampak kurus dan panjang. Sedikitnya verniks kaseosa yang tertinggal di lipatan kulit, berwarna kuning gelap atau hijau, yang merupakan indikasi adanya mekoneum dalam cairan amnion.

Terdapat peningkatan bermakna mortalitas fetal dan neonatal pada bayi *post-term* dibandingkan yang lahir aterm. Mereka terutama peka terhadap distres fetal berhubungan dengan rendahnya efisiensi plasenta, makrosomia, anomali bawaan, dan sindrom aspirasi mekoneum. Risiko tertinggi terjadi selama stres persalinan dan kelahiran, terutama pada bayi *primigravida*, atau wanita yang melahirkan anak pertama. Sesar atau induksi persalinan biasanya direkomendasikan bila bayi terlambat.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 9-5 PENATALAKSANAAN HIPERBILIRUBINEMIA PADA BAYI BARU LAHIR TERM SEHAT

Usia (Jam)	KADAR TSB (MG/DL μ MOL/L)*			
	ANJURAN FOTOTERAPI	FOTOTERAPI	TRANSFUSI TUKAR BILA FOTOTERAPI INTENSIF GAGAL	TRANSFUSI TUKAR DAN FOTOTERAPI INTENSIF
≤24†	—	—	—	—
25-48	≥12 (170)	≥15 (260)	≥20 (340)	≥25 (430)
49-72	≥15 (260)	≥18 (310)	≥25 (430)	≥30 (510)
>72	≥17 (290)	≥20 (340)	≥25 (430)	≥30 (510)

Dari American Academy of Pediatrics, Provisional Committee for Quality Improvement and Subcommittee on Hyperbilirubinemia: Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn, *Pediatrics* 94(4): 558-562, 1994.

*TSB menunjukkan bilirubin serum total.

†Bayi term yang secara klinis mengalami jaundis pada usia ≤ 24 jam dipandang tidak sehat dan menuntut evaluasi lebih lanjut.

palor, sianosis) atau kondisi lainnya. Agar fototerapi efektif, kulit bayi harus terpajan penuh terhadap sumber cahaya dengan jumlah yang adekuat. Bila kadar bilirubin serum meningkat sangat cepat atau mencapai kadar kritis, dianjurkan untuk memberi fototerapi dosis ganda atau intensif; teknik ini melibatkan pemberian lampu *overhead* konvensional sementara itu bayi berbaring dalam selimut fiberoptik. Warna kulit bayi tidak memengaruhi efisiensi pemberian fototerapi. Hasil terbaik terjadi dalam 24 sampai 48 jam pertama terapi.

Fototerapi alternatif untuk menggantikan fototerapi tradisional "*bililights*" adalah **panel** atau **selimut fiberoptik** (Walaby, Biliblankett), yang terdiri atas illuminator sumber cahaya, seuntai serat plastik dihubungkan ke panel yang akan menyebarkan energi, dan penutup lembut, sekali pakai, tembus cahaya untuk melindungi bayi. Selimut memberi cahaya terapi secara konsisten dan terus-menerus kepada bayi dan mencapai efek fotoisomerisasi yang sama dengan fototerapi konvensional. Selimut fiberoptik terutama cocok untuk pemakaian di rumah. Selimut jinjingan memungkinkan interaksi orang tua-bayi yang lebih banyak, selain lebih terkontrol dengan baik karena bayi dapat ditutupi. Cara ini juga tidak perlu mengenakan penutup mata (*bila mata tidak terpajan langsung pada sumber cahaya*) dan menempatkan cahaya pada jarak yang tepat. Akan tetapi, perlu perhatian khusus untuk menempatkan bantalan plastik yang menutupi komplet dan menghindari pemajanan kulit lembut bayi yang sangat prematur atau lemah terhadap selimut fiberoptik, karena telah dilaporkan adanya cedera dermal paling tidak pada dua kasus (Hussain dan Sharief, 1996; Woo, 1998).

American Academy of Pediatrics (1994) memberikan petunjuk praktis untuk memulai fototerapi pada bayi term sehat (Tabel 9-5). Penulis menekankan bahwa pelaksanaan fototerapi harus selalu didasarkan pada pertimbangan klinis individual dan bukan pada kadar bilirubin saja.

Bayi *preterm* berisiko lebih tinggi mengalami jaundis patologis dengan kadar bilirubin yang lebih rendah dari bayi term yang sehat karena ada hubungannya dengan faktor kesakitan yang dapat meningkatkan masuknya bilirubin ke otak (Gartner, 1994). Oleh karena itu, rekomendasi untuk memulai fototerapi pada bayi dengan berat <1500 g adalah pada kadar 5 sampai 8 mg/dl; yang beratnya 1500 sampai

1999 g, kadar 8-12 mg/dl; dan yang beratnya 2000 sampai 2499 g, kadar 11 sampai 14 mg/dl (Maisels, 1994). Akan tetapi, setiap bayi harus dievaluasi dengan teliti untuk adanya penyakit lain dan faktor risikonya, dan bukan hanya berdasarkan pada harga absolut bagi semua kelompok spesifik. Fototerapi profilaktik sering dipakai pada bayi BBLSR yang memiliki faktor kesakitan tinggi yang merupakan predisposisi bagi mereka untuk mengalami hiperbilirubinemia (Blackburn, 1995).

Rekomendasi untuk pencegahan dan penatalaksanaan jaundis awitan dini pada bayi yang mendapat ASI, lebih disukai setiap 2 jam, dan menghindari pemberian air glukosa, susu formula, atau tambahan air. Kadar bilirubin dipantau pada jaundis awitan lambat, dan pilihan terapinya bervariasi. Pemberian ASI mungkin harus dihentikan sampai 12 jam bila kadar bilirubin mencapai 16 mg/dl. ASI dimulai lagi setelah kadar bilirubin turun (Lawrence dan Lawrence, 1999). Orang tua harus diberi pilihan untuk melanjutkan pemberian ASI, karena belum pernah ditemukan efek berbahaya pada bayi term sehat dengan kadar bilirubin kurang dari 20 mg/dl yang terus mengonsumsi ASI (Martinez dkk, 1993). Berdasarkan temuan ini, Maisels (1994) menganjurkan bila mungkin, fototerapi dapat diberikan tanpa penghentian ASI. Fototerapi di rumah dan meneruskan ASI merupakan pilihan lain. Fototerapi sebagai terapi untuk hiperbilirubinemia didiskusikan di hlm. 326.

Prognosis. Identifikasi dan terapi dini hiperbilirubinemia mencegah kerusakan otak berat (ensefalopati bilirubin). Tanda khas gangguan fungsi neurologis yang berhubungan dengan ensefalopati bilirubin meliputi atetosis (gerakan memutar involunter), ketulian sensorineural, *paralytic gaze palsy*, dan abnormalitas gaze lain. Keterampilan motorik terlambat, namun gangguan intelektual dilaporkan minimal. Hipoplasia email gigi juga terjadi.

Pertimbangan Keperawatan

Pengkajian

Bagian pengkajian fisik rutin meliputi pengobservasi adanya bukti jaundis dengan interval teratur. Jaundis paling



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PENYAKIT HEMOLITIK BAYI BARU LAHIR

Hiperbilirubinemia pada 24 jam pertama kehidupan sering disebabkan oleh penyakit hemolitik bayi baru lahir (*hemolytic disease of the newborn*, HDN) (eritroblastosis fetalis), suatu destruksi SDM dengan kecepatan yang tidak normal. Anemia yang disebabkan oleh destruksi ini merangsang produksi SDM, yang pada gilirannya meningkatkan jumlah sel untuk terjadinya hemolisis. Penyebab mayor peningkatan destruksi eritrosit adalah isoimunisasi (terutama Rh) dan inkompatibilitas ABO.

Inkompatibilitas Darah

Membran sel darah manusia mengandung berbagai **anti-gen**, juga dikenal **aglutinogen**, suatu substansi yang mampu memproduksi respons imun bila dikenali oleh tubuh sebagai benda asing. Hubungan timbal balik antara antigen pada SDM dan antibodi dalam plasma menyebabkan **aglutinasi** (penggumpalan). Dengan kata lain, antibodi dalam plasma salah satu golongan darah (kecuali golongan AB, yang tidak mengandung antibodi) menghasilkan aglutinasi bila dicampur dengan antigen dari golongan darah yang berbeda. Dalam **sistem golongan darah ABO** antibodi muncul secara natural. Dalam **sistem golongan darah Rh** individu harus terpajan dulu dengan antigen Rh sebelum terjadi pembentukan antibodi secara bermakna dan menyebabkan respons sensitivitas (**isoimunisasi**).

Inkompatibilitas Rh (isoimunisasi).

Golongan darah Rh terdiri atas beberapa antigen (dengan D menjadi yang paling prevalen). Untuk mudahnya, hanya istilah **Rh-positif** (adanya antigen) dan **Rh-negatif** (tidak ada antigen) yang akan didiskusikan di sini. Ada atau tidak ada faktor Rh yang terjadi natural menentukan golongan darah.

Umumnya, tidak ada masalah yang bisa diantisipasi bila golongan darah Rh ibu dan fetus sama atau bila ibunya Rh-positif dan bayinya Rh-negatif. Kesulitan baru terjadi bila ibunya Rh-negatif dan bayinya Rh-positif. Meskipun sirkulasi darah maternal dan fetal terpisah, SDM fetal (dengan antigen asing terhadap ibu) terkadang dapat mencapai sirkulasi maternal melalui retakan kecil pada pembuluh darah plasenta. Mekanisme pertahanan natural ibu berespons terhadap sel asing ini dengan memproduksi antibodi anti-Rh.

Dalam keadaan normal, proses isoimunisasi ini tidak berefek pada fetus selama kehamilan pertama dengan fetus Rh-positif karena sensitisasi inisial terhadap antigen Rh jarang terjadi sebelum onset persalinan. Akan tetapi, dengan tingginya risiko darah fetal pindah ke sirkulasi maternal selama pemisahan plasenta, produksi antibodi maternal menjadi terangsang. Selama kehamilan berikutnya dengan fetus Rh-positif, antibodi maternal yang sudah terbentuk tadi terhadap sel darah Rh-positif memasuki sirkulasi fetal, ketika mereka menyerang dan menghancurkan eritrosit fetal (Gbr. 9-15). Toksemia maternal, pengambilan plasenta manual, dan kelahiran melalui sesar meningkatkan insidensi perdarahan transplasental dan selanjutnya isoimunisasi (Blanchette dkk, 1994).

Karena kondisi ini dimulai inutero, maka fetus berusaha mengompensasi adanya hemolisis progresif dengan mempercepat kecepatan eritropoiesis. Sebagai akibatnya, muncul SDM imatur (**eritroblas**) di dalam sirkulasi fetal, dari sini munculnya istilah **eritroblastosis fetalis**.

Terdapat banyak variasi dalam perkembangan sensitisasi maternal terhadap antigen Rh-positif. Sensitisasi dapat terjadi selama kehamilan pertama bila wanita pernah menerima transfusi darah Rh-positif. Tidak terjadi sensitisasi jika barrier plasenta yang kuat menghambat transfer darah fetal ke dalam sirkulasi maternal. Pada sekitar 10% sampai 15% ibu yang tersensitisasi, tidak terdapat reaksi hemolitik pada bayi baru lahir.



GBR. 9-15 Perkembangan sensitisasi maternal terhadap antigen Rh. A, Eritrosit fetal Rh-positif memasuki sistem maternal. Antibodi maternal anti-Rh terbentuk. B, Antibodi anti-Rh melintasi plasenta dan menyerang eritrosit fetal.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 9-7 ABNORMALITAS METABOLIK

HIPOGLIKEMIA	HIPOKALSEMIA
DEFINISI Konsentrasi glukosa darah secara bermakna lebih rendah dari mayoritas bayi pada usia dan berat badan yang sama TIPE Neonatal transisional awal—bayi ukuran besar atau normal yang tampak mengalami hiperinsulinisme Neonatal transien klasik—Bayi yang menderita malnutrisi intrauterin yang memecah cadangan glikogen dan lemak Hubungan sekunder—Suatu respons terhadap stres perinatal yang meningkatkan kebutuhan metabolik bayi relatif terhadap cadangan glikogen Berulang, berat—Disebabkan oleh defek enzimatik atau metabolik-endokrin MANIFESTASI KLINIS Kabur, sering tidak dapat dibedakan dengan kondisi bayi baru lahir lainnya Tanda serebral—Gemetar, tremor, kedutan, tangisan lemah nada tinggi, letargi, lumpuh, apatis, kejang, dan koma Lain-lain—sianosis, apnea, respirasi cepat dan tidak teratur, berkeringat, mata berputar, pemberian makan buruk Tanda sering transien namun berulang DIAGNOSIS LABORATORIUM Konsentrasi glukosa plasma kurang dari 47 mg/dl (2,6 mmol/L) sampai 50 mg/dl (2,8 mmol/L) pada setiap bayi baru lahir, tanpa memperhitungkan usia gestasi saat lahir PENANGANAN Pemberian glukosa IV Pemberian makan dini pada bayi normoglikemik (preventif) KEPERAWATAN Lihat Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir Risiko Tinggi, hlm. 314 Identifikasi bayi berisiko atau hipoglikemia Kurangi faktor lingkungan yang merupakan predisposisi hipoglikemia (mis. stres dingin, gawat pernapasan) Berikan glukosa sesuai resep Mulai pemberian makan dini pada bayi sehat Yakinkan asupan adekuat karbohidrat (ASI atau susu formula)	Kadar kalsium yang rendah abnormal dalam darah sirkulasi Awitan dini—Muncul dalam 48 jam pertama, muncul pada bayi preterm yang mengalami hipoksia perinatal; terkadang pada bayi dengan ibu diabetik Awitan lambat—Hipokalsemia yang diinduksi susu sapi (tetanus neonatal); jelas setelah hari 3-4 pertama (tingginya rasio fosfor/kalsium susu sapi menekan aktivitas paratiroid, menurunkan kadar kalsium serum); bayi dengan malabsorpsi intestinal, hipoparatiroidisme atau hipomagnesemia Awitan dini—gemetar, apnea, episode sianosis, edema, menangis nada tinggi, distensi abdomen Awitan lambat—Kedutan, tremor, kejang Kalsium serum kurang dari 7,8-8 mg/dl (1,95-2,0 mmol/L) pada bayi cukup bulan atau Kalsium terionisasi kurang dari 4,4 mg/dl (1,1 mmol/L) Awitan awal—menaikkan pemberian makan susu formula, pemberian suplemen kalsium (kadang-kadang) Awitan lambat—Pemberian kalsium glukonat secara oral atau intravena (perlahan); vitamin D Koreksi hipoparatiroidisme Lihat Asuhan Keperawatan Bayi Baru Lahir Risiko Tinggi, hlm. 314 Identifikasi bayi berisiko atau hipokalsemia Berikan kalsium sesuai resep Observasi adanya tanda hiperkalsemia akut (mis. muntah, bradikardia) Manipulasi lingkungan untuk mengurangi rangsang yang mungkin mencetuskan kejang atau tremor (mis. mengambil bayi mendadak, menggoyang tempat tidur mendadak)

ngan penurunan aliran darah paru efektif. Peningkatan PVR menyebabkan reversi parsial ke sirkulasi fetal, dengan pirau kanan ke kiri darah melalui komunikasi fetal yang menetap—duktus arteriosus dan foramen ovale.

Perfusi paru dan ventilasi yang inadekuat mengakibatkan hipoksemia dan hiperkapnia. Arteriole paru, dengan lapisan muskular yang tebal, sangat reaktif terhadap penurunan konsentrasi oksigen. Oleh karena itu, penurunan tekanan oksigen menyebabkan vasokonstriksi dalam arteriole paru yang kemudian diperkuat dengan penurunan pH darah. Vasokonstriksi ini turut menyebabkan peningkatan signifikan PVR. Pada ventilasi normal dengan peningkatan

konsentrasi oksigen, duktus arteriosus akan mengalami konstriksi dan pembuluh darah paru mengalami dilatasi untuk menurunkan PVR.

Hipoksia berkepanjangan akan mengaktifkan glikolisis anaerobik, yang menghasilkan sejumlah besar asam laktat. Peningkatan asam laktat menyebabkan asidosis metabolik; ketidakmampuan paru yang atelektasis untuk mengeluarkan kelebihan karbon dioksida menghasilkan asidosis respirasi. Asidosis menyebabkan vasokonstriksi lebih lanjut. Dengan defisiensi sirkulasi paru dan perfusi alveolar, P_{aO_2} terus turun, pH turun, dan material yang diperlukan untuk menghasilkan surfaktan tidak tersirkulasi ke alveoli.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Latihan Berpikir Kritis

Sindrom Gawat Pernapasan

Seorang bayi preterm 32 minggu memerlukan ventilasi mekanis untuk penanganan sindrom gawat pernapasan (RDS) sebagai akibat defisiensi surfaktan. Perawat cemas dengan masalah yang berhubungan dengan prematuritas dan RDS, seperti hipoglikemia. Masalah yang membuat Anda waspada terutama dalam hal penggunaan ventilasi mekanis pada bayi ini dan pengetahuan mengenai patologi meliputi apa saja?

Pertama Pikirkan Tentang ...

- Pertanyaan tepat apakah yang sebenarnya ingin Anda jawab?
- Kesimpulan apa yang Anda capai?

1. Aspirasi mekoneum
2. Takipnea transien
3. Kebocoran udara
4. Hipertensi pulmonal persisten

Jawaban terbaik adalah tiga. Pertanyaan sebenarnya difokuskan pada kenyataan bahwa bayi yang preterm dan kekurangan surfaktan memiliki alveoli imatur dan tegangan permukaan yang tinggi, yang merupakan predisposisi untuk mengalami kebocoran udara selama ventilasi mekanis konvensional. Memang benar untuk menyimpulkan bahwa ketiga pilihan lainnya adalah kondisi respirasi neonatal, namun biasanya tidak berhubungan dengan RDS jenis defisiensi surfaktan melainkan patologi utamanya.

dan PaCO₂ namun *tidak* untuk status oksigen. Bacaan transkutan kontinu atau oksimetri nadi dicatat paling tidak sejam sekali. Pengambilan sampel darah dilakukan setelah perubahan ventilator untuk bayi sakit akut dan bila ada indikasi klinis.

Diagnosis Keperawatan

Kebanyakan diagnosis yang berhubungan dengan setiap bayi risiko tinggi pasti sama dengan bayi RDS. Diagnosis yang lebih spesifik berhubungan dengan gawat pernapasan disajikan di Kotak 9-9.

Perencanaan

Tujuan utama bagi bayi dengan distress respirasi sama dengan bagi semua bayi risiko tinggi (seperti dukungan bayi dan keluarganya), dengan penekanan khusus pada kebutuhan respirasi:

1. Bayi memperlihatkan pertukaran udara dan oksigenasi yang optimal.
2. Bayi memperlihatkan fungsi respirasi, kardial, termoregulasi dan metabolik yang diinginkan (kecuali terdapat kondisi yang mendasarinya).

KOTAK 9-9 DIAGNOSIS KEPERAWATAN: BAYI RDS

Ketidakefektifan pola pernapasan yang berhubungan dengan defisiensi surfaktan, instabilitas alveoli, dan imaturitas paru
Ketidakefektifan pola pernapasan yang berhubungan dengan kekurangan energi
Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan struktur alveolar imatur
Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan ketidakmampuan mempertahankan ekspansi paru
Risiko tinggi trauma (jaringan otak) yang berhubungan dengan hipoksemia dan hiperkapnia

Implementasi

Mukus dapat terkumpul di traktus respiratorius akibat kondisi paru bayi. Sekresi mengganggu aliran gas dan merupakan predisposisi bagi bayi untuk mengalami obstruksi jalan napas, termasuk slang ET. Pengisapan hanya boleh dilakukan bila perlu dan harus didasarkan pada pengkajian bayi individual, yang mencakup auskultasi dada, yaitu pada adanya penurunan oksigenasi, kelebihan kelembapan dalam slang ET atau bertambahnya iritabilitas bayi. Sebelum pengisapan, hiperventilasi dan/atau hiperoksigenasi dilakukan untuk mencegah hipoksemia, namun, efektivitas prosedur ini belum semuanya dapat diterima (Swartz, Noonan, dan Edward-Beckett, 1996). Instilasi 0,25 sampai 0,5 ml salin normal steril ke dalam slang ET sebelum pemasangan kateter pengisap dapat membantu mengangkat sekresi, namun manfaatnya tidak terbukti.

KEWASPADAAN Keperawatan Pengisapan bukan prosedur yang tanpa bahaya (dapat menyebabkan spasme bronkus, bradikardia akibat stimulasi saraf vagus, hipoksia, dan peningkatan tekanan intrakranial [TIK], predisposisi terjadinya perdarahan intraventrikular) dan *jangan pernah* dilakukan hanya berdasarkan rutin. Teknik pengisapan yang tidak benar dapat juga menyebabkan infeksi, kerusakan jalan napas, atau bahkan pneumotoraks.

Ketika saluran nasofaring, trakea, atau slang ET sedang diisap, kateter harus dipasang dengan lembut namun cepat; pengisapan intermiten dilakukan saat kateter ditarik. Suatu keharusan bahwa lamanya saluran udara terobstruksi oleh kateter tidak boleh lebih dari 5 detik, karena pengisapan kontinu mengangkat udara dari paru bersama dengan mukus. Direkomendasikan untuk menerapkan prosedur pengisapan "dua orang" pada bayi yang sakit akut dan yang tidak menoleransi setiap prosedur tanpa penurunan saturasi oksigen, tekanan darah, dan denyut jantung yang berat. Akan tetapi, prosedur ini mungkin tidak perlu bila memakai alat *in-line suction*. Tujuan pengisapan jalan udara buatan adalah mempertahankan patensi jalan udara, bukan bronkhi. Pengisapan yang dilakukan melampaui slang ET dapat menyebabkan lesi traumatik trakea. Beberapa ahli merekomendasikan bahwa FiO₂ harus dinaikkan 10% sebe-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 9-9 KOMPLIKASI PERNAPASAN

KETERANGAN	MANIFESTASI KLINIS	PENANGANAN	PERTIMBANGAN KEPERAWATAN
	DISPLASIA BRONKOPULMONAL (<i>lanjutan</i>)	Cegah kebocoran udara Gunakan ventilasi frekuensi tinggi Cegah dan/atau kontrol infeksi respirasi atau sistemik Diagnosis ditegakkan: Dukung usaha respirasi Pertahankan oksigenasi yang adekuat Berikan steroid, diuretik, bronkodilator sesuai permintaan Berikan oksigen suplemen di rumah sakit/rumah	Kaji kerentanan terhadap infeksi saluran respirasi atas dan perlunya pemondokan ke rumah sakit yang sering untuk disfungsi respirasi Berikan densitas kalori tinggi (pemberian makan) dengan trigliserida rantai menengah dan polimer glukosa

KOTAK 9-10 PENYEBAB KEJANG NEONATAL

METABOLIK Hipoglikemia; hiperglikemia Hipokalsemia Hipomagnesemia Defisiensi piridoksin Aminoasiduria (mis. fenilketonuria, penyakit kencing sirup maple) Hiperamonemia TOKSIK DAN ELEKTROLIT Hipernatremia; hiponatremia Lepas obat narkotika Uremia Ensefalopati bilirubin (kernikterus) INFEKSI PRANATAL Toksoplasmosis Sifilis Sitomegalovirus Herpes simpleks Hepatitis	INFEKSI POSTNATAL Meningitis bakterial Meningoensefalitis viral Sepsis Abses otak TRAUMA SAAT KELAHIRAN Cedera otak hipoksia Perdarahan intrakranial Perdarahan subaraknoid, epidural Perdarahan intraventrikular MALFORMASI Agensis sistem saraf pusat Hidroensefalopati Pareensefalopati Sklerosis tuberous LAIN-LAIN Penyakit degeneratif Kejang neonatal familial benigna
--	--

teliti mengenai adanya penyebab familial dan pranatal. Darah diambil untuk pemeriksaan glukosa dan elektrolit, dan diambil cairan serebrospinal untuk pemeriksaan darah makro, hitung sel, protein, glukosa, dan kultur. Elektroensefalografi dapat membantu mengidentifikasi kejang subtil namun kurang membantu menegaskan diagnosis. Prosedur diagnostik lain dapat dilakukan, seperti *computed tomography* dan ekoensefalografi. Video elektroensefalogram dapat digunakan untuk mengidentifikasi aktivitas kejang pada beberapa bayi baru lahir.

Penatalaksanaan Terapeutik

Penatalaksanaan ditujukan pada pencegahan kerusakan serebral dan meliputi koreksi kerusakan metabolik, dukungan respirasi dan kardiovaskular, dan penekanan aktivitas kejang. Penyebab yang mendasarinya diatasi (mis. infus glukosa untuk hipoglikemia, kalsium untuk hipokalsemia, dan antibiotik untuk infeksi). Bila perlu, dukungan respirasi diberikan untuk hipoksia dan antikonvulsan dapat diberikan, terutama bila upaya lain gagal untuk mengontrol kejang.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Evaluasi Diagnostik

Diagnosis sepsis sering didasarkan pada kecurigaan tanda dan gejala klinis yang ada. Karena sepsis sangat mudah dikacaukan dengan gangguan neonatal lainnya, diagnosis definitif ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium dan radiografis. Isolasi organisme spesifik harus dicoba melalui kultur darah, kemih, dan cairan serebrospinal. Pemeriksaan darah mungkin memperlihatkan tanda anemia, leukositosis, atau leukopenia. Leukopenia biasanya merupakan tanda buruk karena sering berhubungan dengan mortalitas. Peningkatan jumlah neutrofil imatur, penurunan atau peningkatan neutrofil total, dan perubahan morfologi neutrofil juga mengarah kepada proses infeksi neonatus.

Penatalaksanaan Terapeutik

Selain pemberian upaya terapeutik yang hebat, pengenalan (Kotak 9-11) dan diagnosis dini sangat penting untuk meningkatkan kesempatan bayi bertahan selamat dan mengurangi kemungkinan kerusakan neurologis permanen. Terapi antibiotika dimulai sebelum hasil laboratorium tersedia untuk konfirmasi dan identifikasi organisme sebenarnya. Penanganan meliputi dukungan sirkulasi, dukungan respirasi, pemberian antibiotik yang agresif, dan imunoterapi.

Terapi suportif biasanya melibatkan pemberian oksigen (bila gawat pernapasan atau hipoksia nyata), regulasi cairan yang cermat, koreksi ketidakseimbangan elektrolit atau asam-basa, dan penghentian sementara pemberian makan oral. Transfusi darah mungkin diperlukan untuk mengoreksi anemia dan syok, dan pemantauan elektronik tanda vital dan regulasi lingkungan termal adalah keharusan.

Terapi antibiotika dilanjutkan selama 7 sampai 10 hari bila kultur positif, dihentikan 3 hari bila kultur negatif dan bayi asimtomatik, dan yang paling sering diberikan melalui infus IV. Terapi antijamur dan/atau antivirus diberikan bila perlu, bergantung pada agens penyebab. Transfusi dengan granulosit segar diradiasi atau leukosit polimorfonuklear yang diperoleh dari donor dewasa dengan leukaferesis sentrifugasi aliran kontinu telah diperkenalkan sebagai terapi untuk sepsis bakterial. Terapi imunoglobulin IV juga telah terbukti efektif sebagai upaya profilaksis melawan infeksi dan untuk penanganan infeksi yang ditemukan.

Prognosis. Prognosis untuk sepsis neonatal sangat bervariasi. Sekuele neurologis dan respirasi berat dapat terjadi pada bayi BBLEP dan BBLSR sebagai akibat sepsis awitan dini (Stoll dkk, 1996). Sepsis awitan lambat dan meningitis juga dapat mengakibatkan hasil buruk bagi neonatus gangguan imun. Kecenderungan terkini dalam diagnosis antenatal streptokokus grup B maternal dan diikuti kemudian dengan penanganan maternal dan neonatal dengan terapi antibiotika mempunyai harapan besar untuk mengurangi angka mortalitas dan morbiditas bayi; penurunan bermakna infeksi GBS awitan dini telah dilaporkan di daerah surveilans (American Academy of Pediatrics, 1997; Center for Disease Control and Prevention, 1997).

KOTAK 9-11 MANIFESTASI YANG DITEMUKAN PADA SEPSIS NEONATAL

TANDA UMUM

Bayi biasanya "tidak sehat"
Kontrol suhu: buruk-hipotermia, hipertermia (jarang)

SISTEM SIKULASI

Pucat, sianosis, atau berbercak
Kulit dingin, basah
Hipotensi
Edema
Denyut jantung tidak teratur-bradikardia, takikardia

SISTEM RESPIRASI

Respirasi tidak teratur, apnea, takhipnea
Sianosis
Grunting
Dispnea
Retraksi

SISTEM SARAF PUSAT

Aktivitas menurun-letargi, hiporefleksia, koma
Aktivitas bertambah-iritabilitas, tremor, kejang
Fontanela penuh
Peningkatan atau penurunan tonus
Gerakan mata abnormal

SISTEM GASTROINTESTINAL

Selera makan buruk
Muntah
Diare atau berak berkurang
Distensi abdomen
Hepatomegali
Darah samar positif

SISTEM HEMOPOIETIKA

Jaundis
Pucat
Petekie, ekimosis
Splenomegali

Pertimbangan Keperawatan

Asuhan keperawatan bayi sepsis melibatkan observasi dan pengkajian seperti yang telah disajikan bagi setiap bayi risiko tinggi. Pengenalan masalah yang ada sangat penting, biasanya perawat yang mengobservasi dan mengkaji bayi dan menemukan bahwa "ada yang salah" dengan bayi itu. Kewaspadaan mengenai potensial cara penularan infeksi juga membantu perawat mengidentifikasi mereka yang berisiko mengalami sepsis. Kebanyakan asuhan bayi dengan sepsis melibatkan penanganan medis penyakitnya. Pengetahuan mengenai efek samping antibiotik tertentu dan pengaturan dan pemberian obat yang benar sangat vital.

Terapi antibiotik jangka panjang memiliki bahaya tambahan bagi bayi yang bersangkutan. Antibiotik menjadikan bayi predisposisi mengalami pertumbuhan organisme resisten dan superinfeksi dari jamur atau agens mikotik, seperti *Candida albicans*. Perawat harus waspada mengenai adanya



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

ibu ketagihan menggunakan opiat, terutama heroin atau metadon, maka anak yang belum lahir juga akan mengalami ketergantungan kimiawi atau ketagihan pasif terhadap obat, yang membuat bayi seperti ini berisiko selama periode neonatal awal. **Sindrom abstinensi neonatal (NAS)** adalah istilah yang digunakan oleh banyak orang untuk menerangkan serangkaian tingkah laku yang diperlihatkan oleh bayi yang terpajan zat kimia in utero.

Evaluasi Diagnostik

Kebanyakan bayi dari ibu ketergantungan obat tampak normal pada saat lahir namun mulai memperlihatkan tanda lepas obat dalam 12 sampai 24 jam bila ibu telah menggunakan heroin sendiri. Bila ibu menggunakan metadon, tandanya muncul lebih lambat—sekitar 1 sampai 2 hari hingga 2 sampai 3 minggu atau lebih setelah lahir. Manifestasi klinis dapat dimasukkan ke dalam salah satu atau semua kategori berikut: tanda sistem SSP, gastrointestinal, respirasi, dan saraf otonom (Kandall, 1999); menjadi paling jelas antara usia 48 dan 72 jam; dan dapat berlangsung dari 6 hari sampai 8 minggu, bergantung pada beratnya gejala putus obat (Kotak 9-14). Meskipun bayi ini mengisap genggaman tangan dengan bernaflu, dan memperlihatkan refleksi *rooting* yang berlebihan, namun nafsu makannya buruk dengan refleks pengisapan dan penelanan yang tidak terkoordinasi dan tidak efektif.

Tidak semua bayi dari ibu ketergantungan heroin akan memperlihatkan tanda gejala putus obat. Karena derajat pemakaian obat yang tidak teratur dan bervariasi, kualitas obat, dan penggunaan obat campuran oleh ibu, beberapa bayi memperlihatkan manifestasi ringan atau bervariasi. Kebanyakan manifestasi umumnya memiliki ciri tanda tidak jelas dan tidak spesifik, bagi semua bayi; maka penting membedakan antara gejala putus obat dan gangguan lain sebelum memberikan terapi spesifik. Ada keadaan lain (mis. hipokalsemia, hipoglikemia, atau sepsis) yang sering muncul bersama dengan gejala putus obat.

Pengumpulan sampel mekonium untuk pemajanan obat bayi dilaporkan memberikan akurasi penyaringan yang lebih baik dari urine, karena metabolit obat terakumulasi dalam mekonium (Kandall, 1999).

Bayi yang tidak menunjukkan tanda sindrom alkohol fetal namun lahir dari ibu yang juga peminum alkohol lebih tremor, hipertonia, tidak bisa diam, gerakan mulut berlebih, menangis, dan tidak nyaman dibandingkan bayi dari ibu kecanduan yang tidak mengonsumsi alkohol selama kehamilan. Keprihatinan lain penyalahgunaan zat adalah bahwa kebanyakan ibu sering menggunakan beberapa obat, seperti tranquilizer, sedatif, amfetamin, fensiklidin (PCP), mariyuana, dan bahan psikotropik lainnya.

Penatalaksanaan Terapeutik

Penanganan bayi yang terpajan obat awalnya adalah memodulasi lingkungan untuk mengurangi rangsang eksternal. Terapi obat untuk mengurangi efek samping lepas obat meliputi pemberian fenobarbital, klorpromazin, dia-

zepam, paregorik, atau metadon parenteral dan/atau oral.

Prognosis. Prognosis bayi yang terpajan obat bergantung pada tipe dan jumlah obat yang dipakai ibu dan stadium perkembangan fetal saat obat dipakai. Mortalitas keseluruhan bayi yang lahir dari ibu yang kecanduan narkoba semakin tinggi, namun dengan pengenalan dini, penanganan yang tepat, dan tindak lanjut jangka panjang, morbiditas dan mortalitas yang berhubungan dengan pemajanan obat semakin menurun.

Bayi terpajan obat memperlihatkan pertumbuhan otak dan tubuh yang buruk saat lahir. Mereka mengalami masalah makan kronis, iritabilitas, respons neurologis tidak normal, interaksi orang tua-bayi tidak normal, keterlambatan perkembangan dan kognitif, ketidakmampuan belajar, dan masalah tingkah laku, termasuk gangguan defisit pemusatan perhatian-hiperaktivitas.

Pertimbangan Keperawatan

Jika mungkin, personel ruang perawatan bayi diminta waspada mengenai kemungkinan bayi terpajan obat. Bila ibu menjalani asuhan prenatal dengan baik, dokter pasti sudah mengetahui masalahnya, dan terapi telah diberikan sebelum persalinan. Akan tetapi, banyak ibu melahirkan bayi mereka tanpa mendapat asuhan yang adekuat, dan kondisinya tidak diketahui oleh personel asuhan kesehatan saat kelahiran. Derajat lepas obat erat kaitannya dengan jumlah obat yang biasa diminum ibu, lamanya pemakaian obat tersebut, dan kadar obat saat ibu melahirkan. Gejala paling berat tampak pada bayi yang ibunya memakai obat dalam jumlah banyak selama jangka waktu lama. Selain itu, semakin dekat waktu persalinan dengan waktu ibu memakai obat, semakin lama anak mengalami gejala putus obat, dan semakin berat manifestasinya. Bayi mungkin tidak memperlihatkan gejala lepas obat 7 sampai 10 hari setelah persalinan.

Ketika NAS teridentifikasi pada seorang bayi, maka asuhan keperawatan ditujukan ke arah mengurangi rangsang yang dapat memicu hiperaktivitas dan iritabilitas (mis. meredupkan lampu dan menurunkan tingkat kebisingan), memberikan nutrisi dan hidrasi yang adekuat, dan mempromosikan hubungan maternal-bayi. Asuhan perkembangan individu yang tepat harus diimplementasikan, seperti asuhan bayi *preterm* untuk memfasilitasi kelakuan menyamankan diri dan pengaturan diri. Bayi yang iritabel dan hiperaktif ternyata berespons terhadap kontak yang memberi rasa nyaman, gerakan dan kontak erat. Membungkus bayi dengan rapat dan mengayun serta menggendongnya dengan erat dapat membatasi kemampuan mereka merangsang diri. Pengaturan aktivitas keperawatan untuk mengurangi jumlah gangguan dapat membantu mengurangi rangsang eksogen.

Menggoyang bayi dengan tanda lepas obat dalam tempat tidur yang dirancang khusus untuk meniru lingkungan intrauterin yang nyaman tidak terbukti efektif untuk mengurangi gejala lepas obat; tempat tidur goyang diperkirakan justru terlalu banyak memberi rangsang bagi bayi yang diteliti (D'Apolito, 1999).

Menyusui dianjurkan pada ibu yang tidak memakai zat berbahaya, tidak mengidap infeksi *human immunodeficien-*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

makin parah efeknya, seperti retardasi pertumbuhan intra-uterin, hipertonia, dan rendahnya pertumbuhan kepala fetal (Chiriboga dkk, 1999).

Sekuele pajanan kokain prenatal meliputi lingkaran kepala kecil, panjang lahir rendah, dan berat badan rendah. Pertumbuhan kepala merupakan salah satu prediktor terbaik tentang perkembangan jangka panjang (Chasnoff dkk, 1992). Sekuele jangka panjang bagi bayi baru lahir terpajan kokain meliputi nilai bahasa dan kognitif buruk dari kelompok kontrol (Griffith, Azuma, dan Chasnoff, 1994). Akan tetapi, dalam studi lain tidak ada perbedaan bermakna terkait nilai ekspresi, resepsi dan bahasa total (Hurt dan rekan, 1997). Arendt dkk. (1999) mencatat bahwa indeks perkembangan motorik kasar dan halus pada anak 2 tahun yang terpajan kokain prenatal lebih rendah dari kelompok kontrol. Beberapa peneliti mencatat bahwa bayi terpajan lebih terpengaruh emosionalnya daripada intelektualnya. Pada studi murid kelas satu, Delaney-Black dkk. (1998) menyimpulkan bahwa anak yang terpajan kokain prenatal dinilai oleh gurunya lebih memiliki masalah tingkah laku dibandingkan kelompok kontrol.

Nilai *Brazelton Neonatal Assessment Scale* memperlihatkan respons bayi tidak tepat terhadap rangsang bangun, auditorius dan visual (Eyler Behnke, dan Conlon, 1998). Akan namun, studi lain tidak menemukan perbedaan bermakna (Richardson, Hamel, dan Goldschmidt, 1996; Tronick dkk, 1996).

Penatalaksanaan Terapeutik. Penanganan bayi ini sama dengan bayi yang terpajan obat lainnya—penurunan rangsang eksternal, penanganan suportif yang ditujukan untuk mengurangi gejala, dan terkadang sedasi.

Pertimbangan Keperawatan. Asuhan keperawatan bayi terpajan kokain sama dengan bayi terpajan obat lainnya. Karena bayi ini mengalami peningkatan tonus flektor, maka mereka berespons terhadap pembendungan dalam posisi semifleksi (Schneider, Griffith, dan Chasnoff, 1989). Perubahan posisi, masase bayi, dan rangsang taktil terbatas ternyata merupakan intervensi yang efektif. Efek obat terhadap ASI telah dilaporkan (Chasnoff, Lewis, dan Squires, 1987); oleh karena itu ibu harus diperingatkan mengenai bahaya ini bagi bayi mereka.

Rujukan ke program intervensi dini, termasuk asuhan kesehatan anak, penanganan obat parental, asuhan perkembangan individu, dan penyuluhan orang tua, sangat penting dalam peningkatan hasil optimal bagi anak-anak ini. Banyak studi menunjukkan bahwa hanya ada sedikit atau tidak ada hubungan bermakna antara kelompok terpajan dan tidak terpajan kokain; namun nilai kedua kelompok tercatat lebih rendah secara bermakna dibandingkan nilai normal yang pernah dipublikasikan. Karena anak ini sering hidup dalam lingkungan yang miskin, kedua kelompok berisiko mengalami keterlambatan kognitif, kekurangan asuhan kesehatan anak, dan nutrisi yang tidak memadai dan banyak mendapat manfaat dari program intervensi awal (Tronick dan Beeghly, 1999). Model "one-stop shopping" pada satu lokasi menyediakan asuhan komprehensif bagi ibu dan anak, tidak hanya untuk penanganan obat, namun juga untuk masalah sosial dan medis yang ada (Tanney dan Lowenstein, 1997).

INFEKSI MATERNAL

Kisaran kondisi patologis yang diakibatkan oleh agens infeksi cukup besar, dan perbedaan antara efek maternal dan fetal yang disebabkan oleh setiap agens juga sangat besar. Beberapa infeksi maternal, terutama selama gestasi awal, dapat menyebabkan kematian atau malformasi fetus karena kemampuan fetus untuk menangani organisme infeksi sangat terbatas dan sistem imunologis fetal tidak mampu mencegah diseminasi organisme infeksi ke berbagai jaringan.

Tidak semua infeksi prenatal menghasilkan efek teratogenik. Selanjutnya, gambaran klinis gangguan yang disebabkan oleh penularan agens infeksi transplasenta tidak selalu tergambar jelas. Beberapa agens mikrobial dapat menyebabkan manifestasi yang sangat mirip, dan tidak jarang kita harus melakukan semua uji saat diduga terjadi kehamilan. Ini dinamakan kompleks TORCHS, suatu akronim dari:

- T Toksoplasmosis
- O Other (mis., hepatitis)
- R Rubela
- C Cytomegalovirus infeksi
- H Herpes simpleks
- S Sifilis

Untuk menentukan agens penyebab pada bayi simtomatik, maka dilakukan uji untuk menyingkirkan masing-masing infeksi. Kategori O bisa meliputi uji untuk beberapa infeksi viral (mis. hepatitis B, *varicella zoster*, campak, gondong, HIV, *human papillomavirus*, dan *human parvovirus*). Meskipun akronim ini mendapat kritik yang pedas karena tidak mencakup seluruh spektrum infeksi kongenital (Stamos dan Rowley, 1994), namun masih digunakan dalam kerangka klinis. Infeksi bakteri tidak termasuk dalam susunan TORCHS, karena biasanya sudah teridentifikasi dari manifestasi klinis dan mudah terdeteksi dalam uji laboratorium. Konjungtivitis gonokokus (oftalmia neonatorum) dan konjungtivitis klamidia telah menurun drastis dengan upaya profilaksis saat kelahiran (lihat Bab 8). Infeksi maternal mayor, kemungkinan efek teratogeniknya, dan pertimbangan keperawatan spesifiknya disajikan di Tabel 9-13.

Pertimbangan Keperawatan

Salah satu tujuan utama dalam asuhan bayi yang dicurigai menderita penyakit infeksi adalah mengidentifikasi organisme penyebab. Sampai diagnosis ditegakkan, kewaspadaan standar diterapkan sesuai kebijakan institusi. Pada kecurigaan infeksi sitomegalovirus dan rubela, personel yang sedang hamil diperingatkan untuk menghindari kontak dengan bayi tersebut. *Herpes simpleks* sangat mudah ditularkan dari satu bayi ke bayi lainnya; maka risiko kontaminasi silang dapat dikurangi atau dihilangkan dengan mengenakan sarung tangan ketika kontak dengan pasien. *American Academy of Pediatrics Red Book* sesuai laporan *Committee on Infectious Disease* (2000b) mengeluarkan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Hasil uji skrining di Amerika Serikat menunjukkan bahwa CH terjadi sekitar 1 dari 3600 sampai 5000 bayi baru lahir (American Academy of Pediatrics, 1996a). Bayi sindrom Down memiliki angka yang jauh lebih tinggi baik bentuk permanen maupun transien gangguan ini. Selain itu, risiko lebih tinggi menderita anomali bawaan lainnya terlihat pada bayi CH. Kebanyakan bayi *preterm* mengalami hipotiroidisme (hipotiroidisme) saat lahir akibat imaturitas hipotalamus dan hipofisis. Akan tetapi, tipe ini bersifat transien dan tidak memerlukan penanganan.

Evaluasi Diagnostik

Diagnosis ditujukan pada identifikasi dini gangguan ini untuk mencegah efek serius terhadap perkembangan mental akibat penanganan yang terlambat. Skining neonatus (optimalnya antara hari 2 dan 5 kehidupan) meliputi pengukuran tiroksin (T_4) spot darah kertas saring awal diikuti dengan pengukuran hormon stimulasi tiroid (TSH) pada spesimen dengan harga T_4 rendah.

Uji ini merupakan keharusan di 51 negara bagian AS. Meskipun sampel darah yang diperoleh dari stik tumit (*heel stick*) untuk uji spot paling baik diambil antara usia 2 dan 6 hari, namun spesimen biasanya diambil dalam 24 sampai 48 jam pertama atau sebelum dipulangkan sebagai bagian dari uji bersama untuk defek metabolik lainnya. Skining awal dapat menghasilkan diagnosis berlebihan (positif palsu) namun lebih baik daripada diagnosis terlewatkan.

Hasil skrining yang memperlihatkan kadar rendah T_4 ($<6 \mu\text{g/dl}$) dan kadar tinggi TSH ($>60 \mu\text{U/ml}$) menunjukkan CH dan perlu uji lanjutan untuk menentukan penyebab penyakit (lihat Apendiks E untuk harga normal). Uji tambahan meliputi pengukuran serum T_4 , triiodotironin (T_3), ambilan resin, T_4 bebas, dan globulin terikat tiroid (TBG). Uji fungsi kelenjar tiroid (pemindaian dan ambilan tiroid) biasanya melibatkan pemberian oral isotop radioaktif iodine (^{131}I) dan pengukuran ambilan iodine oleh tiroid, biasanya dalam 24 jam. Pada CH, kadar iodine terikat protein, T_4 , T_3 , dan T_4 bebas

rendah dan ambilan tiroid terhadap ^{131}I menurun. Radiografi skeletal digunakan untuk mengkaji usia.

Pada bayi baru lahir, hasil studi fungsi tiroid meningkat dibandingkan nilai pada anak yang lebih tua; jadi penting mendokumentasikan saat dilakukannya uji. Pada bayi *preterm* dan *full-term* yang sakit uji fungsi tiroid biasanya lebih rendah dari bayi *full-term* yang sehat; ulangan T_4 dan TSH dapat dievaluasi setelah 30 minggu (usia sebenarnya) pada bayi baru lahir sebelum saat itu dan setelah resolusi penyakit akut pada bayi *full-term* yang sakit.

Penatalaksanaan Terapeutik

Penanganan meliputi terapi penggantian hormon tiroid seumur hidup sesegera mungkin setelah diagnosis untuk menghilangkan semua tanda hipotiroidisme dan menegaskan kembali perkembangan fisik dan mental normal. Obat terpilih adalah natrium levotiroksin sintetis (Synthroid atau Levothroid). Pengukuran reguler kadar tiroksin penting untuk meyakinkan penanganan yang optimal. Survei usia tulang juga dilakukan untuk meyakinkan pertumbuhan yang optimal.

Prognosis. Bila penanganan dilakukan segera setelah lahir, pertumbuhan fisik dan inteligensi normal dapat dicapai. Faktor yang paling bermakna berpengaruh buruk terhadap inteligensi tampaknya adalah penanganan yang tidak adekuat, yang mungkin disebabkan karena ketidakpatuhan.

Pertimbangan Keperawatan

Objektif keperawatan yang paling penting adalah identifikasi dini gangguan ini. Perawat yang melakukan asuhan bagi neonatus harus yakin bahwa skrining telah dilakukan, terutama pada bayi *preterm*, yang dipulangkan awal, atau lahir di rumah. Meskipun uji skrining sangat spesifik, namun beberapa anak tidak teridentifikasi, dan perawat

KOTAK 9-16 MANIFESTASI KLINIS HIPOTIROIDISME BAWAAN

Kelahiran*	6-9 Minggu†	Anak yang Lebih Besar
Nafsu makan buruk	Batang hidung datar	Tubuh pendek
Letargi	Dahi sempit	Obesitas
Jaundis berkepanjangan (>2 minggu)	Kelopak sembab	Berbagai derajat defisit intelektual
Kesulitan pernapasan	Lidah besar	Refleks tendon abnormal
Sianosis	Kulit tebal, kering, berbercak	Gerakan aneh, lambat
Konstipasi	Rambut tak bercahaya, kering, kasar	
Bradikardia	Distensi abdomen	
Menangis kasar	Hernia umbilikal	
Fontanela anterior/posterior besar	Hiporefleksia	
Post-term	Bradikardia	
Berat badan lahir $>4000\text{g}$	Hipotermia	
	Hipotensi	
	Anemia	
	Sutura kraniales paten lebar	

*Manifestasi klinis mungkin tidak jelas saat lahir, kemungkinan karena transfer hormon tiroid maternal ke fetus. Manifestasi bisa terlambat pada bayi hipotiroidisme familial tipe tertentu dan pada bayi yang mendapat ASI (dapat melambat begitu disapih).

†Bila tidak ditangani; gambaran klasik.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

 FOKUS KELUARGA
Mendukung Keluarga

Saya seorang perawat terdaftar dan ibu dari seorang anak yang didiagnosis menderita PKU. Saya juga memiliki tiga saudara dengan PKU. Sebagai orang tua, saya merasa hancur ketika menerima telepon yang memberi tahu bahwa kadar fenilalanin dalam darah anak lelaki saya tinggi dan ia menderita PKU. Perawat berusaha menghibur saya dengan mengatakan bahwa ia memahami apa yang saya rasakan dan apa yang akan saya alami. Saya ingin berteriak, "Tidak, kau tidak tahu apa yang saya rasakan dan yang akan saya alami!" namun tidak saya lakukan karena saya menyadari bahwa ia berusaha membantu saya. Untuk alasan ini, penting bagi setiap perawat untuk waspada mengenai apa yang mereka katakan kepada orang tua yang menghadapi krisis seperti diagnosis penyakit kronis pada anak mereka. Kadang lebih baik tidak mengatakan apa pun. Pernyataan tulus "Saya ikut prihatin" dapat berarti banyak makna.

L.E., RN

GALAKTOSEMIA

Galaktosemia adalah gangguan autosom resesif langka yang mengenai sekitar 1 dari 50.000 kelahiran. Gangguan ini meliputi kesalahan metabolisme karbohidrat sejak lahir karena enzim hati **galactose 1-phosphate uridine transferase (UDP-galactose transferase)** tidak ada. Enzim ini adalah satu dari tiga enzim yang diperlukan untuk konversi galaktosa menjadi glukosa. Terdapat banyak variasi genetik pada defisiensi enzim ini, pedoman yang ditandai oleh anak adanya aktivitas transferase parsial.

Karena galaktosa tertimbun dalam darah, maka beberapa organ akan terkena. Disfungsi hati menyebabkan sirosis, yang mengakibatkan jaundis bayi pada minggu kedua kehidupan. Limpa kemudian membesar sebagai akibat hipertensi portal. Katarak biasanya ditemukan pada usia 1 sampai 2 bulan; kerusakan otak, bermanifestasi dengan gejala letargi dan hipotonia, menjadi jelas kemudian. Bayi dengan galaktosemia tampak normal ketika lahir, namun setelah beberapa hari mengingesti susu (yang kandungan laktosanya tinggi), mereka mulai muntah dan berat badannya menurun. Sepsis *Escherichia coli* juga merupakan tanda klinis yang penting (American Academy of Pediatrics, 1996a). Kematian selama bulan pertama kehidupan tidak jarang pada bayi yang tidak ditangani.

Evaluasi Diagnostik

Diagnosis dibuat berdasarkan riwayat bayi, pemeriksaan fisik, galaktosuria, peningkatan kadar galaktosa dalam darah, atau penurunan kadar aktivitas UDP-galactose transferase dalam eritrosit. Bayi dapat memperlihatkan karakteristik malnutrisi; tanda dehidrasi, penurunan massa otot, dan lemak tubuh (Chung, 1997). Skrining bayi baru lahir untuk penyakit ini diperlukan di banyak negara bagian. Heterozigot juga dapat teridentifikasi, karena individu hete-

rozigot memiliki kadar enzim esensial yang secara bermakna lebih rendah. Meskipun tidak bergejala, individu seperti ini ternyata secara spontan tidak menyukai sehingga membatasi makanan yang mengandung galaktosa.

Penatalaksanaan Terapeutik

Penanganan galaktosemia terdiri atas menghindari semua susu atau makanan yang mengandung laktosa, termasuk ASI. Selama masa bayi, digunakan formula bebas laktosa, dengan formula protein kedelai menjadi makanan pilihan (American Academy of Pediatrics, 1998).

Bila dicurigai galaktosemia, penanganan suportif dan asuhan diimplementasikan, termasuk pemantauan untuk hipoglikemia, gagal hati, gangguan perdarahan, dan sepsis *E. coli*.

Prognosis. Pemeriksaan lanjut anak yang ditangani sejak lahir atau dalam 2 bulan pertama kehidupan setelah gejala muncul menunjukkan komplikasi jangka panjang, seperti disfungsi ovarium, katarak, bicara tidak normal, gangguan kognitif, retardasi pertumbuhan, dan keterlambatan motorik (Widhalm, da Cruz, dan Koch, 1997). Temuan ini menunjukkan bahwa menghilangkan sumber galaktosa tidak secara bermakna memperbaiki hasil. Strategi terapeutik baru, seperti meningkatkan aktivitas transferase residual, mengganti metabolit yang hilang atau menggunakan terapi penggantian gen, diperlukan untuk memperbaiki prognosis untuk anak ini.

Pertimbangan Keperawatan

Intervensi keperawatan sama dengan yang dilakukan pada PKU, kecuali pembatasan dietnya lebih mudah dipertahankan karena lebih banyak makanan yang diperbolehkan. Akan tetapi, membaca label makanan dengan sangat hati-hati mengenai adanya segala bentuk laktosa, khususnya produk susu, adalah keharusan. Banyak obat, seperti penisilin, mengandung laktosa sebagai bahan pengisi dan juga harus dihindari. Sayangnya, laktosa termasuk bahan farmasi yang tidak dicantumkan dalam label.

EVALUASI DAN KONSELING GENETIK*

Konseling genetik adalah proses komunikasi mengenai masalah manusia yang berhubungan dengan kejadian, risiko kejadian, gangguan genetik dalam keluarga. Perawat dalam bidang asuhan bayi dan anak selalu dihadapkan dengan penyakit genetik dan keluarga, terdapat risiko gangguan yang dapat diturunkan kepada atau terjadi pada keturunan. Perawat harus menyadari situasi ketika seseorang mendapat manfaat dari konseling genetik (lihat kotak Pedoman), untuk lebih terbiasa dengan fasilitas di bidang mereka tempat tersedia konseling genetik, dan untuk mempelajari prinsip dasar uji hereditas dan tipe genetik

*Donna P. Williams, MS, FNP, RN, merevisi bagian ini.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Gardner SL, Snell BJ, Lawrence RA: Breastfeeding the neonate with special needs. In Merenstein GB, Gardner SL, editors: *Handbook of neonatal intensive care*, ed 4, St Louis, 1998, Mosby.
- Gartner LM: Neonatal jaundice, *Pediatr Rev* 15(11):422-432, 1994.
- Gray L, Watt L, Blass EM: Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns, *Pediatrics* 105(1):110-111, 2000; www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/1/e14.
- Griffith DR, Azuma SD, Chasnoff IJ: Three year outcome of children exposed prenatally to drugs, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:20-27, 1994.
- Grunau RV, Craig KD: Pain expression in neonates: facial action and cry, *Pain* 28:395-410, 1987.
- Grunau RV, Johnston CC, Craig KD: Neonatal facial and cry responses to invasive and noninvasive procedures, *Pain* 42(3):295-305, 1990.
- Grunau RV and others: Early pain experience, child and family factors as precursors of somatization: a prospective study of extremely premature and full-term children, *Pain* 56(3):353-359, 1994.
- Gruslin-Giroux A, Moore TR: Erythroblastosis fetalis. In Fanaroff AA, Martin RJ, editors: *Neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant*, ed 6, St Louis, 1997, Mosby.
- Haberkern CM and others: Epidural and intravenous bolus morphine for postoperative analgesia in infants, *Can J Anaesth* 43(12):1203-1210, 1996.
- Hadjistavropoulos HD and others: Judging pain in infants: behavioural, contextual, and developmental determinants, *Pain* 73(3):319-324, 1997.
- Harrel G, Murray PD: Diagnosis and management of congenital hypothyroidism, *J Perinat Neonat Nurs* 11(4):75-83, 1998.
- Hegyi T and others: Blood pressure ranges in premature infants. II. The first week of life, *Pediatrics* 97(3):336-342, 1996.
- Hill PD, Ledbetter RJ, Kavanaugh KL: Breastfeeding patterns of low-birth-weight infants after hospital discharge, *JOGNN* 26(2):189-197, 1997.
- Horns KM, Cusson RM: Physiologic and methodologic issues: neonatal insensible water loss, *Neonatal Network* 13(5):83-86, 1994.
- Hurt H and others: A prospective education of early language development in children with in utero cocaine exposure and in control subjects, *J Pediatr* 130(2):310-312, 1997.
- Hussain K, Sharief N: Dermal injury following the use of fiberoptic phototherapy in an extremely premature infant, *Clin Pediatr* 35(8):421-422, 1996.
- Johnson CB: Head, eyes, ears, nose, mouth and neck assessment. In Tappero EP, Honeyfield ME, editors: *Physical assessment of the newborn: a comprehensive approach to the art of physical assessment*, ed 2, Petaluma, CA, 1996, NICU Ink.
- Johnson L, Bhutani VK: Guidelines for management of the jaundiced term and near-term infant, *Clin Perinatol* 25(3):555-574, 1998.
- Johnston CC and others: A cross-sectional survey of pain and pharmacological analgesia in Canadian neonatal intensive care units, *Clin J Pain* 13(4):308-312, 1997.
- Joyce BA and others: Reliability and validity of preverbal pain assessment tools, *Issues Compr Pediatr Nurs* 17:121-135, 1994.
- Kandall SR: Treatment strategies for drug-exposed neonates, *Clin Perinatol* 26(1):231-243, 1999.
- Kiehl E, Wallace B, Warren C: Tracking perinatal infection: is it safe to launder your scrubs at home? *MCN* 22(2):195-197, 1997.
- Kinsella JP, Abman SH: Recent developments in inhaled nitric oxide therapy of the newborn, *Curr Opin Pediatr* 11(2):121-125, 1999.
- Kinsella JP and others: Inhaled nitric oxide in premature infants with severe hypoxaemic respiratory failure: a randomised controlled trial, *Lancet* 354(9184):1047-1048, 1999.
- Kirkpatrick JM, Alexander J, Cain RM: Recovering urine from diapers: are test results accurate? *MCN* 22(2):96-102, 1997.
- Kliegman RM: Commentaries: experimental validation of neonatal feeding practices, *Pediatrics* 103(2):492-493, 1999.
- Krechel SW, Bildner J: CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score: initial testing of validity and reliability, *Pediatr Anaesth* 5:53-61, 1995.
- Langland J, Langland P: Pain in the neonate and fetus, *N Engl J Med* 318:1398, 1988 (letter).
- Lawrence RA, Lawrence RM: *Breastfeeding: a guide for the medical profession*, ed 5, St Louis, 1999, Mosby.
- Levin RH, Wong AF: Antifungal agents and their renal implications in the neonate, *J Perinat Neonat Nurs* 8(1):59-73, 1994.
- Long W, Zeng G, Henry GW: New drugs for perinatal practice: the role of industry-sponsored clinical trials, *Semin Perinatol* 19(2):132-143, 1995.
- Lott JW and others: Assessment and management of immunologic dysfunction. In Kenner C, Brueggemeyer A, Gunderson LP, editors: *Comprehensive neonatal nursing: a physiologic perspective*, Philadelphia, 1993, WB Saunders.
- Luchtman-Jones L, Schwartz AL, Wilson DB: The blood and hematopoietic system. In Fanaroff AA, Martin RJ, editors: *Neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant*, ed 6, St Louis, 1997, Mosby.
- Ludington-Hoe SM, Swinth JY: Developmental aspects of kangaroo care, *JOGNN* 25(8):691-703, 1996.
- Ludington-Hoe SM and others: Kangaroo care: research results and practice implications and guidelines, *Neonatal Network* 13(1):19-27, 1994.
- Lund CH and others: Disruption of barrier function in neonatal skin associated with adhesive removal, *J Pediatr* 131(3):367-372, 1997.
- Lund CH and others: Neonatal skin care: the scientific basis for practice, *JOGNN* 28(3):241-254, 1999.
- Lutes L: Bedding twins/multiples together, *Neonatal Network* 15(7):61-62, 1996.
- Lutes L: *Personal communication*, March 1998.
- Malanga CJ, Kosofsky BE: Mechanism of action of drugs of abuse on the developing fetal brain, *Clin Perinatol* 26(1):17-37, 1999.
- Maisels MJ: Jaundice. In Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG, editors: *Neonatology: pathophysiology and management of the newborn*, ed 4, Philadelphia, 1994, JB Lippincott.
- Mandich MB, Ritchie SK, Mullett M: Transition times to oral feeding in premature infants with and without apnea, *JOGNN* 25(9):771-776, 1996.
- Manning FA: Ultrasonography. In Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG, editors: *Neonatology: pathophysiology and management of the newborn*, ed 4, Philadelphia, 1994, JB Lippincott.
- Marcus J, Goldberg DJ: Lasers in dermatology: a nursing perspective, *Dermatol Nurs* 8(3):181-193, 1996.
- Martinez J and others: Hyperbilirubinemia in the breast-fed newborn: a controlled trial of four interventions, *Pediatrics* 91(2):470-473, 1993.
- Martinez JC and others: Control of severe hyperbilirubinemia in full-term newborns with the inhibitor of bilirubin production Snmesoporphyrin, *Pediatrics* 103(1):1-5, 1999.
- McCance K, Huether S: *Pathophysiology: the biological basis for disease in infants and children*, ed 3, St Louis, 1998, Mosby.
- McGowan JE, Hagedorn MI, Hay WH: Glucose homeostasis. In Merenstein GB, Gardner SL, editors: *Handbook of neonatal intensive care*, ed 4, St Louis, 1998, Mosby.
- McLaughlin CR and others: Neonatal pain: a comprehensive survey of attitudes and practices, *J Pain Symptom Manage* 8(1):7-16, 1993.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 10-1 Genggaman cubit kasar pada 8 sampai 10 bulan. (Foto oleh Paul Vincent Kuntz, Texas Children's Hospital.)

kecil dan tangan, kemudian melihat dari benda ke tangan dan dari tangan ke benda. Pada usia 5 bulan bayi sudah mampu menggenggam benda secara volunter.

Secara bertahap genggaman tangan (menggunakan seluruh tangan) diganti dengan genggaman cubit (menggunakan jempol dan telunjuk). Pada usia 8 sampai 9 bulan bayi menggunakan genggaman cubit kasar dan pada usia 11 bulan telah berkembang menjadi genggaman cubit halus (Gbr. 10-1).

Pada usia 6 bulan, bayi telah mengembangkan keterampilan manipulatif. Mereka memegang botol, menggenggam kaki dan menariknya ke mulut, dan memakan biskuit mereka sendiri. Pada usia 7 bulan mereka dapat memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lain, menggunakan satu tangan untuk menggenggam, dan memegangi kubus pada masing-masing tangan secara bersamaan. Mereka menikmati benda-benda yang menggantung dan akan mengeksplorasi bagian bergerak dari suatu mainan.

Pada usia 10 bulan genggaman cubit telah cukup terbentuk sehingga memungkinkan bayi mengambil kismis dan benda kecil lainnya. Mereka suka sekali melepaskan benda dan memberikannya kepada orang lain. Pada usia 11 bulan mereka dapat memasukkan benda ke dalam wadah dan senang memindahkannya. Pada usia 1 tahun, bayi berusaha membangun menara dari dua blok namun gagal.

Perkembangan Motorik Kasar

Kontrol kepala. Bayi baru lahir cukup bulan secara sementara dapat mempertahankan kepalanya di garis



A



B



C

GBR. 10-2 Kontrol kepala ketika ditarik ke posisi duduk. A, Kepala terjuntai total pada usia 1 bulan. B, Kepala terjuntai sebagian pada usia 2 bulan. C, Kepala hampir tidak terjuntai pada usia 4 bulan.

tengah dan paralel ketika badannya digantung secara ventral dan dapat mengangkat serta menegakkan kepala dari satu sisi ke sisi lain ketika dalam posisi prone (tengkurap) (lihat Gbr. 8-7). Hal ini tidak bermasalah jika bayi berbaring tengkurap di atas bantal atau permukaan lunak; bayi tidak memiliki kontrol kepala untuk mengangkat kepalanya keluar dari cekungan suatu benda sehingga ia berisiko mengalami sufokasi (lihat Sindrom Kematian Bayi Mendadak, Bab



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

alami peningkatan koordinasi pada lengannya. Lokomosi awal terjadi ketika bayi mendorong diri mereka sendiri ke belakang dengan mendorong memakai lengannya. Pada usia 6 sampai 7 bulan, bayi mampu menahan seluruh berat badannya pada kedua tungkai mereka dengan bantuan. **Merangkak** (mendorong ke depan dengan perut di lantai) menjadi bergerak secara perlahan-lahan pada tangan dan lutut (dengan perut terangkat dari lantai) pada usia 9 bulan. Pada usia ini, bayi dapat berdiri sambil memegangi furnitur dan dapat menarik dirinya sendiri ke posisi berdiri, namun mereka tak mampu melakukan manuver ke belakang dan bawah kecuali ketika jatuh. Pada usia 11 bulan bayi dapat berjalan sambil memegangi furnitur atau dengan kedua tangan dipegangi, dan pada usia 1 tahun mereka mampu berjalan dengan satu tangan dipegangi. Sejumlah bayi berupaya melakukan langkah mandiri pertama pada ulang tahun pertama mereka.

KEWASPADAAN Keperawatan Bayi yang tidak menarik dirinya ke posisi berdiri pada usia 11 sampai 12 bulan harus dievaluasi lebih lanjut untuk mengetahui adanya kemungkinan displasia perkembangan panggul (lihat Bab 31). Meskipun terdapat berbagai variasi di antara bayi dalam rangka pencapaian momentum perkembangan ini, evaluasi memberikan panduan untuk intervensi dini.

PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL

Pengembangan Rasa Percaya (Erikson)

Fase I Erikson (dari lahir sampai 1 tahun) terfokus pada **membentuk rasa percaya** ketika **mengatasi rasa tidak percaya**. Rasa percaya yang berkembang adalah rasa percaya diri, percaya orang lain, dan dunia. Bayi "percaya" bahwa kebutuhan makanan, kenyamanan, rangsangan, dan asuhan mereka akan dipenuhi. Elemen krusial untuk pencapaian tugas ini adalah kualitas hubungan orang tua (pemberi asuhan)-anak dan asuhan yang diterima anak. Pemberian makan, kehangatan, dan perlindungan sendiri tidak cukup adekuat untuk pembentukan sensasi diri yang kuat. Bayi dan orang tua harus bekerja sama dalam belajar untuk memenuhi kebutuhan mereka dengan puas sehingga masing-masing memiliki peraturan mengenai frustrasi. Jika kecocokan ini gagal terbentuk, hasil akhir yang terjadi adalah rasa tidak percaya.

Kegagalan mempelajari "pemuasan lambat" mengakibatkan rasa tidak percaya. Rasa tidak percaya dapat disebabkan oleh frustrasi yang terlalu kecil atau terlalu besar. Bila orang tua selalu memenuhi kebutuhan anaknya sebelum anak memberi tanda, bayi tidak akan pernah belajar untuk menguji kemampuannya mengontrol lingkungan. Bila keterlambatan terlalu lama, bayi akan mengalami frustrasi konstan dan pada akhirnya menyebabkan rasa tidak percaya kepada orang lain dalam usaha memuaskan mereka. Oleh karena itu, konsistensi asuhan adalah esensial.

Rasa percaya yang diperoleh selama masa bayi memberi dasar untuk keberhasilan semua fase. Kepercayaan memberi bayi perasaan nyaman dan aman secara fisik, yang membantu mereka menghadapi situasi tidak dikenal dan tidak diketahui dengan rasa takut yang minimal. Erikson telah membagi tahun pertama kehidupan menjadi dua tahap oral/sosial. Selama 3 sampai 4 bulan pertama, asupan makanan adalah aktivitas sosial terpenting yang melibatkan bayi. Bayi baru lahir dapat menoleransi sedikit rasa frustrasi atau keterlambatan pemuasan. **Narsisisme** primer (perhatian total hanya pada diri sendiri) sedang pada puncaknya.

Akan tetapi, karena proses tubuh seperti penglihatan, gerakan motorik, dan vokalisasi menjadi lebih terkontrol, bayi menggunakan perilaku lebih maju untuk berinteraksi dengan orang lain. Misalnya, selain menangis, bayi dapat mengangkat kedua lengannya ke atas untuk menunjukkan keinginannya digendong.

Modalitas sosial selanjutnya melibatkan cara meraih orang lain melalui **penggengaman**. Menggenggam pada awalnya bersifat refleks, namun meski hanya sebuah refleks, menggenggam memiliki makna sosial yang kuat bagi orang tua. Respons timbal balik dari genggam anak adalah pelukan dan sentuhan orang tua. Terdapat stimulasi taktil yang menyenangkan bagi orang tua dan bayi.

Stimulasi taktil sangat penting dalam proses total mendapatkan rasa percaya. Derajat keterampilan menjadi ibu, jumlah makanan, atau lama mengisap tidak menentukan kualitas pengalaman. Akan tetapi, sebaliknya, sifat total kualitas hubungan interpersonal memengaruhi pembentukan rasa percaya bayi.

Selama tahap kedua, terjadi modalitas **menggigit** yang lebih aktif dan agresif. Bayi belajar bahwa mereka dapat memeluk apa pun yang menjadi milik mereka dan lebih dapat mengontrol lingkungan mereka sepenuhnya. Selama tahap ini, bayi mungkin akan dihadapkan dengan salah satu konflik pertama mereka. Bila bayi mendapat ASI, mereka segera belajar bahwa menggigit menyebabkan ibu menjadi kecewa dan menarik payudaranya. Akan tetapi, menggigit juga memberi pemuasan internal akibat rasa tidak nyaman dari gigi dan rasa kekuatan atau kontrol.

Konflik ini dapat diselesaikan melalui berbagai macam cara. Ibu dapat menyapih bayi dari ASI dan mulai memberi susu botol, atau bayi dapat belajar menggigit pengganti "puting", seperti dot, dan kembali mendapatkan kepuasan ASI. Penyelesaian konflik yang berhasil ini akan memperkuat hubungan ibu-anak karena terjadi pada saat bayi mengenali ibu sebagai orang yang paling berarti dalam hidupnya.

PERKEMBANGAN KOGNITIF

Fase Sensorimotor (Piaget)

Teori yang paling banyak digunakan untuk menjelaskan **kognisi**, atau kemampuan untuk memahami, adalah teori Piaget. Periode dari lahir sampai 24 bulan dinamakan **fase sensorimotor** dan tersusun atas enam tahap; namun karena diskusi ini ditekankan pada usia sejak lahir sampai 12 bulan maka hanya empat tahap pertama yang akan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

prihatin adalah ketakutan yang berhubungan dengan orang asing dan perpisahan. Meskipun diterjemahkan secara salah oleh beberapa orang sebagai tanda perilaku antisosial yang tidak diinginkan, ketakutan terhadap orang asing dan ansietas terhadap perpisahan adalah komponen penting kelekatan orang tua-anak yang sehat dan kuat. Meski demikian, periode ini menunjukkan adanya kesulitan bagi orang tua dan anak. Orang tua menjadi lebih terpacu di rumah karena pengasuh bayi ditentang keras oleh bayi. Untuk membiasakan bayi dengan orang baru, orang tua sebaiknya sering mempersilakan teman dekat atau saudaranya untuk berkunjung. Hal ini akan memungkinkan orang lain—yang dirasa nyaman oleh anak—tersedia dan orang tersebut dapat menyempatkan waktu bersama orang tua.

Bayi juga perlu mendapat kesempatan bersama orang asing yang aman. Biasanya mendekati akhir tahun pertama, bayi mulai menjauhi orang tua dan memperlihatkan rasa keingintahuannya tentang orang asing. Bila diperbolehkan bereksplorasi dengan kecepatannya sendiri, kebanyakan bayi kemudian akan bergerak lebih cepat dan energik. Jika orang tua menggendong bayi jauh dari wajahnya, bayi dapat mengobservasi sambil mempertahankan kontak fisik yang erat.

Pendekatan terbaik bagi orang asing (mungkin seorang perawat) ialah berbicara lembut, mendekati bayi setinggi mata (agar tampak lebih pendek), mempertahankan jarak aman dari bayi, dan menghindari gestur mendadak yang menyerang, seperti langsung memeluk dan tersenyum lebar.

Orang tua juga bingung apakah mereka perlu mendorong anaknya untuk memiliki perilaku yang lengket dan tergantung, terutama jika ada tekanan dari orang lain yang menganggap perilaku seperti ini sebagai "memanjakan" (lihat diskusi berikut). Orang tua perlu diyakinkan bahwa perilaku seperti itu adalah sehat, menyenangkan, dan perlu untuk perkembangan emosional anak yang optimal. Bila orang tua dapat meyakinkan anak akan kehadirannya, bayi akan belajar menyadari bahwa orang tuanya tetap ada meskipun tidak hadir secara fisik. Berbicara dengan bayi ketika meninggalkan ruangan, memungkinkan mereka mendengar suara seseorang di telepon, dan penggunaan objek transisional (mis, selimut atau mainan kesayangan) meyakinkan bayi bahwa orang tuanya selalu hadir.

Alternatif Pengaturan Asuhan Anak

Bagi kebanyakan orang tua, terutama ibu bekerja, kebutuhan memilih fasilitas asuhan anak yang aman dan kompeten bagi bayinya merupakan masalah yang semakin sulit—salah satu masalah yang membebani banyak ibu yang bekerja di luar rumah. Selama lebih dari 30 tahun terakhir terdapat pergeseran besar dalam pengaturan asuhan anak, dengan lebih sedikit anak yang diasuh di rumah dan lebih banyak anak yang diasuh di pusat kelompok atau di lingkungan lainnya.

Tipe asuhan dasar adalah *in-home care*, baik di rumah orang tua atau pemberi asuhan (*family day care*), dan *center-based care*, biasanya di *day care center*. *In-home care* bisa terdiri atas pengasuh bayi purnawaktu yang tinggal di

rumah, susunan kooperatif seperti pergantian pengasuhan bayi, dan *family day care*. **Family day care home** yang berlisensi secara khas menyediakan asuhan dan perlindungan sampai lima anak selama setengah hari dan tidak menyertakan pengaturan informal seperti penggantian pengasuh bayi atau pemberi asuhan di rumah bayi sendiri. Kelima anak termasuk anak pemilik *family day care* yang berumur kurang dari lima tahun tinggal di rumah. Sayangnya kebanyakan rumah *family day care* beroperasi tanpa lisensi dan dapat mengasuh bayi dalam jumlah besar tanpa staf dan fasilitas yang adekuat.

Center-based care biasanya merujuk ke fasilitas *day care* berlisensi yang menyediakan asuhan untuk enam atau lebih anak, selama 6 jam atau lebih dalam 24 jam sehari. **Work-based group care** adalah pilihan lain yang menjadi semakin populer karena para pimpinan menyadari manfaat pemberian asuhan anak yang berkualitas dan nyaman bagi para pekerjanya. **Sick-child care** juga tersedia untuk saat-saat ketika anak sakit. Program seperti ini sering terdapat di puskesmas atau lingkungan kerja.

Tanggung jawab keperawatan yang utama adalah membimbing orang tua mencari fasilitas yang sesuai yang memiliki pegawai berkualitas baik. Agensi yang memiliki lisensi dari negara dapat membantu orang tua mengidentifikasi *day care center* yang dapat menerima anak dari kelompok usia tertentu dan nyaman untuk rumah dan tempat kerja. Catatan mereka tersedia untuk masyarakat dan memberi laporan dari departemen kesehatan, keamanan, dan kebakaran; evaluasi berkala dari agen berlisensi; pemenuhan keluhan terhadap pusat tersebut, dan kualifikasi pegawai pusat. Program berlisensi Negara harus mematuhi standar yang sudah ditetapkan, yang menunjukkan kebutuhan dan keamanan minimal. Akan tetapi, penekanan standar saja terkadang tidak adekuat. Program masa kanak-kanak awal juga menjadi milik sistem akreditasi volunteer, *National Academy of Early Childhood Programs*, yang berperan sebagai model asuhan yang optimal.* Referensi dari orang tua lain juga sangat membantu, namun mereka sendiri harus tetap melakukan penyelidikan mengenai pusat perawatan dengan hati-hati dan tetap terlibat dalam aktivitas agensi.

Panduan untuk memilih fasilitas asuhan anak akan didiskusikan di Bab 13 di Pengalaman Prasekolah dan Taman kanak-kanak. Kehati-hatian yang sama juga harus diterap-

*Informasi mengenai akreditasi kriteria dan prosedur National Academy of Early Childhood Program tersedia dari National Association for the Education of Young Children, 1509 16th St. NW, Washington, DC 20036, (800) 424-2460 atau (202) 232-8777; fax: (202) 328-1846. Kriteria ini merupakan panduan yang menakutkan untuk mengevaluasi fasilitas perawatan anak. Sumber lainnya adalah *Child Care: What's Best for Your Family*, tersedia dari American Academy of Pediatrics, 141 Northwest Point Blvd., Elk Grove Village, IL 60007 (800) 227-1770, fax: (847) 228-1281, dan *Parent's Guide to Day Care*, tersedia dari National Association of Pediatric Nurse Associates and Practitioners (NAPNAP), 1101 Kings Highway North, Suite 206, Cherry Hill, NJ 08034-1912, (877) 662-7627 atau (856) 667-1773, fax: (856) 667-7187.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



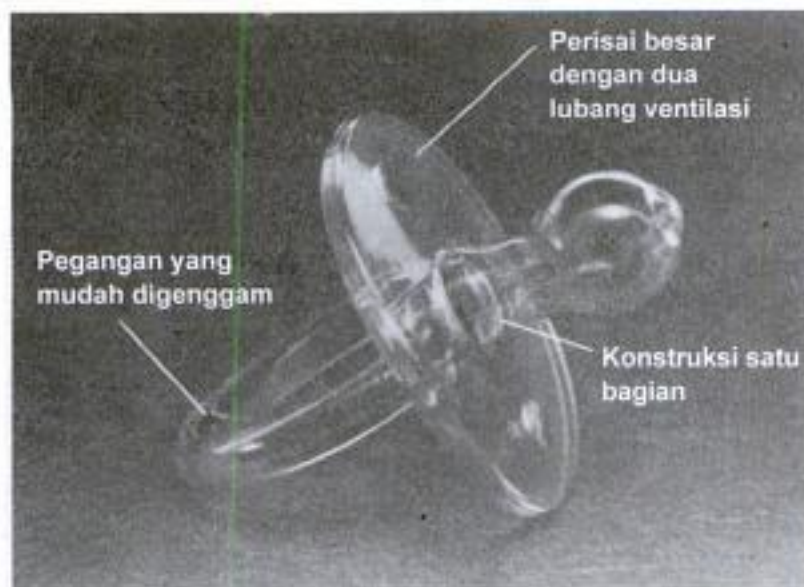
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 10-11 Rancangan dot yang aman.

yang penasaran, yang sering meniru aktivitas pemberian asuhan dan tanpa sengaja dapat menaburkan bedak tersebut ke bayi.

Sufokasi

Sufokasi mekanis meliputi sufokasi dengan menutup jalan napas (yaitu, mulut dan hidung), dengan tekanan pada tenggorokan dan dada, dan dengan pengeluaran udara, seperti terjebak dalam lemari es. Benda bukan makanan merupakan penyebab mayoritas kematian pada anak kecil.

Balon lateks, apakah digelembungkan sebagian, tidak digelembungkan, atau pecah, merupakan penyebab utama kematian pediatrik karena tersedak akibat produk anak (Holida, 1993). Balon lateks harus dijauhkan dari bayi dan anak kecil. Bahkan kebiasaan menggelembungkan sarung tangan lateks untuk menyenangkan anak di tempat asuhan kesehatan bisa membahayakan, terutama bila anak tersebut sensitif terhadap lateks. Kematian yang belum terjadi bisa dihindari dengan mengganti rancangan dan bahan balon serta menggantikannya dengan balon kertas atau mylar. (Baker dan Halperin, 1995).

KEWASPADAAN Keperawatan	Dorong orang dewasa untuk:
	Meniup balon untuk anak
	Mengawasi anak yang bermain balon
	Mengambil dan membuang bagian-bagian balon yang pecah
	Memperingatkan anak yang lebih besar tentang bahaya mengunyah atau mengisap balon
	Mengganti balon lateks dengan balon Mylar atau kertas

Selain itu, keterjangkauan lapisan plastik popok yang dipakai bayi dan/atau boneka juga terutama berbahaya bagi anak kecil.

Tempat tidur atau **kasur** memiliki sejumlah bahaya. Bayi yang diletakkan di tempat tidur dengan selimut dan seprei yang dimasukkan ke dalam kasur dapat terperangkap

di bawah selimut dan seprei dan tidak bisa membebaskan diri. Bantal bayi yang diisi manik-manik busa plastik yang menyerupai kantong kacang kecil juga berbahaya; bayi yang sangat kecil dapat mengalami sufokasi bila bantal menyesuaikan bentuk wajah dan menghambat jalan napas. Ada potensi bahaya jika orang dewasa tidur bersama bayi kecil karena mereka bisa saja berguling dan membekap bayi. Insidensi sufokasi bayi oleh orang dewasa saat berbagi tempat tidur meningkat selama periode 1980 sampai 1997 (Drago dan Dannenberg, 1999). Penyebab tersering sufokasi bayi adalah celah antara tempat tidur dan kasur serta dinding dan obstruksi oronasal oleh kantong plastik.

Bayi dapat terjepit jika kepalanya terperangkap di antara pagar tempat tidur dan kasur atau benda lain dekat tempat tidur. Kematian akibat sufokasi tidak hanya terbatas di tempat tidur; kasur yang tidak pas pada tempat tidur orang dewasa atau anak muda, tempat tidur tingkat, dan tempat tidur air juga pernah dilaporkan. Menurut regulasi federal Amerika Serikat, jarak antara pagar tempat tidur tidak boleh lebih dari sekitar 6 cm, secara kasar selebar tiga jari orang dewasa. Kasur dan bantal harus pas ke pagar tempat tidur. Peraturan umum adalah kasur dianggap terlalu kecil bila dua jari orang dewasa dapat dimasukkan antara kasur dan sisi tempat tidur. Jalan keluar sementara adalah memasang handuk gulung besar untuk mengisi rongga tersebut sehingga pas.

Ujung sudut tempat tidur juga merupakan sumber bahaya terjepit lainnya. Banyak anak telah mati akibat pakaiannya tersangkut pada sudut yang mencuat ketika mereka memanjat keluar dari tempat tidur. Standar pabrik volunteer menyebutkan bahwa ujung sudut tidak boleh melebihi 1/16 inci (1,6 mm). Akan tetapi, keamanan setiap sudut tetap dipertanyakan. Hiasan sudut harus dihilangkan dari tempat tidur. Idealnya informasi mengenai rancangan tempat tidur yang benar harus diberikan sebelum kelahiran bayi, sebelum orang tua membeli atau meminjam tempat tidur.*

Tempat bermain atau tempat tidur dengan jaring-jaring di samping dapat menyebabkan kematian bila bagian samping dipasang pada posisi rendah. Bayi dapat mengalami sufokasi ketika mereka terjatuh dari ujung kasur dan kepala atau dada dapat terjepit di antara papan lantai dan sisi jaring-jaring. Orang tua harus dinasihati mengenai bahaya ini dan didorong untuk **selalu** menjaga tepi terkunci dengan aman pada posisi tinggi ketika anak berada dalam tempat bermain atau tempat tidur.

Tempat tidur harus diletakkan jauh dari furnitur yang besar, karena anak yang merangkak keluar dari tempat tidur akan terperangkap di antara kedua benda tersebut. Tempat tidur juga harus ditempatkan jauh dari jendela, agar tali gordena atau tirai tidak menjerat leher bayi.

*Booklet: *It Hurts When They Cry* memberi informasi dasar mengenai bahaya, keamanan, dan penggunaan furnitur serta peralatan di ruangan anak-anak. Tersedia gratis dari U.S. Consumer Product Safety Commission, Publication Request, Washington, DC 20207, (800) 638-2772; website: www.cpsc.gov. Tambahan informasi gratis tersedia dari Danny Foundation, 3158 Danville Blvd, PO Box 680, Alamo, CA 94507, (800) 83-DANNY.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

cedera dengan harga yang tidak mahal dan dapat digunakan di rumah.

TIP KEPERAWATAN Untuk membantu orang tua memahami bahaya di rumah mereka bagi anak kecil, anjurkan orang tua untuk melihat dengan pandangan tertinggi lantai guna memeriksa lingkungan dari sudut pandang anak.

Pencegahan cedera memerlukan perlindungan anak dan edukasi pemberi asuhan. Perawat di unit perawatan ambulasi, pusat pemeliharaan kesehatan, atau agensi perawatan penilik adalah posisi yang paling baik untuk memberi edukasi tentang cedera. Akan tetapi, hal ini tidak mengesampingkan perawat di ruang rawat inap pasien, yang dapat memanfaatkan waktu kunjungan sebagai kesempatan yang sempurna untuk mendiskusikan topik ini.

Sebuah pendekatan untuk mengajarkan pencegahan cedera adalah menghubungkan alasan kerentanan anak dalam berbagai kelompok usia terhadap cedera jenis tertentu. Penekanan upaya pencegahan sama pentingnya dengan penekanan alasan terjadi cedera. Meski demikian, pencegahan cedera juga harus praktis. Upaya menanyai pendapat orang tua dapat mengarah ke saran-saran realistik yang dapat diikuti. Misalnya, bahan pembersih kamar mandi, kosmetika, dan barang-barang perawatan pribadi dapat ditempatkan pada rak paling atas di lemari pakaian, dan handuk atau seprei dapat disimpan di rak bawah dan lantai.

Bila telah terjadi cedera, perawat tidak boleh terlalu cepat menuduh orang tua. Cedera tidak selalu menunjukkan kelalaian. Tugas yang sangat sulit untuk mengawasi anak dengan teliti tanpa proteksi berlebihan atau mengurung mereka. Jatuh yang ringan dapat membantu anak belajar mengenai bahaya ketinggian. Sekali menyentuh benda panas dapat mengajari anak tentang bagaimana rasanya terbakar. Tindakan membiarkan anak mengeksplorasi sambil mempertahankan batasan yang memadai dan konsisten merupakan nasihat yang baik.

Orang tua perlu ingat bahwa bayi dan anak kecil tidak mampu mengantisipasi bahaya atau memahami kapan ada tidaknya bahaya. Kawat listrik yang mati bukan merupakan bahaya aktual, namun jika anak dibiarkan memainkannya, akan terbentuk perilaku yang buruk dan anak akan melakukan kebiasaan tersebut ketika anak menghadapi kawat listrik yang sedang menyala. Meskipun sangat bijaksana untuk selalu menjelaskan mengapa sesuatu itu berbahaya, harus diingat bahwa anak kecil perlu disingkirkan secara fisik dari situasi tersebut.

Tidak mudah mengajarkan keamanan, mengawasi dengan ketat dan selalu mengatakan "tidak" beratus kali sehari. Orang tua menjadi sangat waspada mengenai dilema

ini segera setelah bayi belajar merangkak. Tindakan mencegah cedera pada anak biasanya merupakan alasan pertama untuk membatasi pengaturan dan disiplin, namun pembatasan juga dibuat untuk mencegah kerusakan terhadap barang rumah tangga yang berharga. Ketika anak kecil berada di rumah, benda-benda berbahaya harus disingkirkan atau dijaga dan barang berharga ditempatkan jauh dari jangkauan.

Ketika anak diajar mengenai arti "tidak" mereka juga harus diajari tentang apa arti "ya". Anak harus dipuji ketika bermain dengan mainan yang tepat, upaya mereka untuk berperilaku atau mendengarkan dengan baik harus diperkuat, dan mainan rekreatif kreatif harus disediakan untuk mereka. Bayi suka menyobek kertas dan bersemangat menghampiri buku, majalah, atau koran yang ditinggalkan di lantai. Daripada melarang mereka merusak buku yang berharga, buku-buku anak yang aman (seperti yang terbuat dari kain) dapat disediakan untuk dapat dipakai sebagai mainan mereka. Bila anak menyenangi pot dan panci, dapat disediakan sebuah almari yang diisi peralatan makan yang aman untuk dieksplorasi oleh mereka.

Faktor tambahan harus ditekankan mengenai pencegahan dan edukasi cedera. Anak adalah peniru; mereka mencontoh apa yang mereka lihat dan dengar. *Mempraktikkan secara aman mengajari secara aman*, dapat diterapkan bagi orang tua dan anaknya dan perawat serta kliennya. Tindakan mengatakan sesuatu namun melakukan yang lain akan membingungkan anak dan dapat mengakibatkan kesulitan ketika anak tumbuh besar.

PANDUAN ANTISIPASI-ASUHAN KELUARGA

Mengasuh anak bukanlah tugas yang mudah; ini merupakan tantangan baik bagi orang tua baru atau pun orang tua yang sudah berpengalaman. Dengan adanya perubahan peran masyarakat, ditambah dengan tingginya populasi yang sangat labil, terdapat sedikit stabilitas bagi model peran tradisional dan metode membesarkan anak yang dibayar per jam. Akibatnya, orang tua mencari panduan dari profesional. Perawat berada pada posisi yang menguntungkan untuk memberi bantuan dan saran. Setiap fase kehidupan anak memiliki trauma tertentu-pelatihan toilet bagi toddler, ketakutan anak prasekolah yang tidak dapat dijelaskan, dan krisis identitas pada remaja. Bagi orang tua bayi beberapa tantangan berpusat di sekitar ketergantungan, disiplin, peningkatan mobilitas, dan keamanan. Daerah mayor untuk panduan orang tua selama tahun pertama disajikan di dalam kotak Asuhan Keluarga di Rumah hlm. 427.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 11-1 VITAMIN DAN MAKNA NUTRISIONALNYA (lanjutan)

FUNGSI/SUMBER FISIOLIS	AKIBAT DEFISIENSI ATAU KELEBIHAN	PERTIMBANGAN KEPERAWATAN
VITAMIN C (ASAM ASKORBAT)† (lanj.)		
Fungsi Meningkatkan absorpsi zat besi untuk pembentukan hemoglobin Mendorong konversi asam folat menjadi asam folinik Memengaruhi sintesis kolesterol dan konversi prolin menjadi hidroksiprolin Kemungkinan sebagai koenzim dalam metabolisme tirosin dan fenilalanin Mungkin berperan dalam hidroksilasi steroid adrenal Mungkin memiliki efek stimulasi pada aktivitas fagositik leukosit dan pembentukan antibodi Bahan antioksidan (menjaga vitamin lain agar tidak mengalami oksidasi)	Defisiensi Muskuloskeletal -Perdarahan otot dan sendi, pseudoparalisis akibat nyeri, pembengkakan sendi, benjolan kostokondral (skorbutik rosary) Gusi -Lunak, rapuh, bengkak, mudah berdarah, warna hitam atau merah kebiruan, gigi goyang dan lepas Disposisi umum -Iritabel, anoreksia, gelisah, nyeri, menolak bergerak, posisi seperti katak ketika telentang (pose Skorbutik) Tanda anemia Penyembuhan luka lambat Kerentanan terhadap infeksi meningkat Kelebihan Diare Peningkatan ekskresi asam urat dan asidifikasi urine (dapat menyebabkan presipitasi urat dan pembentukan batu oksalat) Hemolisis Aktivitas leukositosis terganggu Kerusakan sel beta pankreas dan penurunan produksi insulin Kegagalan reproduksi "Skorbut kambuhan" akibat menghentikan konsumsi vitamin C dalam jumlah besar	Investigasi sumber vitamin pada diet bayi, terutama jika susu sapi merupakan sumber utama nutrisi Tekankan pentingnya teknik memasak dan penyimpanan makanan yang benar untuk mempertahankan kandungan gizi Cuci sayuran dengan cepat; jangan merendamnya di dalam air Masak sayuran dalam pot tertutup dengan air minimal dan waktu yang singkat; hindari alat masak dari bahan tembaga atau besi Jangan menambah soda kue pada air matang Konsumsi sayuran atau buah segar sesegera mungkin; simpan dalam lemari es Simpan jus dalam wadah yang tidak tembus cahaya dan kedap udara Bungkus buah yang telah dipotong atau segera makan setelah terpajan udara Merawat anak yang menderita skorbut: Posisikan anak untuk mendapatkan kenyamanan dan istirahat Tangani dengan sangat lembut dan minimal Berikan analgesik sesuai kebutuhan Cegah infeksi Berikan perawatan oral yang baik Berikan diet lunak cair Tekankan pemulihan yang cepat ketika vitamin diberikan Tekankan penggunaan suplemen vitamin yang benar dan potensi bahayanya jika digunakan berlebihan Identifikasi kelompok yang berisiko untuk diberi suplemen vitamin C: penderita talasemia, kelompok yang mendapat terapi antikoagulan dan antibiotik aminoglikosida
VITAMIN D₂ (ERGOKALSIFEROL) DAN D₃ (KOLEKALSIFEROL)*		
Fungsi Absorpsi kalsium dan fosfor serta menurunkan ekskresi fosfor di ginjal Sumber Sinar matahari langsung Minyak ikan kod, ikan haring, makarel, salmon, tuna, sarden Sumber makanan yang diperkaya susu, produk susu, sereal yang diperkaya, margarin, roti, beberapa minuman untuk sarapan	Defisiensi Rakitis (Rickets) Kepala -Kraniotabes (pelunakan tulang kranial, penonjolan tulang frontal), deformasi bentuk (tengkorak datar dan cekung di bagian tengah), penutupan fontanela lambat Dada -Rakitis rosary (pembesaran sendi kostokondral rusuk), parit Harrison (depresi horizontal pada bagian bawah tulang rusuk), dada burung (penonjolan sternum yang tajam) Tulang belakang -Kifosis, skoliosis, lordosis Abdomen -Abdomen menonjol, konstipasi Ekstremitas -Lengan dan tungkai melengkung, lutut melengkung ke dalam, saber tibia (deformitas tibia), instabilitas sendi panggul, deformitas pelvis, pembesaran epifisis pada ujung tulang panjang	Dorong mengonsumsi makanan kaya vitamin D, terutama susu sapi yang diperkaya Dorong penggunaan suplemen vitamin D pada bayi yang mendapat ASI jika diet maternal tidak adekuat atau jika paparan sinar matahari ke bayi minimal Perawatan anak yang menderita rakitis: Mempertahankan kesejajaran tubuh yang baik Ganti posisi secara sering untuk mencegah dekubitus dan infeksi pernapasan Tangani dengan sangat lembut dan minimal Cegah infeksi Terapkan tindakan kewaspadaan terhadap kejang

*Larut dalam lemak

†Larut dalam air

berlanjut



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

kertas cetakan yang berisi informasi penting mengenai SIDS (tersedia dari organisasi nasional*).

Idealnya jumlah kunjungan dan rencana intervensi selanjutnya harus lebih fleksibel. Misalnya, sibling pada awalnya mungkin bisa menerima penjelasan dan menyesuaikan diri tetapi kemudian menolak untuk tidur atau menanyakan pertanyaan mengenai kuburan dan upacara penguburan, menunjukkan kebutuhan mereka akan bantuan yang lebih lanjut dalam menghadapi kematian. Orang tua yang mendapat pertanyaan dari anak selanjutnya perlu mendapat dukungan. Baik kelahiran anak berikutnya maupun ketahanan hidup anak tersebut, terutama setelah melewati usia anak sebelumnya yang telah meninggal, merupakan masa transisional yang sangat penting bagi orang tua.

Karena proses berduka berlangsung selama *paling tidak* setahun dan karena sebagian besar rencana kesehatan tidak meliputi kunjungan periodik ke keluarga untuk mengevaluasi kemajuan mereka maka rujukan kepada orang tua lain yang pernah kehilangan anaknya karena SIDS sebaiknya dipertimbangkan.

APNEA PADA MASA BAYI

Apnea pada masa bayi umumnya merujuk pada apnea patologis pada bayi yang usia gestasinya lebih dari 37 minggu. Presentasi klinis apnea pada masa bayi adalah **peristiwa yang benar-benar mengancam jiwa (apparent life-threatening event, ALTE)** (sebelumnya diberi istilah yang tidak tepat dan salah kaprah, 'near-miss SIDS'=hampir SIDS) yang digambarkan sebagai:

- Menakutkan bagi yang melihat, yang takut bahwa anak meninggal atau akan meninggal tanpa dilakukan intervensi yang sungguh-sungguh.
- Kombinasi dari:
Apnea-Penghentian pernapasan selama 20 menit atau lebih
Perubahan warna-Sianosis atau palor, tetapi kadang-kadang pletora
Perubahan jelas dalam tonus otot-Biasanya hipotonia yang tampak jelas
Tersedak atau tercekik

Apnea pada masa bayi bisa merupakan gejala dari berbagai kelainan, termasuk sepsis, kejang, abnormalitas jalan napas atas, reflus gastrointestinal, hipoglikemia atau masalah metabolisme lainnya, gangguan regulasi pernapasan selama tidur atau makan, atau sebagai akibat keracunan yang disengaja oleh pemberi asuhan. Temuan fisik abnormal pada surfaktan paru telah terbukti pada beberapa anak penderita ALTE berulang (Silvestri dan Weese Mayer, 1996). Namun,

penyebab ALTE tidak ditemukan pada sekitar setengah kasus. Bayi dengan riwayat ALTE berisiko lebih tinggi mengalami SIDS, tetapi anak ini hanya kurang dari 7% dari semua korban SIDS. Diagnosis apnea pada masa bayi dibuat jika penyebab ALTE tidak bisa ditemukan.

Evaluasi Diagnostik

Uji yang paling banyak digunakan adalah pencatatan pola kardiorespirasi secara berkesinambungan (kardiopneumogram atau pneumokardiogram). Pneumokardiogram empat-saluran (atau pneumogram multisaluran) memantau irama jantung, respirasi (impedans dada), aliran udara nasal, dan saturasi oksigen. Uji yang lebih canggih, polisomnografi ("studi tidur"); juga mencatat gelombang otak, gerakan mata dan tubuh, manometri esofagus, dan pengukuran karbon dioksida tidal-akhir. Tetapi, tidak satupun uji ini dapat meramalkan risiko. Beberapa anak dengan hasil uji normal masih mungkin mengalami episode apnea.

Penatalaksanaan Terapeutik

Penanganan biasanya melibatkan pemantauan irama kardiorespirasi secara kontinu di rumah dan/atau penggunaan metilksantin (obat perangsang respirasi seperti teofilin atau kafein). Kadar terapeutik biasanya 6 sampai 10 atau 13 µg/ml teofilin dan 10 sampai 20 µg/ml kafein. Kriteria penghentian pemantauan didasarkan pada kondisi klinis bayi. Panduan umum penghentian adalah jika bayi yang mengalami ALTE sudah melalui 2 atau 3 bulan tanpa sejumlah episode bermakna yang memerlukan intervensi.

KEWASPADAAN Keperawatan Konsentrasi teofilin yang diperlukan untuk apnea adalah kurang dari yang diperlukan untuk bronkodilatasi.

Pertimbangan Keperawatan

Diagnosis apnea pada masa bayi mengakibatkan ansietas dan kekhawatiran orang tua, dan penerapan pemantauan di rumah menambah beban fisik dan emosi. Apabila pemantauan diperlukan, perawat dapat menjadi sumber utama dukungan bagi keluarga dalam hal pendidikan mengenai peralatan, pemantauan status bayi, dan intervensi segera selama periode apnea, termasuk resusitasi jantung paru (RJP) (lihat Latihan Berpikir Kritis). Untuk membantu keluarga menghadapi berbagai prosedur yang harus mereka pelajari, persiapan yang adekuat sebelum pemulangan dan instruksi tertulis sangat penting.*

*Sudden Infant Death Syndrome Clearinghouse, 8201 Greensboro Dr. Suite 600, McLean, VA 22102, (703) 821-8955; American Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) Institute, 6065 Roswell Rd., Suite 876, Atlanta, GA 30328; (800) 232-SIDS (di Georgia, [800] 847-SIDS); website: www.sids.org; The Sudden Infant Death Syndrome Alliance, 1314 Bedford Ave., Suite 210, Baltimore, MD 21208, (800) 221-SIDS.

*Instruksi asuhan di rumah dan komunitas untuk pemantauan apnea dan RJP tersedia dalam Wong DL, Hess CS: *Wong and Whaley's clinical manual of pediatric nursing*, ed 5, St Louis, 2000, Mosby. Materi edukasi juga bisa diperoleh dari the American SIDS Institute, 6065 Roswell Rd., Suite 876, Atlanta, GA 30328.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

POIN PENTING

- Gangguan nutrisi umum pada masa bayi dapat disebabkan oleh defisiensi atau kelebihan vitamin dan mineral, beberapa tipe diet vegetarian, malnutrisi protein dan kalori, dan intoleransi makanan.
- Konsumsi makanan bervariasi di antara vegetarian; oleh karena itu asupan diet secara rinci sangat penting untuk merencanakan asupan yang adekuat, terutama pada anak dan wanita hamil serta wanita menyusui.
- Malnutrisi protein energi dapat terjadi sebagai komplikasi dari penyakit utama, kurangnya pendidikan orang tua mengenai nutrisi bayi, penatalaksanaan alergi makanan yang tidak tepat, atau persiapan formula yang tidak benar.
- Intoleransi makanan mencakup alergi makanan dan sensitivitas makanan, yang paling serius di antaranya adalah alergi susu sapi dan intoleransi laktosa.
- Penatalaksanaan kolik dapat melibatkan perubahan dalam praktik pemberian makan, koreksi lingkungan yang penuh stres, modifikasi perilaku, dan dukungan orang tua.
- Gagal tumbuh dapat diklasifikasikan sebagai organik, akibat dari beberapa penyebab fisik, atau non-organik, akibat dari

faktor psikososial yang melibatkan anak dan pemberi asuhan (mis. deprivasi maternal), penyebab lingkungan (mis. pengetahuan orang tua yang tidak adekuat mengenai pemberian makan anak), atau penyebab yang tidak dapat dijelaskan.

- Beberapa sindrom kematian bayi mendadak merupakan penyebab kematian utama nomor tiga di antara umur 1 bulan dan 1 tahun.
- Bukti keterkaitan SIDS dengan posisi tidur tengkurap telah memicu dikeluarkannya rekomendasi bahwa bayi sehat harus tidur telentang.
- Tanggung jawab primer keperawatan dalam asuhan yang berhubungan dengan kematian bayi mendadak dan kondisi lain dengan etiologi yang tidak diketahui adalah dukungan emosional untuk keluarga.
- Anak penderita apnea di masa bayi mendapat pemantauan di rumah untuk meniadakan keluarga terhadap kejadian yang nyata-nyata membahayakan jiwa.
- Autisme adalah kondisi ketidakmampuan permanen yang ditandai dengan luasnya kisaran dan keparahan defisit interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.

Referensi

- American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Positioning: Positioning and sudden infant death syndrome (SIDS): update, *Pediatrics* 98(6):1218-1220, 1996.
- American Academy of Pediatrics: Measles. In Pickering L, editor: *2000 Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases*, ed 25, Elk Grove Village, IL, 2000, The Academy.
- American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Positioning and SIDS: Does bed sharing affect the risk of SIDS? *Pediatrics* 100(2):272, 1997b.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition: *Pediatric nutrition handbook*, ed 4, Elk Grove Village, IL, 1998a, The Academy.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition: Soy protein-based formulas: recommendations for its use in infant feeding, *Pediatrics* 101(1):148-153, 1998b.
- American Dietetic Association: ADA Reports: Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets, *J Am Dietetic Assoc* 97(11):1317-1321, 1997.
- Anderson JA: Milk, eggs, and peanuts: food allergies in children, *Am Fam Physician* 56(5):1365-1375, 1997.
- Anderson RN, Kochanek KD, Murphy SL: Report of final mortality statistics, 1995, *Monthly Vital Statistics Report* 45(11, suppl 2), 1997.
- Balon AJ: Management of infantile colic, *Am Fam Physician* 55(1):235-242, 1997.
- Brewster DR, Manary MJ, Graham SM: Case management of kwashiorkor: an intervention project at seven nutrition rehabilitation centres in Malawi, *Eur J Clin Nutr* 51(3):139-147, 1997.
- Corrales KM, Utter SL: Failure to thrive. In Samour PQ, Helm KK, Lang CE, editors: *Handbook of pediatric nutrition*, ed. 2, Gaithersburg: MD, 1999, Aspen Publications.
- David S, Lobo ML: Childhood diarrhea and malnutrition in Pakistan. I. Incidence and prevalence, *J Pediatr Nurs* 10(2):131-137, 1995.
- Dihigo SK: New strategies for the treatment of colic: modifying the parent/infant interaction, *J Pediatr Health Care* 12(5):256-262, 1998.
- Drago DA, Dannenberg AL: Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980-1997. *Pediatrics* 103(5):e59, 1999.
- Guyer B and others: Annual summary of vital statistics-1998, *Pediatrics* 104(6):1229-1246, 1999.
- Krebs-Smith SM and others: Fruit and vegetable intakes of children and adolescents in the United States, *Arch Pediatr Adolesc Med* 150(1):81-86, 1996.
- Leach CEA and others: Epidemiology of SIDS and explained sudden infant deaths, *Pediatrics* 104(4):e43, 1999.
- MacPhee M, Schneider J: A clinical tool for nonorganic failure-to-thrive feeding interactions, *J Pediatr Nurs* 11(1):29-39, 1996.
- Maggioni A, Lifshitz F: Nutritional management of failure to thrive, *Pediatr Clin North Am* 42(4):791-809, 1995.
- McBean LD, Miller GD: Allaying fears and fallacies about lactose intolerance, *J Am Diet Assoc* 98(6):671-676, 1998.
- McGuire JK and others: Fatal hypermagnesemia in a child treated with megavitamin/megamineral therapy, *Pediatrics* 105(2):414, 2000.
- Sanders TAB: Vegetarian diets and children, *Pediatr Clin North Am* 42(4):955-965, 1995.
- Sandler AD and others: Lack of benefit of a single dose of synthetic human secretin in the treatment of autism and pervasive developmental disorder, *N Engl J Med* 341(24):1801-1806, 1999.
- Silvestri JM, Weese-Mayer DE: Respiratory control disorders in infancy and childhood, *Curr Opin Pediatr* 8(3):216-220, 1996.
- Srinivasan R, Minocha A: When to suspect lactose intolerance: symptomatic, ethnic, and laboratory clues, *Postgrad Med* 104(3):109-123, 1998.
- Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Institute of Medicine: *Dietary reference intakes: calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride*, Washington, DC, 1998, National Academy Press.
- Twarog F: Another round: do maternal avoidance diets prevent atopy? *Pediatr Alert* 21(24):139-140, 1996.
- Willinger M and others: Factors associated with the transition to nonprone sleep positions of infants in the United States: The National Infant Sleep Position study, *JAMA* 280(4):329-335, 1998.
- Wood RA: Prospects for the prevention of allergy in children, *Curr Opin Pediatr* 8(6):601-605, 1996.
- Wylie R: Cow's milk protein allergy and hypoallergenic formulas, *Clin Pediatr* 35(10):497-500, 1996.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

duduk portabel yang diletakkan di atas toilet biasa, yang memudahkan transisi dari kursi berlubang untuk eliminasi ke toilet biasa. Menempatkan bangku panjang yang kecil di bawah kaki membantu menstabilkan posisi anak. Mungkin paling baik menempatkan kursi berlubang untuk eliminasi di kamar mandi dan membiarkan anak mengamati ekskresinya ketika dibilas ke dalam toilet untuk menghubungkan aktivitas ini dengan praktik yang biasa. Bila tidak tersedia kursi berlubang untuk eliminasi, *menghadapkan* anak ke tangki toilet memberi dukungan tambahan. Anak lelaki bisa memulai *toilet training* dalam posisi berdiri atau duduk di kursi berlubang untuk eliminasi atau di WC (Gbr. 12-5). Meniru ayahnya selama masa prasekolah merupakan dorongan motivasi yang sangat kuat.

Sesi latihan harus dibatasi pada 5 sampai 10 menit, orang tua harus menunggu anak, dan kebiasaan sanitasi harus dilakukan setiap kali selesai eliminasi. Anak harus dipuji karena perilaku kerja samanya dan/atau evakuasi yang berhasil. Memakaikan anak pakaian yang mudah dilepas; menggunakan celana latihan, diapers berbentuk celana atau celana pendek; dan mendorong imitasi dengan melihat orang lain adalah anjuran yang sangat membantu. Memaksa anak duduk di kursi berlubang untuk eliminasi atau di WC dalam waktu yang lama, memukulnya bila pengeluaran eliminasi tidak di tempatnya, dan cara kontrol negatif lainnya harus dihindari (Taubman, 1997). Terjadinya eliminasi secara tidak sengaja di tempat yang tidak semestinya pada siang hari adalah biasa, terutama selama periode aktivitas intensif. Anak kecil menjadi sangat bersemangat dengan aktivitas bermain sehingga jika tidak diingatkan, mereka akan berlama-lama menahan eliminasi sampai terlambat mencapai kamar mandi. Oleh karena itu mereka harus sering diingatkan dan diantar ke toilet.

Persaingan Sibling

Kecemburuan dan ketidaksukaan anak yang alamiah terhadap anak baru dalam keluarga dinamakan ***persaingan sibling***. Kedatangan bayi baru merupakan krisis bahkan bagi beberapa toddler yang telah dipersiapkan dengan sangat baik. Sebenarnya bukan bayi yang dibenci atau tidak disukai toddler tetapi perubahan yang ditimbulkan oleh tambahan sibling ini, terutama perpisahan dengan ibu selama kelahiran. Orang tua sekarang membagi cinta dan perhatiannya dengan orang lain, rutinitas yang biasa menjadi terganggu, dan toddler dapat kehilangan tempat tidur dan/atau ruangnya—semua terjadi pada saat toddler mengira bahwa mereka telah mengontrol dunianya. Persaingan sibling cenderung paling menonjol pada anak pertama, yang mengalami kehilangan perhatian tunggal dari orang tua (***dethronement***). *Dethronement* tampaknya juga paling sulit dialami oleh anak kecil, terutama dalam hal interaksi ibu-anak.

Persiapan anak-anak untuk kelahiran sibling bersifat sangat individual, tetapi usia menyatakan beberapa pertimbangan yang penting. Waktu bagi toddler merupakan konsep yang samar. Besok bisa saja kemarin atau minggu depan, dan sebulan dari sekarang bisa berarti tidak pernah.

Mempersiapkan anak terlalu cepat untuk kelahiran dapat mengurangi ketertarikan mereka saat kejadian berlangsung. Saat yang tepat untuk mulai membicarakan mengenai bayi baru adalah ketika toddler sudah bisa menyadari kehamilan dan perubahan yang terjadi di rumah sebagai antisipasi kedatangan anggota keluarga yang baru.

Toddler perlu memiliki ide realistis mengenai seperti apa bayi yang baru lahir itu. Menceritakan kepada mereka bahwa ada teman bermain baru yang akan segera datang ke rumah akan membuat harapan yang tidak realistis. Sebaiknya, orang tua harus menekankan aktivitas yang akan terjadi ketika bayi tiba di rumah, seperti mengganti popok, memberi ASI atau susu botol, memandikan, dan mendandani. Pada saat yang sama, orang tua harus menekankan rutinitas mana yang akan tetap sama, seperti membacakan cerita atau pergi ke taman. Apabila toddler belum pernah kontak dengan seorang bayi, perkenalkan mereka kepada salah satu bayi—jika mungkin—merupakan ide yang baik. Memberikan sebuah boneka yang dapat membuat toddler menirukan perilaku parental merupakan strategi lain yang menakutkan. Mereka dapat memenuhi kebutuhan boneka (mengganti popok, memberi makan) ketika orang tua melakukan aktivitas yang sama untuk bayi.

Kehadiran sibling yang baru di rumah membuat stres sehingga tambahan stres bagi toddler harus dihindari atau diminimalkan. Misalnya, memindahkan toddler ke tempat tidur yang biasa atau ke ruang berbeda harus dilakukan jauh sebelum kedatangan bayi.

Kehamilan merupakan proses pemisahan bagi toddler. Mereka membutuhkan gambaran konkret mengenai bagaimana bayi tumbuh di dalam tubuh ibu. Saat ini merupakan kesempatan yang sangat baik untuk memperkenalkan aspek reproduksi dan seksualitas. Melihat gambar-gambar sederhana uterus dan janin dan merasakan gerakan janin dapat membantu anak merasa dilibatkan dalam pengalaman tersebut. Anak juga mendapat manfaat dari kelas untuk sibling yang mungkin merupakan bagian dari sesi pranatal (Kramer, 1996).

Ketika bayi baru datang, toddler merasakan perubahan pemusatan perhatian yang sangat tajam. Pengunjung dapat memulai masalah ketika tanpa sengaja mereka menunjukkan perhatiannya dan memberi hadiah kepada bayi sambil mengacuhkan anak yang lebih tua. Orang tua dapat meminimalkannya dengan meyakinkan pengunjung akan kebutuhan toddler, memberikan hadiah kecil di tangan toddler, dan melibatkan anak dalam kunjungan sebanyak mungkin. Toddler juga dapat membantu perawatan bayi baru lahir dengan mengambilkan popok dan melakukan tugas-tugas kecil lainnya (Gbr. 12-6).

Bagaimana anak memperlihatkan kecemburuan sangat kompleks. Beberapa anak akan secara terang-terangan memukul bayi, mendorong bayi dari pangkuan ibu, atau menarik botol atau payudara dari mulut bayi. Lebih sering ekspresi permusuhan dan kebencian lebih halus dan tertutup. Toddler secara verbal dapat mengekspresikan harapan bahwa bayi harusnya "kembali ke dalam perut ibu", atau mereka akan kembali ke bentuk perilaku yang lebih kekanak-kanakan, seperti meminta botol, defekasi di celana, memeluk untuk menarik perhatian, menggunakan bicara



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 12-8 Cara membersihkan gigi yang paling efektif dilakukan oleh orang tua.

metode menggosok. Ujung bulu sikat diletakkan dengan kuat pada sudut 45° pada gigi dan gusi dan digerakkan ke depan dan belakang dengan gerakan menggetar (vibrasi). Ujung bulu sikat harus bergerak lembut tetapi tidak bergerak maju dan mundur dengan sekuat tenaga, yang dapat merusak gusi dan enamel. Semua permukaan gigi dibersihkan dengan cara ini kecuali permukaan lingual (bagian dalam) gigi depan. Untuk membersihkan permukaan ini, sikat gigi diletakkan vertikal terhadap gigi dan digerakkan ke atas dan ke bawah. Hanya beberapa gigi yang dapat digosok sekali gosok, menggunakan enam sampai delapan gosokan setiap bagian. Pendekatan sistematis dipakai sedemikian rupa sehingga semua permukaan gigi dibersihkan secara menyeluruh (Gbr. 12-7).

Untuk anak kecil cara paling efektif membersihkan gigi adalah oleh orang tua (Gbr. 12-8). Beberapa posisi dapat digunakan sehingga memungkinkan jangkauan ke dalam mulut dan membantu menstabilkan kepala agar nyaman:

- Berdiri dengan punggung anak mengarah ke orang dewasa. (Bila dilakukan di depan cermin kamar mandi, baik anak maupun orang dewasa dapat melihat apa yang sedang mereka kerjakan di cermin.)

TABEL 12-2 SUPLEMENTASI FLUORIDA*

Usia	KANDUNGAN FLUORIDA AIR (DALAM BPS)†		
	<0,3	0,3-0,6	>0,6
Lahir-6 bulan	0	0	0
6 bulan-3 tahun	0,25	0	0
3-6 tahun	0,50	0,25	0
6-16 tahun	1,00	0,50	0

Dari American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition: Fluoride supplementation for Children, *Pediatrics* 95(5):777, 1995.

*Dosis fluorida per hari diberikan dalam milligram.

†Bagian per sejuta (bps)

- Duduk di kursi atau tempat tidur dengan kepala anak bersandar di pangkuan orang dewasa.
- Duduk di lantai atau tempat duduk rendah dengan kepala anak bersandar di antara kedua paha orang dewasa.

Dengan semua posisi di atas, gunakan satu tangan untuk memegang dagu dan yang satu lagi menggosok gigi. Agar dapat mencapai gigi bagian belakang dengan lebih mudah, pertahankan mulut dalam keadaan setengah terbuka.

TIP KEPERAWATAN

- Untuk mendorong anak membuka mulutnya, minta mereka "bersiul seperti burung" untuk menggosok gigi depan dan "mengaum seperti singa" untuk menggosok gigi belakang.
- Bernyanyi, bercerita, atau berbicara kepada anak selama pembersihan gigi untuk mencegah kebosanan.

Untuk pembersihan gigi yang efektif, direkomendasikan sikat gigi kecil berbulu halus, bulat, nilon dengan banyak serat pendek dan panjangnya seragam. Serat nilon mengering lebih cepat setelah dipakai dan dapat kembali ke bentuk semula lebih baik daripada serat alami. Sikat gigi harus segera diganti segera setelah serat pecah atau melengkung. Pada anak kecil, menggosok dapat diselesaikan secara lebih mudah dengan menggunakan air, karena banyak anak tidak menyukai busa dari pasta gigi dan busa mengganggu penglihatan. Ada juga bahaya menelan pasta gigi berfluorinasi (lihat diskusi dibawah mengenai Fluorida). Apabila menggunakan pasta gigi, anak harus memilih rasa yang mereka sukai untuk mendorong kebiasaan menggosok gigi.

Setelah gigi dibersihkan, membersihkan menggunakan benang gigi dilakukan untuk mengangkat plak dan debris di antara celah gigi dan di bawah batas gusi, yang tidak efektif jika dibersihkan dengan sikat gigi. Karena anak kecil tidak memiliki deksteritas untuk memanipulasi benang gigi, orang tua harus mengajarkan prosedur ini pada anak.

Bahan pewarna dapat membantu mengidentifikasi area-area gigi tempat plak terakumulasi. Bahan pewarna juga dapat membantu memotivasi anak untuk membersihkan gigi karena plak sulit dilihat. Setelah membersihkan gigi, mulut diinspeksi untuk meyakinkan bahwa semua sisa plak telah terangkat. Apabila plak masih ada, gigi disikat kembali.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



GBR. 12-13 Penutup plastik khusus pada soket listrik mencegah jari anak kecil mengeksplorasi daerah berbahaya.

mencoba untuk menghirup kopi atau teh orang tua dan menumpahkan air mendidih ke dagu atau dada mereka (Eadie, Williams, dan Dickson, 1995).

Keracunan

Menelan bahan beracun sering terjadi selama awal masa kanak-kanak. Insidensi tertinggi terjadi pada anak di kelompok usia 2 tahun. Meskipun beberapa contoh keracunan tidak mengakibatkan kematian, keracunan dapat mengakibatkan angka kesakitan yang bermakna, seperti striktur esofagus akibat menelan larutan alkali. Aktivitas mengulum terus menonjol setelah usia 1 tahun, dan mengeksplorasi benda dengan mencicipinya adalah bagian dari penyelidikan anak yang ingin tahu. Hampir setiap bahan non-makanan memiliki potensi bahaya, termasuk beberapa tanaman di rumah (Lamminpaa dan Kinon, 1996), dan toddler berusia 2 tahun sudah mampu memanjat sebagian besar tempat yang tinggi, membuka laci dan lemari, serta membuka tutup botol. Dengan uji coba, anak kecil juga berusaha membuka tutup botol, wadah plastik, kaleng aerosol, dan tabung, termasuk bahan-bahan yang tutupnya sulit dibuka oleh anak. Selain itu, apoteker sering memindahkan obat ke wadah biasa untuk lansia, yang mungkin mengalami kesulitan membuka tutup suatu wadah yang sulit dibuka



GBR. 12-14 Anak cenderung menelan bahan-bahan yang berada dalam jangkauan mereka, seperti bahan pembersih yang disimpan di bawah bak cuci, racun tikus, tanaman, atau penghilang bau popok pada ember.

anak. Bentuk obat terbaru, seperti plester transdermal dan lozenges penekan batuk, menciptakan bahaya baru, karena tidak dikemas dalam penutup yang aman dan lozenges tampak terlihat seperti permen.

Penyebab utama keracunan adalah penyimpanan yang tidak benar (Gbr. 12-14). Pedoman yang diberikan di Bab 10 berlaku untuk anak pada kelompok usia ini juga. Namun, tidak seperti bayi, yang terbatas pada ketinggian tertentu dan tidak mampu membuka kunci penghalang, anak kecil dapat berusaha mencari cara mencapai tempat dengan ketinggian tertentu, yang memiliki keamanan yang ketat. Untuk anak kelompok usia ini, hanya kabinet terkunci yang aman.

Upaya pencegahan dan kedaruratan untuk keracunan akan didiskusikan di Bab 14. Orang tua harus memiliki akses ke nomor telepon pusat pengendali racun dan siap bertindak sesuai dengan anjuran dari pusat tersebut.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

keras untuk mencapai tugas perkembangan pada tahap ini. Tugas psikososial utama pada periode prasekolah adalah menguasai rasa **inisiatif**. Anak sedang dalam stadium belajar energik. Mereka bermain, bekerja, dan hidup sepenuhnya serta merasakan rasa pencapaian dan kepuasan yang sebenarnya dalam aktivitas mereka. Konflik timbul ketika anak telah melampaui batas kemampuan mereka dan memasuki serta mengalami rasa **bersalah** karena tidak berperilaku atau bertindak dengan benar. Perasaan bersalah, ansietas, dan takut juga bisa diakibatkan oleh pikiran yang berbeda dengan perilaku yang diharapkan.

Pikiran yang sangat membuat stres terutama adalah mengharapkan salah satu orang tua meninggal. Karena rasa persaingan atau kompetisi berkembang antara anak dan orang tua dengan jenis kelamin yang sama maka anak bisa berpikir mengenai cara menghilangkan orang tua yang mengancam tersebut. Pada sebagian besar situasi persaingan ini dapat diselesaikan dengan mengidentifikasi secara kuat bersama orang tua dan teman sebaya berjenis kelamin sama selama masa sekolah. Namun, jika orang tua tersebut meninggal sebelum proses identifikasi selesai, anak prasekolah bisa mengalami kebingungan dengan perasaan bersalah karena telah berharap sehingga "menyebabkan" kematian. Menjelaskan kepada anak bahwa harapan tersebut tidak dapat dan tidak menyebabkan kejadian tersebut terjadi sangat penting dalam membantu mengatasi rasa bersalah dan ansietas mereka.

Perkembangan **superego**, atau **kesadaran**, telah dimulai pada akhir masa toddler dan merupakan tugas utama untuk anak prasekolah (lihat kotak Kesadaran Budaya). Mempelajari kebenaran dari kesalahan dan mempelajari kebaikan dari keburukan adalah permulaan moralitas (lihat Perkembangan Moral).

PERKEMBANGAN KOGNITIF

Salah satu tugas yang berhubungan dengan periode prasekolah adalah kesiapan untuk sekolah dan pelajaran sekolah. Banyak proses berpikir pada periode ini sangat penting dalam mencapai kesiapan tersebut, dan telah ditentukan bahwa anak mulai sekolah pada usia 5 dan 6 tahun daripada umur yang lebih muda.

Fase Praoperasional (Piaget)

Teori kognitif Piaget sebenarnya tidak meliputi periode yang khusus untuk anak usia 3 sampai 5 tahun. **Fase pra-operasional** meliputi anak dalam rentang usia 2 sampai 7 tahun dan dibagi menjadi dua tahap: **fase prakonseptual**, usia 2 sampai 4 tahun, dan fase **pikiran intuitif**, usia 4 sampai 7 tahun. Salah satu transisi utama selama kedua fase tersebut adalah perpindahan dari pikiran egosentris total menjadi kesadaran sosial dan kemampuan untuk mempertimbangkan sudut pandang orang lain. Namun, egosentrisitas masih terlihat. (Untuk meninjau kembali karakteristik pikiran praoperasional, lihat Bab 12).

Bahasa terus berkembang selama periode prasekolah. Berbicara terutama masih menjadi pembawa komunikasi



KESADARAN BUDAYA

Mempelajari Sikap Moral Sosiokultural

Mengembangkan kesadaran berarti mempelajari sikap moral sosiokultural dari warisan keluarga. Bergantung pada tipe perilaku yang dianut, anak-anak tidak hanya akan belajar tentang perilaku yang tepat, tetapi juga perilaku yang toleran, bias, atau perilaku yang memberi nilai prejudis mengenai etnik, agama, dan latar belakang sosial mereka dan yang dimiliki kelompok lain. Kebanyakan pengaruh ini masih tetap tidak aktif sampai mereka berhubungan dengan anak lain atau orang dewasa dari garis keturunan yang berbeda. Oleh karena itu, bergantung pada kelompok tertentu, perilaku mereka bisa saja diterima atau ditolak.

egosentris. Anak prasekolah berasumsi bahwa setiap orang berpikir seperti yang mereka pikirkan dan penjelasan singkat mengenai pikiran mereka membuat keseluruhan pikiran mereka dipahami oleh orang lain. Karena komunikasi verbal yang merujuk pada diri sendiri dan bersifat egosentris ini maka mengeksplorasi dan memahami pikiran anak kecil sering kali dibutuhkan melalui pendekatan nonverbal lainnya. Untuk anak pada kelompok usia ini, metode yang paling menyenangkan dan efektif adalah **bermain**, yang menjadi cara anak untuk memahami, menyesuaikan, dan mengembangkan pengalaman hidup.

Anak prasekolah semakin banyak menggunakan bahasa tanpa memahami makna dari kata-kata tersebut, terutama konsep kanan dan kiri, sebab-akibat, dan waktu. Anak bisa menggunakan konsep secara benar tetapi hanya dalam keadaan yang telah mereka pelajari. Misalnya, mereka bisa mengetahui bagaimana memakai sepatu dengan mengingat bahwa kaitan sepatu selalu berada di bagian luar kaki. Namun, jika memakai sepatu lain yang tidak memiliki kaitan, mereka tidak tahu lagi sepatu mana yang cocok untuk kakinya yang sebelah mana. Dengan kata lain, mereka tidak memahami konsep *kanan dan kiri*.

Secara superfisial, **sebab-akibat** melambangkan pemikiran logis. Anak prasekolah menjelaskan konsep yang penjelasannya telah mereka dengar dari orang lain. Namun, pemahaman mereka masih terbatas. Contohnya adalah konsep mengenai waktu. Karena **waktu** masih belum dipahami sama sekali, anak akan menerjemahkannya sesuai kerangka pemahamannya sendiri, seperti "Waktu yang lama berarti sampai Hari Raya". Oleh karena itu, waktu paling baik dijelaskan dalam hubungannya dengan suatu kejadian, seperti "Ibuku akan menjengukmu setelah kamu menghabiskan makan siangmu". Hindari kata-kata seperti "kemarin", "besok", "minggu depan" atau "Selasa" untuk mengekspresikan perkiraan waktu terjadinya suatu kejadian dan menghubungkan waktu dengan kejadian-kejadian harian yang diperkirakan akan terjadi dapat membantu anak mempelajari hubungan waktu sambil mengembangkan kepercayaan mereka pada prediksi orang lain.

Pemikiran anak prasekolah sering kali dijelaskan sebagai **pikiran magis**. Karena egosentrisme dan alasan transduktif mereka, mereka percaya bahwa pikiran adalah yang paling



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Latihan Berpikir Kritis

Permainan Imitatif

Di kamarnya, Juanita yang berumur 4 tahun sedang bermain dengan bonekanya. Ia berpura-pura bahwa salah satu bonekanya adalah "Ibu" dan berbicara di telepon: "Diamlah! Tidakkah kau lihat bahwa aku sedang sibuk? Ini telepon penting. Pergilah." Ia meletakkan telepon dan memilih boneka lain, memukulnya, dan menangis, "Kamu jahat. Ibu benci padamu."

Ibu Juanita, Ny. Ortiz, mendengar percakapan dalam permainan ini dan menyadari bahwa ia mengatakan hal yang sama dengan Juanita ketika sedang berbicara di telepon. Nasihat apa yang sebaiknya Anda berikan kepada Ny. Ortiz?

Pertama, Pikirkan Tentang ...

- Konsep atau ide apa yang menjadi sentral pemikiran Anda?
- Bagaimana Anda menerjemahkan informasi ini?

1. Yakinkan bahwa imitasi tersebut adalah aktivitas yang normal dan sehat pada anak usia 4 tahun.
2. Anjurkan supaya ia menggunakan perekam telepon agar ia bisa menjawab telepon pada saat yang lebih tepat.
3. Tanyakan mengenai reaksinya terhadap percakapan dalam permainan tadi dan diskusikan cara-cara yang mungkin dilakukan untuk menghindari situasi tersebut.
4. Rujuklah anak ke seorang psikolog untuk pengkajian lebih lanjut mengenai adanya konflik anak-ibu yang jelas.

Jawaban yang terbaik adalah nomor tiga. Anda ingin memperoleh manfaat dari kesadaran ibu mengenai pesan-pesan yang kemungkinan diungkapkan dalam permainan anak. Tujuan Anda juga memberdayakan orang tua untuk menemukan pilihan rasional yang mengakomodasi gaya hidupnya yang merupakan konsep penting dalam menjadi orang tua.

Meskipun perekam telepon bisa menjadi pilihan tetapi bukan yang terbaik. Juga, Anda mungkin menerjemahkan perilaku permainan ini khas untuk anak prasekolah, dan penjaminan prematur tidak akan mencapai sasaran atau penyelesaian. Pengkajian lebih lanjut perlu dilakukan sebelum menganjurkan rujukan.

mengasuh anak. Membuat daftar periksa dapat membantu mengevaluasi day care center secara sistematis dan membuat perbandingan dengan fasilitas lain.

Salah satu area yang semakin penting dalam memilih pusat asuhan anak adalah lembaga praktik kesehatan. Bukti

Latihan Berpikir Kritis

Teman Main Imaginer

Nyonya Petner menceritakan kepada Anda, sang perawat, bahwa anak perempuannya yang berumur 2½ tahun, Kimberley, memiliki teman main imajiner bernama Alison. Ia tidak terlalu memerhatikan mengenai hal ini sampai Kimberley mulai meletakkan piring di meja untuk Alison pada saat makan. Jawaban apa yang terbaik?

Pertama Pikirkan Tentang ...

- Apa tujuan pemikiran Anda?
- Apa yang dapat Anda terima sebagai jaminan, dan asumsi apa yang Anda buat?

1. "Ini perilaku yang sangat tidak biasa untuk anak pada usia ini dan menunjukkan karunia"
2. "Ini normal untuk anak di usia ini, dan boleh saja membiarkan ia memberi tempat pada teman main imajinernya."
3. "Paling baik jangan membiarkan Kimberley memasukkan teman main imajinernya dalam aktivitas seperti makan."
4. Penting bagi Kimberley untuk memisahkan realitas dari fantasi, dan diindikasikan untuk merujuk Kimberley ke profesional kesehatan mental."

Jawaban terbaik adalah dua. Teman main imajiner adalah normal pada usia ini dan memberi berbagai tujuan. Tujuan pemikiran kita adalah memberikan edukasi pada orang tua bahwa mereka dapat menerima kehadiran teman imajiner selama anak tidak menggunakan teman mainnya untuk menghindari hukuman atau tanggung jawab. Tidak perlu dilakukan rujukan. Meskipun asumsi bahwa kemungkinan anak ini mendapat karunia, perilaku yang satu ini tidak menunjukkan bahwa karunia tersebut benar.

penting memperlihatkan bahwa anak di day care centers, terutama yang berusia di bawah 3 tahun, lebih banyak menderita penyakit, terutama diare, hepatitis A, meningitis, otitis media, infeksi saluran pernapasan, dan Sitomegalovirus, daripada anak yang tidak dititipkan di day care centers (Rovers dkk, 1999).

Perawat memainkan peranan penting dalam pengontrolan infeksi. Perawat tidak hanya dapat memberikan nasihat kepada orang tua mengenai evaluasi praktik sanitasi pada pusat tersebut, tetapi mereka juga dapat mengambil peranan aktif dalam edukasi staf mengenai upaya untuk meminimalkan penularan infeksi (Lafontaine dan Bedard, 1997). Misalnya, pada pusat-pusat yang mengasuh anak yang belum mendapat toilet training, cara mengurangi kontaminasi lingkungan oleh urine dan feses merupakan isu penting mengenai pengontrolan infeksi (Gbr. 13-4).



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

mengkaji keterampilan artikulasi pada anak dan untuk menjelaskan kepada orang tua mengenai kemajuan suara yang diharapkan (lihat Apendiks C).

PENINGKATAN KESEHATAN OPTIMAL SELAMA MASA PRASEKOLAH*

NUTRISI

Kebutuhan nutrisi untuk anak prasekolah hampir sama dengan kebutuhan untuk anak toddler (U.S. Department of Agriculture, 1999). Kebutuhan kalori per unit berat badan terus menurun secara perlahan sampai 90 kkal/kg, untuk rata-rata asupan sekitar 1800 kalori per hari. Kebutuhan cairan juga menurun sedikit sekitar 100 ml/kg sehari tetapi bergantung pada tingkat aktivitas, kondisi cuaca, dan keadaan kesehatan. Kebutuhan protein adalah 1,2 g/kg, untuk rata-rata konsumsi harian 24 g (Food and Nutrition Board, 1989). Diet dengan sedikit rendah lemak direkomendasikan untuk anak prasekolah yang sehat (Williams dkk, 1998). Namun, penting agar diet tidak boleh sampai kekurangan nutrisi seperti kalsium (Shea dkk, 1993).

Beberapa anak prasekolah masih memiliki kebiasaan makan yang khas pada masa toddler, seperti makanan ringan dan memilih makanan yang berasa kuat. Ketika anak mencapai usia 4 tahun, mereka mulai memasuki periode lain dari keributan makan, yang biasanya khas pada anak yang berperilaku lebih pemberontak dan ceroboh pada kelompok usia ini. Pada usia 5 tahun anak menjadi lebih dapat menerima untuk mencoba makanan baru, terutama jika mereka didorong oleh orang dewasa yang memperbolehkan mereka membantu mempersiapkan makanan atau bereksperimen dengan rasa yang baru atau peralatan makan yang berbeda (Gbr. 13-6). Saat makan bisa menjadi medan peperangan bila orang tua terlalu berharap anak menjalankan tata cara makan dengan sempurna. Biasanya anak usia 5 tahun siap untuk sisi "sosial" makan, tetapi anak usia 3 atau 4 tahun masih mengalami kesulitan duduk dengan tenang sepanjang waktu makan keluarga yang lama.

Jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi anak kecil sangat bervariasi dari hari ke hari (Dennison, Rockwell, dan Baker, 1998). Konsekuensinya, orang tua kadang-kadang khawatir tentang kuantitas makanan yang dikonsumsi anak prasekolah. Secara umum, kualitas jauh lebih penting dari kuantitas, suatu fakta yang harus ditekankan selama konseling nutrisi. Beberapa bukti menunjukkan bahwa anak mengatur sendiri asupan kalori mereka. Apabila makanan mereka kurang dalam satu kali makan, mereka akan



GBR. 13-6 Anak usia prasekolah menikmati membantu orang dewasa dan lebih cenderung mencoba makanan baru jika mereka dapat membantu mempersiapkannya.

mengompensasi pada waktu makan berikutnya atau akan makan kudapan.

Salah satu pendekatan untuk mengurangi kekhawatiran orang tua ini adalah memberikan saran kepada orang tua untuk mencatat semua makanan yang dimakan anak setiap minggu. Khususnya, kebutuhan untuk mengukur jumlah makanan, seperti meninggalkan $\frac{1}{2}$ mangkuk sayuran, dan ditekankan untuk menyajikan jumlah makanan yang telah diukur kepada anak guna memperoleh perkiraan asupan makanan yang lebih akurat pada setiap kali makan. Biasanya pada akhir minggu, ketika mereka mencari di daftar makanan, orang tua terheran-heran tentang jumlah makanan yang dikonsumsi anak. Secara umum, anak prasekolah hanya mengonsumsi sedikit lebih banyak makanan dibandingkan anak toddler, atau sekitar setengah porsi dewasa.

TIDUR DAN AKTIVITAS

Pola tidur sangat bervariasi tetapi rata-rata anak prasekolah tidur sekitar 12 jam dalam semalam dan jarang tidur di siang hari. Tingkat aktivitas masih tetap tinggi, meskipun aktivitas yang tenang, seperti menonton televisi, semakin menarik perhatian dan bisa menjadi pengganti yang taksehat untuk permainan aktif. Kemampuan dan koordinasi motorik kasar pada anak prasekolah telah semakin meningkat sehingga memberikan mereka kesempatan untuk memainkan berbagai jenis olah raga, dengan catatan hanya pada tingkat pemula. Apakah anak kecil sudah boleh memulai latihan formal dalam suatu aktivitas pada usia dini ini masih kontroversial. Kesiapan anak untuk berpartisipasi dalam olah raga yang terorganisasi harus ditentukan secara individual. Keputusan harus didasarkan pada motivasi dan kesenangan anak (bukan orang tua). *American Academy of Pediatrics* mendorong permainan bebas, berbagai aktivitas fisik, dengan suasana non-kompetitif, dan menekankan pada kesenangan dan keamanan.

*Untuk pemahaman yang lebih komprehensif, pembaca dianjurkan untuk mempelajari pokok bahasan yang disajikan di Bab 12 di bawah Peningkatan Kesehatan Optimal Selama Masa Toddler.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Ames LB, Ilg FL: *Your five-year-old: sunny and serene*, New York, 1995, Delacorte Press.
- Blum NJ and others: Disciplining young children: the role of verbal instructions and reasoning, *Pediatrics* 96(2):336-341, 1995.
- DeTychey C: Comparative genetic approach to the study of body image of children from 4 to 14 years of age using the fairy tale of the ant, *Percept Mot Skills* 76(3):1179-1189, 1993.
- Dixon SD, Stein MT: *Encounters with children: pediatric behavior and development*, ed 3, St Louis, 1999, Mosby.
- Gesell A, Ilg FL, Ames LB, editor: *Infant and child in the culture of today: the guidance of development in home and nursery school*, Northvale, NJ, 1996, Jason Aronson.
- Holt JM, McDowell MJ: Developmental-behavioural problems in general paediatrics, *J Paediatr Child Health* 34(3):245-249, 1998.
- Kramer I, Schaefer-Hernan P: Patterns of fantasy play engagement across the transition to becoming a sibling, *J Child Psychol Psychiatry* 35(4):749-767, 1994.
- Lavigne JB and others: Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition, *Pediatrics* 91(3):649-655, 1993.
- Nucci L, Weber EK: Social interactions in the home and the development of young children's conceptions of the personal, *Child Dev* 66(5):1438-1452, 1995.
- Prior M and others: Sex differences in psychological adjustment from infancy to 8 years, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(2): 291-304, 1993.
- Rugg HA, Saltarelli LM: Exploratory play with objects: basic cognitive processes and individual differences, *New Dir Child Dev* (59):5-16, 1993.
- Shonkoff JP: Preschool. In Levine MD and others, editors: *Developmental-behavioral pediatrics*, ed 3, Philadelphia, 1999, WB Saunders.
- Teti DM and others: And baby makes four: predictors of attachment security among preschool-age firstborns during the transition to siblinghood, *Child Dev* 67(2):579-596, 1996.
- Young KT and others: Listening to parents: a national survey of parents with young children, *Arch Pediatr Adolesc Med* 152(3): 255-262, 1998.

PENGALAMAN DAY CARE, PRASEKOLAH, DAN TAMAN KANAK-KANAK

- American Academy of Pediatrics: The inappropriate use of school "readiness" tests, *Pediatrics* 95(3):437-438, 1995.
- Byrd RS, Weitzman ML: Predictors of early grade retention among children in the United States, *Pediatrics* 93(3):481-487, 1994.
- Casey PH, Evans LD: School readiness: an overview for pediatricians, *Pediatr Rep* 14(1):4-10, 1993.
- Douglas J: Preschool problems, *Br J Hosp Med* 57(4):145-147, 1997.
- Kvaerner KJ and others: Early acute otitis media and siblings' attendance at nursery, *Arch Dis Child* 75(4):338-341, 1996.
- Laike T: The impact of daycare environments on children's mood and behavior, *Scand J Psychol* 38(3):209-218, 1997.
- Oberklaid F and others: Predicting preschool behavior problems from temperament and other variables in infancy, *Pediatrics* 91(1): 113-120, 1993.

SEKSUALITAS DAN PENDIDIKAN SEKS

- American Academy of Pediatrics, Committee on Children with Disabilities: Sexuality education of children and adolescents

with developmental disabilities, *Pediatrics* 97(2):275-278, 1996.

- Childhood sexuality: myths and dilemmas, *It Med J* 90(3):94, 1997.
- DeFietas C: *Keys to your child's sexuality*, Hauppauge, NY, 1998, Barron's Educational Series.
- Martinsen FM: *The sexual life of children*, Westport, CT, 1994, Bergin & Garvey.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC: *Human sexuality*, ed 5, Reading, MA, 1995, Addison-Wesley.

KETAKUTAN DAN AGRESI

- Bouldin P, Pratt C: Utilizing parent report to investigate young children's fears: a modification of the Fear Survey Schedule for Children. II. A research note, *J Child Psychol Psychiatry* 39(2): 271-277, 1998.
- Constantino JN and others: Testosterone and aggression in children, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(6):1217-1222, 1993.
- Kafantaris V and others: Assessment of children with the overt aggression scale, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 8(2):186-193, 1996.

WICARA DAN BAHASA

- Pastore DR: Stuttering. In Hoekelman R and others, editors: *Primary pediatric care*, ed 3, St Louis, 1997, Mosby.
- Tamis-LeMonda CS, Chen LA, Bornstein MH: Mothers' knowledge about children's play and language development: short-term stability and interrelations, *Dev Psychol* 34(1):115-124, 1998.
- Whitchurst GJ, Fischel JE: Practitioner review: early developmental language delay: what, if anything, should the clinician do about it? *J Child Psychol Psychiatry* 35(4):613-648, 1994.

MASALAH TIDUR

- Adair RH, Bauchner H: Sleep problems in childhood, *Curr Probl Pediatr* 23(4):147-170, 1993.
- Blum NJ, Carey WB: Sleep problems among infants and young children, *Pediatr Rev* 17(3):87-92, 1996.
- Cohen GJ, editor: *Guide to your child's sleep*, Elk Grove, IL, 2000, American Academy of Pediatrics.
- Glore ER, Hibel J: The parasomnias of childhood, *J Pediatr Health Care* 7(1):12-16, 1993.
- Mindell JA: Sleep disorders in children, *Health Psychol* 12(2):151-162, 1993.

PENCEGAHAN CEDERA

- American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention: Selecting and using the most appropriate car safety seats for growing children: guidelines for counseling parents, *Pediatrics* 97(5):761-762, 1996.
- Bernhart DT, Landry GL: Sports injuries in young athletes, *Adv Pediatr* 42:465-500, 1995.
- Buckley SL: Sports injuries in children, *Curr Opin Pediatr* 6(1):80-84, 1994.
- Harding AM, Camp JH: Traumatic injuries in the preschool child, *Dent Clin North Am* 39(4):817-835, 1995.
- Glik DC and others: Safety hazards in households with young children, *J Pediatr Psychol* 18(1):115-131, 1993.
- Stryer BIK, Tofler IF, Laphchik K: A developmental overview of child and youth sports in society, *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 7(4):697-724, 1998.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



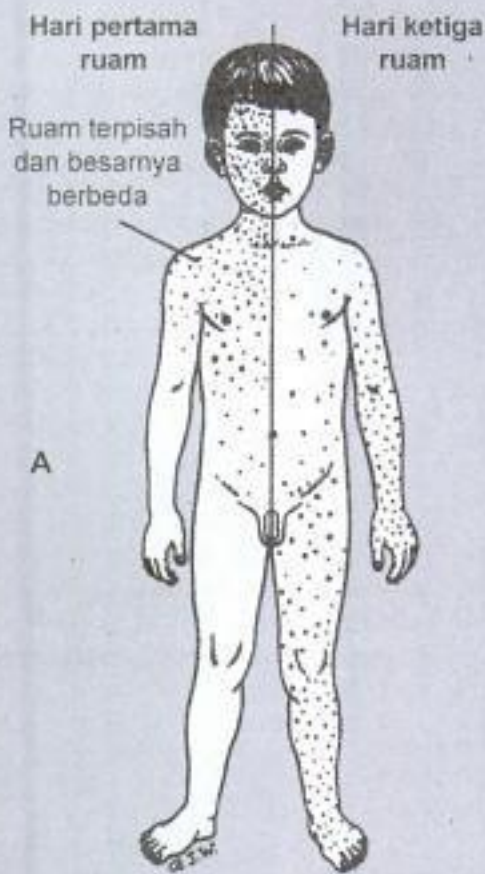
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 14-1 PENYAKIT MENULAR PADA MASA KANAK-KANAK (lanjutan)

PENYAKIT

	PERTUSIS (BATUK REJAN) Transmisi: Kontak langsung atau penyebaran droplet dari orang yang terinfeksi; kontak tidak langsung dengan barang-barang yang baru saja terkontaminasi Masa inkubasi: 6-20 hari; biasanya 7-10 hari Masa penularan: Tertinggi selama stadium katar sebelum awitan paroksismal dan dapat memanjang sampai empat minggu setelah awitan paroksismal
	POLIOMIELITIS Agens: Enterovirus, tiga tipe: tipe 1—paling sering menyebabkan paralisis, baik endemik maupun epidemik; tipe 2—paling jarang berhubungan dengan paralisis; tipe 3—paling sering kedua yang berhubungan dengan paralisis Sumber: Feses dan sekresi orofaringeal orang yang terinfeksi, terutama anak kecil Transmisi: Kontak langsung dengan orang yang menderita infeksi aktif tampak maupun tidak tampak; menyebar melalui fekal-oral dan rute faringeal-orofaringeal Masa inkubasi: Biasanya 7-14 hari, dengan kisaran 5-35 hari Masa penularan: Tidak diketahui pasti; virus terdapat di tenggorokan dan feses segera setelah infeksi dan menetap selama sekitar 1 minggu di tenggorokan dan 4-6 minggu di feses
Gbr. 14-5 Rubela (Campak Jerman). A, Perkembangan ruam. B, Gambaran klinis. (Dari Zitelli BJ, Davis HW: Atlas of pediatric physical diagnosis, ed 3, St Louis, 1997, Mosby; seizin Dr. Michael Sherlock.)	RUBELA (CAMPAN JERMAN) Agens: Virus rubella Sumber: Terutama sekresi nasofaring dari orang yang menderita infeksi jelas atau tidak jelas; virus juga terdapat dalam darah, feses, dan urine Transmisi: Kontak langsung dan penyebaran melalui orang yang terinfeksi; secara tidak langsung tersebar melalui benda-benda yang baru saja terkontaminasi sekresi nasofaring, feses, atau urine Masa inkubasi: 14-21 hari Masa penularan: 7 hari sebelum sampai sekitar 5 hari setelah munculnya ruam



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN Anak yang Mendapat Perlakuan Salah

DIAGNOSIS KEPERAWATAN: Risiko trauma yang berhubungan dengan karakteristik anak, pemberi asuhan, lingkungan

Tujuan 1: Pasien tidak lagi mengalami penganiayaan atau pengabaian

Intervensi Keperawatan/Rasional

- Implementasikan upaya untuk mencegah penganiayaan:
 - Laporkan hal-hal mencurigakan ke pihak berwenang
 - Bantu memindahkan anak dari lingkungan tidak aman dan tempatkan ke dalam lingkungan yang aman
 - Tetapkan upaya perlindungan bagi anak yang dirawat di rumah sakit sesuai indikasi untuk mencegah berlanjutnya penganiayaan di rumah sakit
- Rujuk keluarga ke lembaga sosial untuk mendapat bantuan finansial, makanan, pakaian, perumahan, dan perawatan kesehatan untuk membantu mencegah pengabaian.
- Buat selalu catatan yang faktual dan objektif untuk dokumentasi, meliputi:
 - Kondisi fisik anak
 - Respons perilaku anak terhadap orang tua, orang lain, dan lingkungan
 - Wawancara anggota keluarga
- Bekerja sama dalam upaya tim multidisiplin untuk mengevaluasi kemajuan anak secara berkelanjutan di panti penampungan atau ketika kembali ke keluarga sendiri
- Waspada tanda-tanda berlangsungnya penganiayaan atau pengabaian
- Bantu orang tua mengidentifikasi situasi yang mencetuskan tindakan penganiayaan dan cara alternatif untuk melepaskan kemarahan selain dengan menyerang anak
- Rujuk ke penempatan alternatif jika diindikasikan untuk mencegah cedera atau pengabaian lebih lanjut

Hasil yang Diharapkan

Anak tidak mengalami cedera atau pengabaian lebih lanjut

DIAGNOSIS KEPERAWATAN: Ketakutan/ansietas yang berhubungan dengan interaksi interpersonal yang negatif, perlakuan salah berulang kali, ketidakberdayaan, potensial kehilangan orang tua

Tujuan 1: Pasien mengalami pengurangan atau penurunan ansietas dan stres

Intervensi Keperawatan/Rasional

- Berikan pemberi asuhan dan lingkungan terapeutik yang konsisten selama hospitalisasi untuk meredakan stres anak dan menjadi model peran bagi keluarga
- Tunjukkan penerimaan terhadap anak dan tidak mengharapkan balasan
- Perlihatkan perhatian tetapi tidak mendukung tingkah laku yang tidak benar, karena semua anak memiliki kebutuhan ini

Rencanakan aktivitas yang tepat untuk menarik perhatian dengan perawat, orang dewasa lain, dan anak lain; gunakan permainan untuk membentuk hubungan

Puji kemampuan anak untuk meningkatkan harga diri

Perlakukan anak sebagai orang yang memiliki masalah fisik khusus yang memerlukan hospitalisasi, bukan sebagai korban "penganiayaan"

Hindari mengajukan terlalu banyak pertanyaan, karena dapat menjengkelkan anak dan memengaruhi penyelidikan yang dilakukan profesional lain

Gunakan permainan, terutama aktivitas keluarga atau rumah boneka, untuk menyelidiki tipe hubungan yang didapatkan anak

Sediakan satu orang yang konsisten berhubungan dengan anak berkenaan dengan kejadian penganiayaan sehingga anak tidak terbebani

Bantu anak berduka karena kehilangan orang tua jika hak asuh orang tua diakhiri karena anak mungkin terlalu terikat dengan orang tua meskipun mereka disiksa

Dorong anak membicarakan perasaannya terhadap orang tua dan penempatannya di masa depan untuk memfasilitasi koping

Dorong perkenalan dengan orang tua angkat sebelum penempatan jika mungkin untuk memberi waktu anak menyesuaikan diri

Hasil yang Diharapkan

Anak hanya minimal atau tidak memperlihatkan bukti distress
Anak terlibat dalam hubungan positif dengan pemberi asuhan
Anak berduka karena kehilangan orang tua

DIAGNOSIS KEPERAWATAN: Perubahan peran menjadi orang tua yang berhubungan dengan karakteristik anak, pemberi perawatan, atau situasi yang mencetuskan perilaku penganiayaan

Tujuan 1: Pasien (Keluarga) memperlihatkan bukti interaksi positif dengan anak

Intervensi Keperawatan/Rasional

Identifikasi keluarga mengenai risiko kemungkinan terjadinya tindakan penganiayaan sehingga intervensi yang tepat dapat diberikan

Tingkatkan keterikatan orang tua terhadap anak, karena semua anak memiliki kebutuhan ini

Tekankan praktik perawatan anak, terutama metode disiplin yang efektif, karena orang tua mungkin tidak memiliki pengetahuan mengenai metode disiplin yang tidak mengandung kekerasan

Tingkatkan perasaan adekuat dan harga diri orang tua

Dorong sistem pendukung yang mengurangi stres dan total tanggung jawab pengasuhan anak pada salah satu atau kedua orang tua

Ajari anak untuk mengenali situasi yang menempatkannya pada risiko penganiayaan seksual dan ajarkan respons asertif untuk mencegah penganiayaan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Anderson CL: The parenting profile assessment: screening for child abuse, *Appl Nurs Res* 6(1):31-33, 1993.
- Andrews AB: Developing community systems for the primary prevention of family violence, *Fam Community Health* 16(4):1-9, 1994.
- Baldwin MA: Munchausen syndrome by proxy: neurological manifestations, *J Neurosci Nurs* 26(1):18-23, 1994.
- Berenson AB: Appearance of the hymen at birth and one year of age: a longitudinal study, *Pediatrics* 91(4):820-825, 1993.
- Bools C, Neale B, Meadow R: Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology, *Child Abuse Negl* 18(9):773-788, 1994.
- Bryk M, Siegel PT: My mother caused my illness: the story of a survivor of Munchausen syndrome by proxy, *Pediatrics* 100(1):1-7, 1997.
- Crouse KA: Munchausen syndrome by proxy: recognizing the victim, *Pediatr Nurs* 18(3):249-252, 1992.
- Davis P and others: Procedures, placement, and risks of further abuse after Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation, *Arch Dis Child* 78(3):217-221, 1998.
- Dubowitz H, Black M, Harrington D: The diagnosis of child sexual abuse, *Am J Dis Child* 146(6):688-693, 1992.
- Fleming J, Mullen P, Bammer G: A study of potential risk factors for sexual abuse in children, *Child Abuse Negl* 21(1):49-58, 1997.
- Greipp ME: Ethical decision making and mandatory reporting in cases of suspected child abuse, *J Pediatr Health Care* 11(6):258-265, 1997.
- Hochhauser KG, Richardson RA: Munchausen syndrome by proxy: an exploratory study of pediatric nurses' knowledge and involvement, *J Pediatr Nurs* 9(5):313-320, 1994.
- Kemper KJ and others: Screening for maternal experiences of physical abuse during childhood, *Clin Pediatr* 33(6):333-339, 1994.
- Kendall-Tackett KA, Eckenrode J: The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: a developmental perspective, *Child Abuse Negl* 20(3):161-169, 1996.
- Krugman SD, Wissow LS, Krugman RD: Facing facts: child abuse and pediatric practice, *Contemp Pediatr* 15(8):131-144, 1998.
- Leavitt F: False attribution of suggestibility to explain recovered memory of childhood sexual abuse following extended amnesia, *Child Abuse Negl* 21(3):265-272, 1997.
- Lesniak LP: Penetrating the conspiracy of silence: identifying the family at risk for incest, *Fam Community Health* 16(2):66-76, 1993.
- Levin AV, Sheridan MS: *Munchausen syndrome by proxy: issues in diagnosis and treatment*, New York, 1995, Lexington Books.
- McCann J and others: Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse: a descriptive study, *Child Abuse Negl* 13:179-193, 1989.
- McCann J and others: Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study, *Pediatrics* 86(3):428-439, 1990.
- Middleton C: Controversy ... in best interests of the child! *Child Care Health Dev* 21(4):271-285, 1995.
- Scales JW and others: Skin lesions that mimic abuse, *Contemp Pediatr* 16(1):136-145, 1999.
- Steward MS, Steward DS: Interviewing young children about body touch and handling, *Monogr Soc Res Child Dev* 61(4-5):1-214, 1996.
- Tyagi Ak and others: Can convulsions alone cause retinal hemorrhages in infants? *Br J Ophthalmol* 82:659-660, 1998.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Mereka menghargai orang dewasa yang dapat mereka jadikan tempat bersandar untuk mencegah mereka dari tindakan pada setiap desakan. Anak-anak merasakan perilaku ini sebagai sebuah ekspresi cinta dan perhatian untuk kesejahteraan mereka.

Anak-anak juga memerlukan orang tuanya sebagai orang dewasa, bukan sebagai teman. Kadang-kadang, orang tua yang terluka akibat penolakan anak-anak mereka, berupaya untuk mempertahankan cinta dan senang dengan menerima peran sebagai "teman". Anak-anak memerlukan kekuatan yang stabil dan aman yang disediakan oleh orang dewasa yang telah matang, sebagai tempat anak dapat berpaling selama terdapat masalah dalam hubungan dengan teman sebaya atau perubahan yang membuat anak tertekan dalam dunianya. Selama adanya gangguan dalam kehidupan anak, seperti saat mengalami kegagalan, periode penyakit, atau saat pindah rumah yang memisahkan anak dari teman-temannya, anak-anak memerlukan perhatian orang tua sebagai tempat berlindung yang aman dan kokoh. Dengan dasar kasih sayang keluarga yang pasti, anak mampu mengembangkan kepercayaan diri dan kematangan yang dibutuhkan untuk menghilangkan perasaan kehilangan dari kelompok dan berdiri secara mandiri.

Bermain

Pada saat anak-anak memasuki masa sekolah, permainan anak menggunakan dimensi baru yang merefleksikan tingkat perkembangan anak yang baru. Bermain tidak hanya meningkatkan keterampilan fisik, kemampuan intelektual, dan fantasi anak tetapi juga mengembangkan rasa memiliki terhadap tim atau klubnya pada saat mereka membentuk kelompok atau klik. Rasa memiliki kelompok merupakan bagian yang sangat penting; klub, perkumpulan rahasia, dan organisasi seperti pramuka adalah bagian budaya pada masa kanak-kanak.

Peraturan dan ritual. Kebutuhan untuk konformitas pada masa kanak-kanak pertengahan yang dimanifestasikan dengan sangat kuat dalam aktivitas dan permainan sangat penting untuk kehidupan anak-anak usia sekolah. Untuk memenuhi kebutuhan ini, mereka bermain permainan, baik permainan yang dilakukan oleh mereka sendiri maupun bermain dengan ditemani oleh seorang teman atau orang dewasa, dan peraturan-peraturan kurang atau lebih dikembangkan dalam permainan. Pada masa ini anak mulai melihat kebutuhan terhadap peraturan, dan permainan yang dimainkan memiliki peraturan tertentu dan tidak bervariasi yang mungkin tampak aneh dan sangat kaku (terutama peraturan yang dibuat oleh kelompok).

Konformitas dan ritual terserap ke dalam permainan anak-anak usia sekolah. Tidak hanya tampak dalam permainan, tetapi juga terbukti pada banyak perilaku dan bahasa anak. Masa kanak-kanak penuh dengan nyanyian dan ejekan. Anak-anak memperoleh kesenangan dan kekuasaan dari aktivitas tersebut, yang telah diturunkan dengan beberapa perubahan pada setiap generasi.

Permainan tim. Bentuk permainan yang lebih kompleks—yang berkembang dari kebutuhan untuk berinter-



GBR. 15-5 Memilih buku dengan bantuan orang dewasa.

aksi dengan teman sebaya—adalah permainan tim dan olah raga yang merupakan bagian awal masa sekolah. Peraturan seperti dalam permainan mungkin memerlukan kehadiran seorang pengawas, wasit, atau individu yang berwenang sehingga peraturan dapat diikuti secara lebih akurat. Permainan tim mengajarkan anak untuk memodifikasi atau mengubah tujuan pribadi menjadi tujuan kelompok dan bahwa konsep pembagian kerja merupakan strategi yang efektif untuk mencapai tujuan. Mereka belajar tentang sifat dasar persaingan dan pentingnya kemenangan—merupakan sesuatu yang sangat berharga di Amerika Serikat.

Permainan tim juga dapat berperan terhadap pertumbuhan hubungan sosial, intelektual, dan keterampilan anak. Anak akan bekerja keras untuk mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan agar diterima menjadi anggota tim, untuk meningkatkan kontribusi mereka terhadap usaha kelompok dan untuk mengantisipasi akibat dari perilaku mereka bagi kelompok. Permainan tim membantu menstimulasi pertumbuhan kognitif karena anak terpacu untuk mempelajari banyaknya peraturan yang kompleks, membuat penilaian tentang peraturan tersebut, merencanakan strategi, dan mengkaji kekuatan dan kelemahan para anggota tim dan anggota tim lawan mereka.

Permainan dan aktivitas yang tenang.

Walaupun permainan anak-anak usia sekolah sangat aktif, mereka juga menikmati banyak aktivitas yang tenang dan dilakukan seorang diri. Tahun-tahun pertengahan adalah waktu untuk mengoleksi, yang merupakan bentuk lain ritual. Koleksi anak usia sekolah yang lebih kecil adalah bermacam-macam benda aneh yang tidak saling berhubungan ditumpuk secara tidak teratur dan berantakan. Koleksi anak pada tahun-tahun akhir masa sekolah menjadi lebih rapi dan selektif, dan teratur dengan rapi dalam buku tempel, pada rak, atau dalam kotak.

Anak usia sekolah sangat tertarik dengan permainan papan atau kartu yang semakin rumit—seperti monopoli



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

untuk bergerak dari hubungan keluarga yang sempit dan terlindungi ke dunia hubungan yang lebih luas dan mandiri. Orang tua harus belajar memberi dukungan yang sedapat mungkin tidak mengganggu tanpa merasa ditolak, terluka atau marah. Perawat dapat membantu orang tua anak usia

sekolah dengan memberikan panduan antisipasi dan meyakinkan orang tua bahwa anak harus melalui periode ini untuk perkembangan dan kematangannya (lihat Kotak Asuhan Keluarga di Rumah, di halaman ini).

TABEL 15-2 PENCEGAHAN CEDERA SELAMA MASA USIA SEKOLAH

KEMAMPUAN PERKEMBANGAN YANG TERKAIT DENGAN RISIKO CEDERA	PENCEGAHAN CEDERA
Meningkatnya aktivitas di luar rumah Merasa sangat senang dengan pergerakan dan kecepatan Sangat mudah terdistraksi oleh lingkungan Dapat menjelaskan sesuatu	Kecelakaan kendaraan bermotor Mengajarkan anak tentang penggunaan sabuk pengaman yang tepat saat mengendarai atau menumpang suatu kendaraan Mempertahankan disiplin pada saat menumpang dalam kendaraan (mis., tidak mengeluarkan tangan ke luar kendaraan, tidak bersandar di pintu mobil atau mengganggu supir) Ingatkan orang tua dan anak agar tidak menaiki tempat tidur yang sedang berada di atas truk terbuka Tekankan perilaku pejalan kaki yang aman Paksa anak untuk mengenakan perlengkapan pengaman (mis., helm) yang tersedia, seperti ketika mengendarai sepeda, sepeda motor, sepeda motor dengan cc rendah, atau sepeda motor kecil dengan ban besar (lihat kotak Asuhan Keluarga di Rumah, halaman 579, bagian kanan atas)
Cenderung melakukan sesuatu secara berlebihan Anak dapat bekerja keras untuk menyempurnakan keterampilannya Berhati-hati tetapi tidak merasa takut melakukan aktivitas motorik kasar Senang berenang	Tenggelam Ajarkan anak berenang Ajarkan peraturan dasar keselamatan di air Pilih tempat berenang yang aman dan dapat diawasi Periksa kedalaman air yang cukup untuk menyelam Mendampingi anak ketika berenang Gunakan alat pengapung yang telah diakui di dalam air atau di atas perahu Anjurkan penerapan peraturan untuk membuat pagar di sekitar kolam Pelajari RJP (resusitasi jantung paru)
Kemandirian anak meningkat Senang berpetualang Menikmati mencoba hal-hal yang baru	Luka bakar Pastikan bahwa alat pendeteksi asap tersedia di dalam rumah Atur pemanas air sampai 48,9°C untuk menghindari terjadinya luka bakar akibat air panas Latih perilaku anak ketika berada di area yang berhubungan dengan kemungkinan bahaya terbakar (mis., bensin, korek api, api untuk memasak atau alat pemanggang, cairan korek api, petasan, pematik rokok, peralatan masak, peralatan kimia); hindari memanjat atau menerbangkan layangan di sekitar kabel bertegangan tinggi Latih anak perilaku yang harus dilakukan ketika terjadi kebakaran (mis., memadamkan api di rumah dan sekolah) Ajarkan anak cara memasak yang aman (menggunakan panas yang rendah, hindari semua tindakan menggoreng, berhati-hati agar tidak terbakar oleh uap panas, tersiram air panas, atau terkena masakan yang meletup, terutama dari peralatan pemanggang (<i>microwave</i>))
Terikat dengan peraturan kelompok Mudah dipengaruhi oleh teman sebaya Memiliki kesetiaan yang kuat terhadap teman	Keracunan Ajarkan anak tentang bahaya mengosumsi obat-obatan dan zat kimia tanpa resep, termasuk aspirin dan alkohol Ajarkan anak untuk berkata "tidak" jika ditawarkan obat-obatan ilegal atau yang berbahaya, atau alkohol Letakkan produk-produk yang berpotensi berbahaya dalam wadah yang diberi label dengan tepat, lebih baik diletakkan jauh dari jangkauan anak-anak

berlanjut



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

penuh dapat berlangsung dari 1½ sampai 6 tahun untuk remaja putri; kematangan genitalia pria memerlukan waktu 2 sampai 5 tahun untuk mencapai ukuran dewasa. Tahap perkembangan karakteristik seks sekunder dan perkembangan genital telah ditetapkan sebagai panduan untuk memperkirakan kematangan seksual dan sering disebut sebagai **Tahap Tanner**. Urutan yang biasanya tampak pada perubahan kematangan disajikan dalam Kotak 16-1.

Kematangan seksual pada anak perempuan. Pada kebanyakan remaja putri, indikasi awal pubertas adalah tampaknya tonjolan payudara, yang dikenal sebagai **telarke**, terjadi pada usia antara 9 dan 13½ tahun (Gbr. 16-1). Kondisi ini diikuti dengan pertumbuhan rambut pubis pada mons pubis sekitar 2 sampai 6 bulan, yang dikenal sebagai **adrenarke** (Gbr. 16-2). Pada sebagian kecil remaja putri yang sedang berkembang secara normal, rambut pubis dapat tumbuh mendahului perkembangan payudara.

Awal munculnya menstruasi, atau **menarke**, terjadi sekitar 2 tahun setelah penampakan perubahan pubertas pertama, kira-kira 9 bulan setelah kecepatan pertumbuhan tinggi badan dan 3 bulan setelah kecepatan pertumbuhan berat badan mencapai puncaknya. Menarke telah dikaitkan dengan perolehan kandungan lemak tubuh (lebih banyak kandungan lemak, lebih awal terjadinya menarke), walaupun hal ini bersifat kontroversial. Rentang usia normal terjadinya menarke biasanya adalah 10½ sampai 15 tahun, dengan usia rata-rata yaitu 12 tahun 9½ bulan pada remaja putri Amerika Utara. Awal periode menstruasi biasanya sedi-

KOTAK 16-1 URUTAN UMUM PERUBAHAN KEMATANGAN

REMAJA PUTRI

Perubahan payudara
Pertambahan berat badan dan tinggi badan yang cepat
Pertumbuhan rambut pubis
Penampakan rambut aksila
Menstruasi (biasanya dimulai pada 2 tahun setelah munculnya tanda pertama pubertas)
Perlambatan pertumbuhan linear yang tiba-tiba

REMAJA PUTRA

Pembesaran testis
Tumbuhnya rambut pubis, rambut aksila, kumis, bulu pada wajah, dan bagian tubuh lainnya (rambut pada wajah biasanya muncul kira-kira 2 tahun setelah penampakan rambut pubis)
Pertambahan tinggi badan yang cepat
Perubahan dalam laring dan kemudian suara (biasanya terjadi bersamaan dengan pertumbuhan penis)
Emisi nokturnal
Perlambatan pertumbuhan linear yang tiba-tiba

kit, tidak teratur, dan anovulasi. Ovulasi dan periode menstruasi yang teratur biasanya terjadi 6 sampai 14 bulan setelah menarke remaja putri dianggap mengalami **keterlambatan pubertas** jika perkembangan payudara tidak terjadi sampai usia 13 tahun atau jika menarke tidak terjadi dalam 4 tahun setelah awitan tumbuhnya payudara.



GBR. 16-2 Pertumbuhan rambut pubis pada remaja putri—rentang usia rata-rata untuk tahap 2 sampai 5 adalah 11 sampai 14 tahun. (Dimodifikasi dari Marshall WA, Tanner JM: Arch Dis Child 44:291, 1969; dan Daniel WA, Paulshock BZ: Patient Care, hlm. 122-124, 13 Mei 1979.)



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 16-1 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN SELAMA MASA REMAJA

MASA REMAJA AWAL (11-14 TAHUN)	MASA REMAJA PERTENGAHAN (15-17 TAHUN)	MASA REMAJA AKHIR (18-20 TAHUN)
PERTUMBUHAN Laju pertumbuhan terjadi dengan cepat Puncak kecepatan pertumbuhan Karakteristik seks sekunder muncul	Pertumbuhan melambat pada remaja putri Tinggi badan mencapai 95% tinggi badan dewasa Karakteristik seks sekunder berkembang dengan baik	Matang secara fisik Pertumbuhan struktur dan reproduktif hampir lengkap
KOGNITIF Mengeksplorasi kemampuan yang baru ditemukan tentang pikiran abstrak yang terbatas Mencari-cari dengan canggung nilai-nilai dan energi yang baru Membandingkan "normalitas" dengan teman sebaya yang sejenis	Perkembangan kemampuan untuk berpikir abstrak Menikmati kekuatan intelektual, sering kali sesuai dengan idealis Perhatian terhadap masalah filosofi, politik, dan sosial	Memperlihatkan pemikiran abstrak Dapat menerima dan bertindak pada rentang pilihan yang luas Mampu memandang suatu masalah secara komprehensif Penetapan identitas intelektual dan fungsional
IDENTITAS Merasa senang dengan perubahan tubuh yang cepat Mengujicobakan berbagai peran Pengukuran daya tarik berdasarkan penerimaan atau penolakan teman sebaya Penyesuaian dengan norma-norma kelompok	Memodifikasi citra tubuh Sangat berfokus pada diri sendiri: narsisme meningkat Cenderung melihat pada pengalaman dari dalam dan hasil temuan sendiri Kaya dengan fantasi kehidupan idealis Mampu menerima implikasi di masa depan terhadap perilaku dan keputusan saat ini; penerapannya beragam	Definisi citra tubuh dan peran gender hampir diperoleh Identitas seksual telah matang Fase konsolidasi identitas Stabilitas harga diri Nyaman dengan pertumbuhan fisik Peran sosial didefinisikan dan dilaksanakan dengan baik
HUBUNGAN DENGAN ORANG TUA Mendefinisikan batasan kemandirian-kebergantungan Keinginan kuat untuk tetap bergantung pada orang tua sementara mencoba untuk terpisah dari orang tua Tidak ada konflik besar yang terjadi di bawah kontrol orang tua	Konflik utama terjadi pada kemandirian dan pengendalian Hubungan orang tua dan anak berada pada titik rendah Dorongan terbesar untuk bebas; pemutusan hubungan Pelepasan emosional akhir dan bersifat ireversibel dari orang tua	Perpisahan emosional dan fisik dari orang tua telah dicapai Mandiri dari keluarga dengan sedikit konflik Kebebasan hampir dicapai
HUBUNGAN DENGAN TEMAN SEBAYA Mencari kelompok sebaya untuk menghadapi ketidakstabilan yang disebabkan oleh perubahan yang cepat Meningkatnya kedekatan, persahabatan yang ideal dengan anggota lain yang sejenis Berebut kekuasaan terjadi di dalam kelompok teman sebaya	Kebutuhan identitas yang kuat untuk memperkuat citra diri Standar perilaku yang ditetapkan oleh kelompok Penerimaan teman sebaya sangat penting—takut ditolak Mengeksplorasi kemampuan untuk menarik perhatian teman lawan jenis	Kelompok teman sebaya tidak lagi penting dalam hubungan individu Menguji coba hubungan antara pria-wanita terhadap kemungkinan hubungan yang permanen Hubungan dicirikan dengan memberi dan berbagi
SEKSUALITAS Mengeksplorasi dan mengevaluasi dirinya Kencan terbatas, biasanya kelompok Keintiman terbatas	Berhubungan dengan orang banyak Keyakinan untuk kecenderungan heteroseksual (homoseksual diketahui pada saat ini) Eksplorasi terhadap "daya tarik seks" Perasaan "jatuh cinta" Membangun hubungan sementara	Membentuk hubungan yang stabil dan perlekatan kepada orang lain Pertumbuhan kapasitas untuk bersama dan menjalani hubungan timbal balik Berkencan sebagai pasangan pria-wanita Keintiman lebih melibatkan komitmen daripada eksplorasi dan romantisisme



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

perawat, terutama perawat sekolah, sebagai individu yang memiliki informasi penting dan orang yang bersedia mendiskusikan seks dengan mereka. Untuk dapat mendiskusikan topik ini secara adekuat, perawat tidak hanya harus memahami aspek-aspek fisiologi seksualitas dan mengetahui nilai-nilai budaya dan masyarakat, tetapi juga menyadari perilaku, perasaan, dan kerancuan-kerancuan tentang seksualitas yang ada dalam diri mereka sendiri.

Informasi yang komprehensif mengenai penyuluhan seksualitas ditawarkan oleh **Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)**[†] dan **Sex Information and Education Council of Canada (SIEC CAN)**.[‡] SIECUS mempertahankan pendapat bahwa setiap program pendidikan seks harus disertai topik dari enam aspek, yaitu: biologis, sosial, kesehatan, penilaian dan perilaku personal, asosiasi interpersonal, dan pembentukan nilai-nilai.

Terdapat sedikit perbedaan cara perawat dalam memberikan penyuluhan pada remaja secara individu, berdasarkan kelompok-kelompok campuran, atau dalam kelompok berdasarkan gender. Idealnya, remaja putra dan remaja putri harus dapat mendiskusikan seksualitas secara objektif satu sama lain dan di dalam kelompok, tetapi hal ini tidak selalu memungkinkan. Perbedaan dalam laju kematangan antara remaja putra dan remaja putri serta antara anggota-anggota kelompok lainnya yang sejenis sering kali menciptakan diskusi yang menarik untuk membicarakan aspek-aspek seksualitas tertentu dalam kelompok terpisah. Seperti kebiasaan umum, kebutuhan untuk memisahkan kelompok-kelompok diskusi berkurang seiring dengan perkembangan remaja ke arah kematangan.

Penyuluhan seksualitas harus terdiri atas pengajaran mengenai fungsi tubuh yang normal dan harus dipresentasikan dengan perilaku jujur serta menggunakan terminologi yang benar. Ketika mendiskusikan aktivitas seks dan seksual, perawat harus menggunakan bahasa yang sederhana tetapi benar, bukan bahasa jargon, istilah-istilah yang sangat ilmiah, atau bahasa jargon. Setelah istilah-istilah biologis seperti *uterus*, *testis*, dan *vagina* dapat dimengerti, banyak remaja yang lebih memilih untuk menggunakan istilah-istilah tersebut dalam diskusi mereka.

Banyak remaja putri yang telah mencapai menarke memiliki perilaku ambivalen, memercayai adanya mitos, dan kepercayaan-kepercayaan yang tidak rasional. Bahkan remaja putri yang telah mempersiapkan diri dengan adekuat untuk terjadinya menstruasi tidak selalu memahami hubungannya dengan proses reproduksi secara keseluruhan. Banyak yang memercayai bahwa waktu yang "aman" untuk melakukan hubungan seksual adalah pada saat pertengahan periode menstruasi.

Rasa keingintahuan dan keinginan remaja terhadap informasi meluas sampai melebihi kebutuhan untuk pengetahuan anatomi dan fisiologi. Mereka ingin mengetahui lebih dari mekanisme konsepsi, kehamilan, dan kelahiran.

Remaja, terutama remaja putri, ingin menjawab pertanyaan antara lain "Seperti apa rasanya?" "Apakah sakit?" "Apa yang terjadi jika...." dan "Apakah tidak apa-apa jika kamu....?" Remaja putra sering kali khawatir dengan pendapat yang keliru bahwa terdapat hubungan antara ukuran penis dan fungsi seksual. Mereka memerlukan kepastian bahwa masturbasi adalah normal dan merupakan praktik yang biasa terjadi, bahwa beberapa tingkat homoseksualitas merupakan hal yang umum pada masa remaja awal, dan bahwa hubungan oral-genital dapat menjadi pengganti normal senggama.

Remaja perlu untuk mendiskusikan senggama, metode alternatif untuk kepuasan seksual, dan cara untuk melawan tekanan dari teman sebaya. Dengan meningkatnya insidensi penyakit menular seksual, terutama infeksi HIV, topik "seks yang aman", terutama pantangan atau penggunaan kondom dan pemantangan, merupakan hal yang penting. Bermain peran membantu remaja mempelajari pendekatan yang efektif untuk menghadapi situasi yang sulit. Seks dan seksualitas tidak dapat diajarkan tanpa diskusi dalam membuat keputusan yang matang, tanggung jawab seksual, dan klarifikasi nilai-nilai.

Remaja memerlukan model peran dan pengalaman hidup dengan menunda kepuasan. Yang paling penting, mereka memerlukan pengalaman mengatasi masalah dan keterampilan membuat keputusan sehingga mereka dapat mengantisipasi hasil yang positif atau negatif dari keputusan. Dengan bantuan seperti ini, remaja dapat bertanggung jawab secara seksual sebagai seorang dewasa muda.

PENCEGAHAN CEDERA

Cedera fisik merupakan penyebab tunggal kematian yang paling besar pada kelompok usia remaja dan meminta korban lebih banyak daripada semua penyebab kombinasi lainnya. Usia yang paling rentan adalah 15 sampai 24 tahun, ketika jumlah cedera akibat kecelakaan menyebabkan 60% kematian pada remaja putra dan 40% kematian remaja putri. Gambaran ini agaknya cukup konstan dari tahun ke tahun dan signifikan karena hampir semua cedera fatal sebenarnya dapat di cegah.

Selama masa remaja, puncak fungsi fisik, sensorik, dan psikomotor memberi remaja perasaan kuat dan percaya diri yang belum pernah mereka alami sebelumnya, dan perubahan fisiologis pubertas memberi dorongan terhadap berbagai kekuatan naluri dasar. Salah satu manifestasi dari hal ini adalah peningkatan energi yang semata-mata dikeluarkan melalui aksi, sering kali dengan mengorbankan pikiran logis dan mekanisme kontrol lainnya. Kecenderungan remaja melakukan perilaku yang berisiko serta perasaan super mengakibatkan remaja rentan terutama terhadap cedera. Beberapa karakteristik perkembangan remaja dan cedera umum terkait kelompok usia ini diuraikan dalam Tabel 16-2.

Cedera Kendaraan Bermotor

Kemampuan yang baru diperoleh remaja untuk mengemudi dan kebutuhan perkembangan yang normal terhadap ke-

[†] 130 W. 42nd St., Suite 350, New York, NY 10036, (212) 819-9770.

[‡] 850 Coxwell Ave., East York, Ontario M4C 5R1, (416) 466-5304.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

POSTUR TUBUH TINGGI ATAU PENDEK

Postur Tinggi

Selain fakta bahwa rata-rata tinggi badan remaja putra dan putri terus-menerus meningkat, terdapat sekelompok kecil anak-anak yang karena beberapa gangguan organik atau kecenderungan keluarga, menjadi sangat tinggi jika dibandingkan dengan teman sebayanya. Pada beberapa remaja, terutama putra, hal ini merupakan sumber kecemasan yang intens dan rintangan sosial yang berat.

Apabila laju pertambahan tinggi badan berubah sebelum masa pubertas dan memberi kemungkinan tinggi badan dewasa yang terlalu tinggi, terapi hormon mungkin dapat dipertimbangkan, walaupun terdapat kontroversi besar dalam penggunaan hormon untuk tujuan terapi ini. Pemakaian estrogen telah terbukti efektif dalam mengontrol tinggi badan jika terapi dimulai sebelum menarke dan sebelum akhir proses pertumbuhan remaja yang normalnya mengawali menarke. Penyeleksian anak-anak untuk terapi hormonal dibuat berdasarkan evaluasi faktor fisik, psikologis dan sosial yang teliti.

Postur Pendek

Postur tubuh pendek merupakan temuan nonspesifik yang mungkin merupakan manifestasi awal adanya gangguan serius, atau mungkin tidak memiliki akibat secara medis. Dari sudut pandang yang luas, penyebab tinggi badan pendek dan/atau keterlambatan perkembangan kemungkinan adalah nutrisi yang tidak adekuat; namun, gangguan utama yang mengakibatkan keterlambatan perkembangan adalah penyakit kronis, disfungsi endokrin, dan sindrom kegagalan gonad primer.

Penyakit kronis dapat mengganggu pertumbuhan, tetapi jika penyakit terlalu lama, pertumbuhan akan terjadi. Penyakit dan gangguan yang biasanya menyebabkan beberapa tingkat keterlambatan pertumbuhan adalah asma, kistik fibrosis, penyakit gastrointestinal (seperti infeksi parasit), sindrom malabsorpsi, anomali jantung, dan gangguan ginjal kronis. Durasi penyakit lebih signifikan dibandingkan intensitas dalam memengaruhi pertumbuhan, walaupun lamanya waktu yang diperlukan untuk memengaruhi pertumbuhan secara permanen belum dapat ditentukan.

Gangguan skeletal yang memengaruhi pertumbuhan postur tubuh secara prinsip sama seperti yang digambarkan pada dwarfisme (orang kerdil). Kebanyakan gangguan ini disebabkan oleh berbagai defek dan gangguan kongenital, seperti akondroplasia, dan beberapa kesalahan metabolisme yang terdapat sejak lahir, seperti sindrom Hurler atau Hunter.

Dwarfisme (kekerdilan) psikososial, atau **deprivasi**, merupakan kegagalan pertumbuhan yang diinduksi oleh stres yang tampaknya lebih umum dari yang dipikirkan sebelumnya. Istilah tersebut didefinisikan sebagai retardasi pertumbuhan pada anak-anak di atas usia 2 tahun disebabkan stres lingkungan (emosional) dan dikaitkan dengan

tanda-tanda keterlambatan pertumbuhan fisik, keterlambatan perkembangan keterampilan, dan perilaku yang belum matang. Apabila anak-anak ini dipindahkan dari lingkungannya, pertumbuhan mereka berjalan dengan laju pertumbuhan yang normal atau meningkat. (Lihat juga *Gagal Tumbuh*, Bab 11, dan *Malterapi pada Anak*, Bab 14).

Penatalaksanaan terdiri atas pemantauan medis secara kontinu, memerhatikan kesehatan umum dan nutrisi, dan dukungan psikologis. Apabila keterlambatan pertumbuhan disertai dengan harga diri rendah, banyak ahli menyarankan pemberian terapi hormon. Testosteron dalam dosis yang telah diatur secara teliti telah terbukti efektif pada beberapa kasus. Hormon pertumbuhan mampu meningkatkan tinggi badan dan digunakan untuk terapi defisiensi hormon pertumbuhan (lihat *Hipopituitarisme*, Bab 29). Penggunaan hormon pertumbuhan pada anak-anak yang mengalami keterlambatan konstitusional sangat kontroversial.

Pertimbangan Keperawatan

Penyimpangan dari proses pubertas normal selalu menjadi perhatian remaja yang mengalaminya, dan bagi sebagian mereka, perhatian tersebut memiliki proporsi yang sangat besar. Sebagian besar masalah keterlambatan perkembangan merupakan masalah yang disebabkan oleh keterlambatan konstitusional sederhana pubertas, dan dalam situasi ini anak dapat diyakinkan bahwa proses normal pubertas akan terjadi.

Salah satu kesulitan akibat ukuran yang tidak sama dengan usia kronologis dan mental adalah perilaku orang lain, terutama orang dewasa, terhadap anak. Masyarakat secara alamiah berespons dengan anak-anak yang memiliki tinggi badan pendek dengan anggapan anak lebih muda dari usia mereka. Akibatnya, anak-anak ini sering bertindak seperti bayi atau perilaku *juvenile*, dengan demikian terbentuk pola lingkaran perilaku dan respons. Sebaliknya, anak-anak yang berbadan tinggi atau yang fisiknya lebih berkembang dibandingkan dengan anak-anak seusianya sering kali diperlakukan seakan-akan mereka lebih tua dari umur yang sebenarnya. Mereka sering kali dianggap mengalami retardasi atau memiliki perilaku yang belum matang jika mereka bertingkah laku sesuai dengan tingkah laku normal anak-anak seusianya.

Mendengarkan remaja yang mengalami tekanan dan yang mengungkapkan minat serta pehatiannya merupakan prasyarat untuk mencapai keberhasilan intervensi. Konseling dan terapi untuk memenuhi kebutuhan setiap remaja adalah tindakan yang bersifat individual. Mendorong anak-anak ini untuk menonjolkan aspek-aspek positif dari tubuh dan kepribadian mereka dengan pengawasan praktisi kesehatan dan penampilan yang rapi akan membantu perkembangan citra diri yang lebih positif.

ABNORMALITAS KROMOSOM SEKS

Dibandingkan dengan gangguan herediter, abnormalitas kromosom seks ditemui dengan jumlah yang relatif tinggi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 17-2 KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN METODE KONTRASEPSI PADA REMAJA (lanjutan)

METODE	KEUNTUNGAN	KERUGIAN
Kimia—lanjt.		Memerlukan perencanaan sebelum melakukan hubungan seksual Kotor/berantakan
Kontrasepsi oral Senyawa yang menyerupai estrogen dan progesteron Menghambat ovulasi dengan menghalangi pelepasan gonadotropin dari kelenjar hipofisis anterior	99% efektif jika digunakan dengan benar Sangat aman bagi remaja Metode pilihan bagi sebagian besar remaja Diberikan melalui mulut Menjadi kebiasaan yang tidak berhubungan dengan aktivitas seksual Menstruasi teratur, dismenore dan jerawat menurun, menurunnya aliran darah menstruasi Mencegah kanker ovarium dan endometrium Mencegah kista ovarium fungsional	Angka kegagalan lebih tinggi pada remaja dibandingkan wanita yang lebih dewasa Perlu mengikuti instruksi dengan tepat; membutuhkan motivasi yang berkelanjutan, penggunaan yang konsisten Pembeliannya harus menggunakan resep Membutuhkan biaya yang cukup besar bagi remaja Tidak memberi perlindungan terhadap PMS Kemungkinan efek sampingnya berupa sakit kepala, periode menstruasi tidak ada atau singkat, terbatasnya perdarahan Angka kejadian klamidia meningkat
Kontrasepsi yang ditanam Implantasi Levonorgestrel (Norplant) Progestin sintetik dan aktif biologis Menghambat ovulasi pada mayoritas siklus menstruasi Meningkatkan ketebalan mukus serviks, mencegah penetrasi sperma ke dalam kanalis servikalis	100% efektif secara teoretis Menghilangkan kebutuhan untuk patuh pada regimen (yang sesuai) Perlindungan berkelanjutan jangka panjang (sampai 5 tahun jika diinginkan) Aman bagi remaja Dosis hormon sangat rendah dan tidak mengandung estrogen Reversibel Tidak mengganggu seks	Bersifat invasif pada saat pemasangannya ke bagian dalam lengan atas; terdapat ketidaknyamanan akibat anestesi lokal; pengangkatannya mungkin sulit Pemasangannya memerlukan resep Biaya cukup tinggi bagi remaja (dapat dibayar dengan bantuan finansial) Tidak memberi perlindungan terhadap PMS Efek samping yang mungkin terjadi yaitu perdarahan menstruasi yang tidak teratur/berat, terjadi menetap selama beberapa bulan pertama penggunaan, amenore, sakit kepala, kegugupan, mual, pusing, penambahan berat badan yang signifikan, depresi
Depo Provera Progestin yang menekan siklus hormonal dan mencegah ovulasi Injeksi diberikan setiap 3 bulan	Tidak mengganggu seks Metodenya tidak terlihat	Tidak memberi perlindungan terhadap PMS Efek samping yang mungkin terjadi yaitu penambahan berat badan yang signifikan, penurunan kepadatan tulang, penurunan lipoprotein densitas-tinggi (<i>high-density lipoprotein, HDL</i>), menstruasi tidak teratur atau amenore, penurunan libido, depresi Fertilitas kemungkinan tertunda Harus kembali mengunjungi pelayanan kesehatan setiap 3 bulan untuk diberikan suntikan
Kontrasepsi darurat/pascakoitus Kombinasi tablet estrogen-progesteron yang mengandung etiol estradiol; diberikan dalam 72 jam setelah melakukan hubungan seksual yang tidak menggunakan pelindung dan diulangi kembali setelah 12 jam kemudian; mencegah implantasi atau atau hanya tablet progestin yang diberikan dalam waktu 48-72 jam atau Memasukkan peralatan IUD (Cooper-releasing intrauterine device) dalam 5 hari	Bermanfaat untuk hubungan seksual yang tidak direncanakan atau jika terjadi kegagalan kontrasepsi	Tidak memberi perlindungan terhadap PMS Dapat menyebabkan mual Efektivitas bergantung pada fase siklus menstruasi Tidak tertarik untuk menggunakannya kembali Jumlah siklus menstruasi selanjutnya mungkin dapat berubah



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

dengan ketidakmampuan belajar tertentu adalah membantu mereka menuju pencapaian yang lebih sukses, penyesuaian personal, dan pada akhirnya tetap berada dalam kelas reguler. Namun, menurut *Public Law 94-142*, Pendidikan untuk semua anak cacat, anak-anak yang mengalami ADHD atau ketidakmampuan belajar harus memperoleh pendidikan umum dengan bebas dalam lingkungan yang tidak terlalu terbatas (lihat Bab 1 dan 18).

Prognosis. Pada sebagian besar anak penderita, gangguan ini relatif stabil sampai masa remaja awal. Beberapa anak mengalami penurunan gejala selama masa remaja akhir dan masa dewasa, tetapi dua dari tiga anak tetap memiliki gejala ini sampai masa dewasa pertengahan (O'Connell, 1996).

Anak-anak dengan ketidakmampuan belajar akan tumbuh dewasa dengan gangguan ini. Tujuan terapi adalah membantu mereka mengidentifikasi area kelemahan dan mengimbangi kelemahan tersebut.

Pertimbangan Keperawatan

Perawat adalah partisipan aktif dalam seluruh aspek penatalaksanaan anak ADHD atau ketidakmampuan belajar. Perawat dalam lingkup kerja komunitas bekerja dengan keluarga di rumah dan dengan staf sekolah dalam jangka panjang untuk membantu perencanaan dan implementasi regimen terapeutik serta untuk mengevaluasi efektivitas terapi. Mereka harus menjelaskan bahwa anak-anak yang mengonsumsi obat-obat stimulan, obatnya perlu diberikan di pagi hari guna memaksimalkan keefektifannya di dalam kelas dan untuk menurunkan kemungkinan efek samping yang menyebabkan insomnia. Orang tua memperoleh keuntungan dari strategi khusus yang bersifat praktik untuk membantu anak ADHD, seperti kebutuhan untuk struktur dan konsistensi dalam berpakaian, makan, tidur, dan disiplin (lihat kotak Fokus Keluarga).

Perawat harus memahami tipe ketidakmampuan belajar yang dimiliki anak guna memberikan pengarahannya pada anak, orang tua, dan guru. Anak-anak yang mengalami defisit persepsi pendengaran tampaknya tidak mampu mengikuti petunjuk atau tidak mampu memahami sejumlah besar pendidikan verbal. Anak-anak ini perlu diajarkan dengan menggunakan diagram, gambar, demonstrasi, dan daftar tertulis. Anak-anak dengan defisit persepsi visual mungkin memiliki kesulitan dalam membaca, mengurutkan nomor dalam perhitungan matematik, atau mengukur jarak. Anak-anak ini mungkin memiliki disleksia (kata-kata terbalik) dan pendidikannya lebih baik dengan demonstrasi serta pendekatan verbal. Anak-anak dengan defisit integratif mungkin memiliki kesulitan dalam mengurutkan data atau menyimpan dan mengingat kembali data sensorik. Teknik multisensorik sebaiknya digunakan, dan pemahaman anak harus sering diperiksa sepanjang pemberian instruksi. Anak-anak dengan disgrafia mungkin perlu menggunakan komputer di dalam kelas, karena tulisan tangan mereka tidak akan membaik. Mereka mungkin memerlukan alternatif untuk kompetisi fisik yang memerlukan koordinasi pergerakan (Selekman dan Snyder, 1996).

ENURESIS

Enuresis (ngompol) adalah gangguan umum dan bermasalah yang didefinisikan sebagai keluarnya urine yang disengaja atau involunter di tempat tidur (biasanya di malam hari) atau pada pakaian di siang hari dan terjadi pada anak-anak yang usianya secara normal telah memiliki kendali terhadap kandung kemih secara volunter. Untuk gangguan yang didiagnosis sebagai enuresis, kronologis atau usia perkembangan anak minimal harus 5 tahun dan pengeluaran urine harus terjadi minimal dua kali seminggu dan sekurang-kurangnya terjadi selama 3 bulan. Gejala utama adalah desakan yang timbul cepat dan disertai dengan ketidaknyamanan akut, kegelisahan, dan kadang-kadang sering berkemih.

Enuresis lebih umum terjadi pada anak laki-laki daripada anak perempuan. Hal tersebut terutama adalah perubahan fungsi neuromuskular kandung kemih dan sering kali tidak berbahaya dan menghilang sendiri. Ngompol nokturnal biasanya berhenti pada usia antara 6 dan 8 tahun, walaupun kadang-kadang ngompol ini berlanjut sampai masa remaja (lihat kotak Kesadaran Budaya).

Penyebab organik yang mungkin berhubungan dengan enuresis harus disingkirkan sebelum mempertimbangkan faktor-faktor psikogenik. Penyebab organik tersebut termasuk gangguan struktural saluran kemih; infeksi saluran kemih; defisit neurologis, gangguan yang meningkatkan haluaran normal urine, seperti diabetes; dan gangguan yang mengganggu kemampuan ginjal untuk memekatkan urine, seperti pada gagal ginjal kronis atau penyakit sel sabit. Volume kandung kemih 300 sampai 350 ml adalah cukup untuk menahan urine pada malam hari. (Untuk menentukan kapasitas kandung kemih anak, minta anak untuk berkemih di dalam gelas ukur setelah menahan urine selama mungkin. Kapasitas kandung kemih normal (dalam ons) adalah usia anak ditambah 2 (mis., kapasitas normal kandung kemih anak berusia 6 tahun adalah 8 ons). Pada kasus lain enuresis dipengaruhi oleh faktor-faktor emosional, walaupun meragukan bahwa faktor-faktor emosional tersebut adalah faktor penyebabnya. Orang tua melaporkan bahwa anak-anak ini tidur lebih pulas daripada anak-anak lainnya; namun, kedalaman tidur tidak teridentifikasi sebagai penyebab enuresis nokturnal. Enuresis memiliki kecenderungan keluarga yang kuat.

Berbagai teknik terapeutik dilakukan dalam penatalaksanaan enuresis. Teknik ini terdiri atas obat-obatan, pelatihan kandung kemih, pembatasan atau eliminasi cairan setelah makan malam, bangun di malam hari untuk berkemih, dan beberapa jenis peralatan elektrik yang dirancang untuk membuat respons refleks yang dapat dikondisikan guna membangunkan anak pada saat mulai berkemih.

Obat antidepresan trisiklik imipramin (Tofranil) digunakan untuk menghambat urinasi. Obat antikolinergik lain, yaitu oksibutinin, mengurangi kontraksi kandung kemih yang bebas hambatan dan mungkin membantu bagi anak-anak yang sering berkemih di siang hari. Desmopresin nasal semprot (DDAVP), analog dengan vasopresin, mengurangi haluaran urine di malam hari sampai volume yang kurang dari kapasitas kandung kemih fungsional.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Efek alkohol yang paling nyata terlihat pada sistem saraf—kurang koordinasi, perubahan mood yang jelas, kerusakan kemampuan menilai, kerusakan ingatan, dan kerusakan persepsi. Alkoholik yang berusia muda sering minum sendiri dan tidak dapat mengontrol penggunaan alkohol mereka. Mereka sering bergantung pada alkohol sebagai suatu mekanisme pertahanan melawan depresi, kecemasan, ketakutan, atau kemarahan. Tidak semua dari karakteristik ini dapat diarnati, tetapi jika beberapa tanda muncul, remaja harus dipertimbangkan memiliki risiko dan mulai diberikan terapi detoksifikasi untuk menjamin keamanan dan melepaskan diri secara penuh dari pemakaian obat. Informasi mengenai alkohol dan jawaban-jawaban pertanyaan dapat diperoleh dengan menelepon **Alkohol Hotline**.*

Kokain. Walaupun secara farmakologi kokain tidak dianggap sebagai narkotik, tetapi secara hukum kokain dikategorikan sebagai narkotik. Kokain tersedia dalam dua bentuk: kokain hidroklorida larut-air yang dikonsumsi dengan cara "dihirup" atau melalui suntikan IV, dan bentuk alkaloid yang tidak larut (*freebase*), digunakan terutama untuk merokok. "Crack" atau bentuk kristal merupakan bentuk obat yang lebih murni dan lebih mengancam; dapat diproduksi dengan murah dan dapat dibuat rokok baik dengan pipa air atau rokok mentol. Meningkatnya penggunaan kokain berhubungan dengan ketersediaannya, kemampuan pembeliannya, persepsi yang salah bahwa obat tersebut aman, hubungannya dengan orang-orang yang pekerjaannya glamor, cenderung membanggakan dirinya, reputasi kokain sebagai obat perangsang seksual, dan tekanan dari teman sebaya.

Kokain menciptakan perasaan euforia, atau perasaan tinggi yang tidak dapat dilukiskan. Penghentian pemakaian zat tidak menghasilkan gejala yang dramatik seperti yang ditimbulkan oleh putus zat lainnya. Efek yang paling sering terlihat dalam depresi, termasuk kurang energi dan motivasi, iritabilitas, perubahan nafsu makan, retardasi psikomotorik, dan pola tidur yang tidak teratur. Gejala yang lebih serius yaitu manifestasi kardiovaskular dan kejang. Putus zat secara fisik tidak boleh keliru dengan apa yang disebut dengan *crash* (tertidur pulas) setelah pemakaian kokain dosis tinggi, yang terdiri atas periode tidur yang panjang. Informasi tentang risiko penggunaan kokain dapat diperoleh dengan menelepon **National Cocaine Hotline**,† yang juga menyediakan rujukan ke kelompok pendukung dan pusat terapi.

Narkotik. Obat-obatan narkotik yang meliputi opiat seperti heroin, morfin, hidroklorida meperidin (Demerol), fentanil, hidromorfon (Dilaudid) dan kodein. Obat-obatan ini menimbulkan keadaan euforia dengan menghilangkan rasa nyeri dan menciptakan pengalaman yang menyenangkan serta perasaan sukses disertai kesadaran berkabut dan keadaan seperti mimpi. Tanda fisik penyalahgunaan narkotik yaitu konstiksi pupil, depresi pernapasan, dan sering kali, sianosis. Tanda bekas suntikan jarum mungkin terlihat

di lengan atau kaki pada pengguna kronis. Putus opiat sangat tidak menyenangkan kecuali jika dikontrol dengan zat pengganti metadon yang dipantau.

Kemungkinan yang lebih penting adalah akibat tidak langsung yang terkait dengan status penggunaan narkotik tidak sah dan masalah-masalah yang dikaitkan dengan keamanan obat—pencarian yang menghabiskan waktu dan sering kali menggunakan metode ilegal untuk memenuhi biaya pembelian obat yang tinggi. Masalah kesehatan muncul akibat mengabaikan kebutuhan fisik diri sendiri (nutrisi, kebersihan, perawatan gigi), overdosis, kontaminasi, dan infeksi, termasuk infeksi HIV dan hepatitis B.

Depresan sistem saraf pusat. Remaja mungkin menggunakan berbagai obat-obatan hipnotik yang mengakibatkan ketergantungan fisik dan gejala putus obat jika menghentikan pemakaian secara mendadak. Obat-obatan tersebut menciptakan perasaan relaks dan mengantuk tetapi mengganggu fungsi umum. Obat-obatan dalam kategori ini meliputi barbiturat, nonbarbiturat (seperti metaqualon [Quaalude]), dan alkohol. Barbiturat yang dikombinasikan dengan alkohol akan menimbulkan efek depresan yang sangat berat.

Stimulan sistem saraf pusat. Amfetamin dan kokain tidak mengakibatkan ketergantungan fisik yang kuat dan dapat dihentikan tanpa menimbulkan banyak bahaya. Namun, ketergantungan psikologis yang ditimbulkan kuat, dan intoksikasi akut dapat menyebabkan perilaku agresif yang berbahaya atau episode psikotik yang dicirikan oleh paranoid, agitasi tidak terkendali, dan kegelisahan. Jika dikombinasikan dengan barbiturat, efek euforia terutama akan menjadi efek yang adiktif.

Metamfetamin dapat dihirup, disuntik, ditelan, atau dibuat rokok dan menghasilkan energi yang besar pada penggunaannya, menyebabkan intensnya, serangan keberanian dan paranoid secara bergantian. Penggunaannya menimbulkan kesenangan yang jauh lebih intens daripada kesenangan yang disebabkan oleh crack dan kokain. Obat, yang diberi nama "crank", "meth", dan "kristal", adalah obat yang murah dan memiliki masa kerja lebih lama daripada kokain. Selain singkatnya (beberapa menit) puncak gejala, seperti yang dicapai dengan pemakaian crack, pemakaian dapat tetap "terjaga" selama beberapa jam pada dosis crank yang hampir sama.

Obat-obatan yang memengaruhi pikiran. Halusinogen (psikedelik, psikotomimetik, psikotropik, atau ilusionogenik) adalah obat-obatan yang menimbulkan halusinasi hidup dan euforia. Obat-obatan ini tidak mengakibatkan ketergantungan fisik, dan mereka dapat menghentikan pemakaian obat secara tiba-tiba tanpa menimbulkan efek yang menyakitkan. Namun, efek akut dan jangka panjangnya bervariasi, dan perilaku disosiatif pada beberapa individu mungkin terlalu memanjang. Obat yang termasuk kategori ini adalah kanabis (ganja, *hashish*) dan dietilamid asam lisergik (LSD, *lysergic acid diethylamide*).

Inhalan. "Menghirup", inhalasi *plastic cement* (perekat plastik) atau zat keras lain yang dihirup remaja atau diletakkan dalam kantong kertas atau plastik yang asapnya akan mereka hisap kembali, menimbulkan euforia dan per-

* (800) ALKOHOL

† (800) KOKAIN



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

wan perasaan depresi yang tidak dapat ditoleransi disertai perilaku atau gangguan psikosomatik.

KEWASPADAAN Keperawatan Ancaman bunuh diri tidak boleh diabaikan atau ditantang dalam berbagai cara. Ancaman tersebut merupakan gejala yang harus ditanggapi dengan serius. Ancaman atau usaha minor bunuh diri sering dibingungkan dengan upaya menarik perhatian. Merupakan tindakan yang juga salah jika merasa tenang dan aman ketika depresi remaja tampak mereda. Perbaikan sikap berarti bahwa remaja telah membuat keputusan untuk mengatasi ancaman.

Teman sebaya atau orang yang dipercaya lainnya merupakan sumber informasi yang baik atau pengamat yang penting. Mereka mungkin tidak mampu mendiagnosis depresi, tetapi mereka mampu merasakan jika teman mereka mengalami perubahan kepribadian yang jelas. Penting untuk menekankan bahwa teman sebaya yang mendeteksi adanya perubahan dalam diri teman mereka adalah penolong yang potensial dan tidak boleh tetap diam dan tidak melaporkan hasil pengamatan mereka. Persahabatan tidak berarti persekongkolan. Seorang teman yang meyakini bahwa mungkin temannya akan melakukan bunuh diri harus memberi tahu seseorang yang berada pada posisi tepat untuk menolongnya—orang tua, guru, konselor, perawat sekolah, atau orang lain.

Pengkajian kesehatan remaja yang rutin harus memasukkan pertanyaan yang dapat menentukan ada tidaknya pikiran atau niat bunuh diri. Informasi harus didapatkan untuk mengevaluasi apakah anak atau remaja mengalami depresi, memerlukan terapi, dan memiliki kemungkinan melakukan upaya bunuh diri. Petunjuk terhadap perasaan remaja dapat diperoleh dari pertanyaan berikut (Greydanus dan Pratt, 1995):

- Apakah Anda berpikir bahwa diri Anda adalah orang yang lebih bahagia, orang yang tidak bahagia, atau berada di antara keduanya?
- Apakah Anda pernah merasa sangat tidak bahagia atau sangat sedih sehingga merasa ingin mati?
- Apakah Anda pernah berpikir untuk melukai diri sendiri?
- Apakah Anda pernah membuat rencana untuk menyakiti atau membunuh diri sendiri?
- Apakah Anda pernah berusaha untuk membunuh diri sendiri?

Apabila anak atau remaja telah menyatakan niat bunuh diri yang intens, mereka harus diminta untuk memberikan pernyataan tertulis bahwa mereka tidak akan berusaha untuk bunuh diri selama periode waktu yang telah disetujui (seminggu, sehari, bahkan mungkin hanya 5 menit) dan bahwa mereka akan segera menghubungi bantuan jika merasa bahwa mereka tidak dapat menepati perjanjian yang telah dibuat. Lamanya waktu yang diajukan remaja memberikan informasi berharga mengenai keseriusan ancaman. Lebih jauh, kebanyakan remaja menganggap penting untuk mencantumkan nama mereka dalam dokumen, dan jika mereka menandatangani kontrak untuk tidak melakukan bunuh diri, mereka biasanya akan menghargai perjanjian tersebut. Kontrak dapat diperpanjang jika batas waktu telah berakhir.

Karena usaha bunuh diri sering kali berkembang dari distress keluarga, terapi keluarga juga penting dilakukan. Pendekatan yang paling efektif adalah mendeteksi remaja yang rentan pada tahap awal distress dalam keluarga sehingga konseling keluarga dapat dimulai. Hal ini menekankan pentingnya hubungan orang tua-anak dan peran perawat dalam mengkaji interaksi keluarga serta mendeteksi adanya gangguan dalam hubungan tersebut. Upaya pencegahan harus diarahkan pada peningkatan praktik perawatan anak melalui dukungan dan pendidikan orang tua serta perubahan kondisi masyarakat yang menimbulkan perasaan kalah, putus asa dan perilaku maladaptif.

Perawatan lanjutan adalah hal penting. Walaupun kerahasiaan merupakan pendekatan yang biasa dilakukan dalam konseling remaja, pendekatan ini tidak dihargai dalam kasus perilaku merusak diri sendiri. Perilaku mengenai bunuh diri harus dilaporkan pada keluarga dan profesional lainnya, dan kaum remaja lainnya diinformasikan bahwa hal tersebut akan dilakukan. Tindakan tersebut mengandung pesan penting bagi remaja—bahwa profesional memahami dan peduli.

Banyak sekolah memiliki institusi program pencegahan bunuh diri yang dirancang untuk SMU—usia muda, dan sekolah lain berusaha untuk memiliki institusi tersebut di tingkat SD—usia anak-anak. Beberapa program sekolah memasukkan pelayanan seperti konseling dan konseling—remaja melalui telepon. Informasi juga dapat diperoleh dari **American Association of Suicidology**.*

Lihat juga Rencana Asuhan Keperawatan: Anak yang Melakukan Bunuh Diri.†

* 4201 Connecticut Ave. NW, Suite 408, Washington, DC 20008 (202) 237-2280; e-mail: berm101m@ix.netcom.com.

† Dalam Wong DL, Hess CS: *Wong and Whaley's clinical manual of pediatric nursing*, ed 5, St Louis, 2000, Mosby.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PERSPEKTIF PERAWATAN ANAK YANG MEMILIKI KEBUTUHAN KHUSUS

LINGKUP PERMASALAHAN

Sejumlah istilah dan batasan karakteristik telah digunakan untuk menguraikan penyakit kronis dan ketidakmampuan pada anak (Kotak 18-1). Pada beberapa tahun terakhir telah ada upaya kontinu untuk membuat suatu definisi yang lebih mengidentifikasi jumlah anak yang hidup dengan penyakit kronis, dan dampaknya pada layanan kesehatan dan sosial. Kini anak yang memiliki kebutuhan perawatan kesehatan khusus didefinisikan sebagai (Newacheck dkk, 1998):

Anak yang mengalami atau berisiko tinggi mengalami kondisi fisik, perkembangan, perilaku atau emosional kronis dan yang juga memerlukan layanan kesehatan dan layanan lain yang terkait, dalam jenis atau jumlah yang lebih dari yang dibutuhkan anak lain pada umumnya.

Kemajuan yang tiada henti pada penatalaksanaan penyakit secara medis dan teknologi telah berperan pada semakin banyaknya jumlah anak yang memiliki kebutuhan perawatan kesehatan khusus. Misalnya, pada tahun 1996, sebagai hasil perkembangan obat-obatan baru, angka kematian anak yang terkena infeksi virus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) mengalami penurunan sebanyak 28,8% (Peters, Kochanek, dan Murphy, 1998). Perkembangan teknologi telah meningkatkan kemampuan hidup bayi yang memiliki berat lahir sangat rendah dan bayi berat lahir ekstrem rendah secara bermakna. Hasil dari kemajuan tersebut diperkirakan sebesar 18% (12,6 juta) pada anak di Amerika Serikat yang hidup dengan penyakit kronis atau ketidakmampuan dan yang membutuhkan jenis atau jumlah perawatan kesehatan khusus melebihi yang dibutuhkan oleh anak pada lain umumnya (Newacheck dkk, 1998).

Kondisi paling umum yang menyebabkan ketidakmampuan adalah penyakit saluran pernapasan, juga gangguan bicara, indra khusus, dan inteligensi. Gangguan mental dan sistem saraf bertanggung jawab terhadap sekitar 1/6 kasus dari seluruh kasus ketidakmampuan pada masa kanak-kanak (Newacheck dan Halfon, 1998).

Dampak penyakit kronis dan ketidakmampuan pada anak memiliki rentang luas. Tingkat aktivitas dan kesempatan perkembangan anak dapat terganggu. Berhari-hari anak dapat tidak masuk sekolah. Anak yang menderita penyakit kronis atau ketidakmampuan berisiko tinggi mengalami masalah perilaku atau emosional. Orang tua dapat tidak masuk kerja, mengalami masalah keuangan, dan ditantang baik secara emosional maupun fisik saat mereka menatalak-

sanakan perawatan anak. Sibling terpengaruh, demikian juga anggota keluarga besar.

TREN DALAM PERAWATAN

Fokus Perkembangan

Lebih berfokus pada **tingkat perkembangan** anak daripada usia kronologis atau diagnosis lebih menekankan kemampuan dan kekuatan anak daripada ketidakmampuan. Perhatian berfokus pada pengalaman-pengalaman normal, adaptasi lingkungan, dan peningkatan keterampilan coping. Perawat sering kali berada pada posisi penting untuk mengarahkan kembali perhatian dari model patologis yang berfokus pada kelemahan dan masalah-masalah ke model perkembangan untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga yang unik.

Fokus perkembangan juga mempertimbangkan perkembangan keluarga. Siklus kehidupan unit keluarga mencerminkan perubahan usia dan kebutuhan anggota keluarga, juga perubahan tuntutan eksternal. Penyakit serius atau ketidakmampuan anggota keluarga dapat menyebabkan stres atau krisis yang bermakna pada setiap tahap siklus kehidupan keluarga. Sebagaimana perkembangan individu, perkembangan keluarga dapat terganggu atau bahkan mundur ke tingkat fungsi awal. Perawat dapat menggunakan konsep perkembangan keluarga untuk merencanakan intervensi yang penuh makna dan mengevaluasi perawatan (Lihat Teori Perkembangan, Bab 3).

Asuhan Berpusat—Keluarga

Pentingnya perawatan berpusat pada keluarga—sebuah filosofi yang memerhatikan keluarga sebagai sesuatu yang konstan dalam kehidupan anak—terutama terbukti pada perawatan anak yang memiliki kebutuhan khusus (lihat juga Asuhan Berpusat—Keluarga, Bab 1). Seiring dengan pembelajaran orang tua mengenai kebutuhan perawatan kesehatan anak kecil, mereka sering kali menjadi ahli dalam memberikan perawatan. Pemberi perawatan kesehatan, termasuk perawat, membantu perawatan dan kebutuhan anak untuk membangun hubungan kerja sama dengan orang tua. Kolaborasi penting untuk membina hubungan saling percaya dan kerja sama yang efektif serta mempunyai tujuan untuk mencari cara terbaik guna memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. Hubungan kolaborasi ditandai dengan komunikasi, dialog, mendengarkan secara aktif, kesiagaan, dan menerima perbedaan (Bishop, Woll, dan Arango, 1993).

Berkomunikasi dengan keluarga. Keluarga yang anaknya sakit bereaksi dalam suatu rangkaian yang oleh pemberi perawatan dianggap sebagai rangkaian stereotip keluarga dari yang "baik" ke yang "sulit". Perawat siap membangun hubungan dengan keluarga "baik", yang menganggap staf sebagai pemegang kekuatan atau kendali dan menerima hierarki ini (Satariano dan Briggs, 1989). Namun, pembentukan hubungan ini jarang terjadi pada keluarga yang "sulit", yang ditandai dengan kurang atau terlalu terlibat dalam perawatan anak. Dixon (1993) mengu-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 18-3 ASPEK PERKEMBANGAN PENYAKIT KRONIS ATAU KETIDAKMAMPUAN PADA ANAK (lanjt.)

TUGAS PERKEMBANGAN	KEMUNGKINAN EFEK PENYAKIT KRONIS ATAU KETIDAKMAMPUAN	INTERVENSI SUPORTIF
USIA SEKOLAH		
Mengembangkan rasa pencapaian	Kesempatan terbatas untuk berprestasi dan berkompetisi (mis., sering tidak masuk sekolah atau tidak mampu bergabung dalam aktivitas atletik yang reguler)	Dorong kehadiran di sekolah; jadwalkan kunjungan medis pada waktu di luar jam sekolah; dorong anak untuk membuat pekerjaan yang belum dikerjakan
Membentuk hubungan teman sebaya	Kesempatan terbatas untuk bersosialisasi	Beri pengajaran pada guru dan teman sekelas mengenai kondisi, kemampuan, dan kebutuhan khusus anak
Belajar melalui operasional konkret	Pemahaman yang tidak menyeluruh mengenai penyebab keterbatasan fisik atau pengobatan gangguan	Dorong aktivitas olah raga (mis., Olimpiade Khusus) Dorong sosialisasi (mis., Pramuka, Perkemahan; mempunyai sahabat atau menjadi anggota klub) Berikan anak pengetahuan mengenai kondisinya Dorong aktivitas kreatif (mis., Seni yang Sangat Khusus)
MASA REMAJA		
Mengembangkan identitas personal dan seksual	Perasaan merasa berbeda dari teman sebaya dan semakin kurang mampu untuk berkompetensi dengan teman sebaya dalam penampilan, kemampuan, dan keterampilan khusus	Sadari bahwa banyak kesulitan yang dialami oleh remaja adalah bagian normal dari masa remaja (pemberontakan, menempuh risiko, kurang bekerja sama, permusuhan ke arah otoritas)
Mencapai kemandirian dari keluarga	Peningkatan ketergantungan pada keluarga; kesempatan kerja/karir terbatas	Ajarkan keterampilan interpersonal dan koping Dorong sosialisasi dengan teman sebaya, termasuk teman sebaya yang memiliki kebutuhan khusus dan teman sebaya yang tidak memiliki kebutuhan khusus
Membentuk hubungan heteroseksual	Kesempatan terbatas untuk hubungan heteroseksual; kurang kesempatan untuk membahas masalah seksual dengan teman sebaya	Ajarkan keterampilan pengambilan keputusan, asertif, dan keterampilan lain yang perlu mengatur rencana personal Dorong peningkatan tanggung jawab perawatan dan penatalaksanaan penyakit atau kondisi (mis., menerima tanggung jawab untuk membuat dan menepati janji (idealnya sendirian), berbagi pengkajian dan tahap perencanaan pemberian perawatan kesehatan, menghubungi sumber-sumber)
Belajar melalui pemikiran abstrak	Kekhawatiran meningkat mengenai masalah seperti kenapa ia terkena penyakit, apakah ia dapat menikah dan memiliki sebuah keluarga Penurunan kesempatan untuk tahap awal kognitif dapat menghambat tingkat pencapaian pemikiran abstrak	Dorong aktivitas sesuai untuk usia (mis., datang ke pesta yang dihadiri teman oleh putra dan putri, aktivitas olah raga, mengendarai mobil) Siaga terhadap isyarat yang menandai kesiapan untuk menerima informasi yang berkenaan dengan dampak kondisi pada seksualitas dan reproduksi Tekankan penampilan yang baik dan memakai pakaian yang bergaya, menggunakan tata rias Pahami bahwa remaja mempunyai kebutuhan dan perhatian seksual yang sama seperti setiap remaja lainnya Diskusikan rencana yang akan datang dan bagaimana kondisi memengaruhi pilihan

memberikan istirahat sementara bagi anggota keluarga, mungkin penting dalam memberikan waktu istirahat kepada pemberi perawatan sehingga tidak lagi memikul beban harian.

Anak kecil juga memerlukan kesempatan untuk mengembangkan kemandirian. Sering kali anak mampu mempelajari keterampilan membantu diri sendiri, seperti memegang botol, makan menggunakan tangan, dan melepaskan atribut-atribut

sederhana dari pakaian, tetapi orang tua terus melakukan tindakan tersebut. Perawat dapat membimbing orang tua untuk membantu anak mencapai batu loncatan perkembangan yang penting yang umumnya diharapkan dari anak.

Ketika anak kecil mempunyai ketidakmampuan yang mengganggu perkembangan motorik, intervensi harus didasarkan oleh pemberian aktivitas yang memungkinkan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Bagi anak, rumah telah menjadi lingkungan yang lebih umum untuk mengimplementasikan konsep *hospice*; memberi manfaat pada keluarga dalam berbagai cara. Anak-anak yang menjelang ajal diberikan kesempatan untuk tetap bersama dengan orang-orang yang ia cintai dan dengan orang-orang yang ia merasa aman bersamanya. Banyak anak-anak yang dianggap sudah menjelang ajal pulang ke rumah dan mereka hidup lebih lama dari yang diduga. Sibling dapat merasa lebih dilibatkan dalam perawatan dan sering memiliki persepsi yang lebih positif tentang kematian. Adaptasi orang tua sering lebih menyenangkan, seperti yang ditunjukkan oleh persepsi mereka tentang bagaimana pengalaman di rumah memengaruhi perkawinan, orientasi sosial kembali, keyakinan agama, dan pandangan mereka tentang makna kehidupan dan kematian.

Jika rumah adalah pilihan untuk *hospice care*, anak dapat meninggal atau tidak meninggal di rumah. Keputusan terakhir untuk masuk rumah sakit bervariasi tetapi dapat berhubungan dengan keinginan orang tua atau sibling untuk melepaskan anak meninggal di luar rumah; kelelahan pemberi perawatan; dan masalah-masalah fisik, seperti nyeri akut mendadak atau distress pernapasan.

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DAN KELUARGA PADA AKHIR KEHIDUPAN

Tanpa memerhatikan tempat anak dirawat selama tahap akhir penyakit, baik anak maupun keluarga biasanya mengalami ketakutan berikut ini: (1) takut nyeri dan menderita, (2) takut meninggal sendirian (anak) atau tidak ada pada saat anak meninggal (orang tua), dan (3) takut akan kematian yang sebenarnya. Perawat dapat membantu keluarga untuk mengurangi ketakutan mereka dengan memerhatikan kebutuhan perawatan anak dan keluarga (lihat Rencana Asuhan Keperawatan, hlm. 691 sampai 693).

TAKUT AKAN NYERI DAN PENDERITAAN

Keberadaan nyeri yang tidak dapat diredakan pada anak yang menderita penyakit terminal dapat mempunyai efek yang sangat merusak kualitas kehidupan yang dialami oleh anak dan keluarga. Orang tua telah melaporkan bahwa melihat anak mereka dalam kesakitan adalah pengalaman menyakitkan dan menyebabkan perasaan tidak berdaya dan merasa bahwa mereka harus ada dan waspada untuk memperoleh obat-obatan nyeri yang diperlukan (Ferrell, 1995). Nyeri persisten juga mempunyai dampak pada keluarga sebagai satu kesatuan. Perawat dapat mengurangi ketakutan akan nyeri dan penderitaan dengan memberikan intervensi untuk menangani nyeri dan gejala yang berhubungan dengan proses terminal pada anak.

Penatalaksanaan Nyeri/Gejala

Pengendalian nyeri untuk anak pada tahap terminal penyakit atau cedera harus diberikan prioritas tertinggi. Walaupun upaya terus-menerus dilakukan untuk memberi pendidikan pada dokter dan perawat tentang strategi penatalaksanaan nyeri pada anak, studi melaporkan bahwa anak-anak masih kurang mendapatkan medikasi yang tepat untuk nyeri mereka (Wolfe dkk, 2000). Hampir semua anak mengalami nyeri pada fase terminal penyakit mereka. Standar terbaru untuk menangani nyeri anak berdasarkan pada jenjang analgesik WHO (1996). Pendekatan ini meningkatkan hubungan antara intervensi nyeri dengan tingkat nyeri yang dilaporkan anak. Nyeri anak harus sering dikaji dan jika perlu medikasinya harus disesuaikan. Medikasi nyeri harus diberikan pada jadwal yang teratur, dan dosis ekstra untuk "menghancurkan nyeri" harus tersedia untuk mempertahankan kenyamanan. Obat-obatan opioid seperti morfin harus diberikan untuk nyeri hebat dan dosisnya harus ditingkatkan jika perlu untuk mempertahankan pereda nyeri yang optimum. Teknik seperti distraksi, relaksasi, dan imajinasi terbimbing (Lambert, 1999) harus dikombinasikan dengan terapi obat untuk memberi anak dan keluarga strategi pengontrolan nyeri (lihat Bab 21 untuk pembahasan lebih lanjut tentang strategi penatalaksanaan nyeri).

Selain nyeri, anak mengalami berbagai gejala tambahan selama perjalanan terminal sebagai hasil dari proses penyakit mereka atau sebagai efek samping obat-obatan yang digunakan untuk mengatasi nyeri atau gejala lain. Gejala ini meliputi kelelahan, mual dan muntah, konstipasi, anoreksia, dispnea, kongesti, pusing, ansietas, depresi, gelisah, agitasi, dan kebingungan (Wolfe dkk, 2000).

Setiap gejala ini harus ditangani secara cepat dengan medikasi atau terapi yang sesuai, juga dengan intervensi seperti reposisi, relaksasi, masase, dan tindakan lain untuk mempertahankan kenyamanan dan kualitas hidup anak.

Kadang kala, anak memerlukan dosis opioid yang sangat tinggi untuk mengontrol nyeri. Terdapat beberapa alasan mengapa hal ini terjadi. Anak yang menjalani penatalaksanaan nyeri dengan opioid jangka panjang dapat menjadi **toleransi** terhadap obat, yang berarti perlu untuk memberi lebih banyak obat guna mempertahankan tingkat pereda nyeri yang sama. Toleransi seharusnya tidak dikacaukan dengan *adiksi/ketagihan*, yaitu ketergantungan psikologis pada efek samping opioid. Ketagihan bukanlah suatu faktor dalam menangani nyeri terminal pada anak. Alasan jelas lain untuk kebutuhan peningkatan dosis opioid meliputi perkembangan penyakit atau pengalaman psikologis lain tentang nyeri. Penting dipahami bahwa tidak ada dosis maksimum yang dapat diberikan untuk mengontrol nyeri. Namun, para perawat sering mengungkapkan kekhawatirannya bahwa memberikan dosis opioid lebih tinggi dari yang biasa diterima akan mempercepat kematian anak. Prinsip dari efek ganda (Kotak 18-9) membahas kekhawatiran tersebut. Prinsip ini memberi standar etik yang mendukung penggunaan intervensi pereda nyeri dan penderitaan bahkan walaupun terdapat kemungkinan yang dapat diduga bahwa kematian mungkin dipercepat (Siever, 1994). Namun, dalam kasus anak yang menderita penyakit terminal



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

KOTAK 18-10 TANDA-TANDA FISIK MENDEKATI KEMATIAN

Kehilangan sensasi dan pergerakan pada ekstremitas bagian bawah, berlanjut ke arah tubuh bagian atas
 Sensasi panas, walaupun tubuh terasa dingin
 Kehilangan rasa:
 Sensasi taktil menurun
 Sensitif terhadap cahaya
 Pendengaran adalah indra terakhir yang gagal berfungsi
 Kebingungan, kehilangan kesadaran, artikulasi tidak jelas
 Kelemahan otot
 Kehilangan kontrol defekasi dan berkemih
 Selera makan/rasa haus berkurang
 Kesulitan menelan
 Perubahan dalam pola pernapasan:
 Pernapasan Cheyne-Stokes (kedalaman pernapasan bertambah kuat dan bertambah lemah dengan periode apnea yang teratur)
 "Dengkuran menjelang ajal" (suara dada berisik akibat akumulasi sekresi pada paru-paru dan faring)
 Nadi lemah dan lambat; tekanan darah turun

dengan ditemani orang tua, binatang peliharaan, dan orang lain yang mereka cintai berada di sekeliling mereka. Proses fisik menjelang ajal dapat sangat menimbulkan stres pada orang tua, karena sering kali anak secara perlahan-lahan menjadi kurang sadar dalam beberapa hari sebelum kematian yang sebenarnya (Kotak 18-10). Selama waktu ini, kunjungan keperawatan sering kali menjadi lebih banyak dan berdurasi lebih lama untuk memberi keluarga dukungan tambahan ketika kematian semakin dekat. Perubahan yang paling membuat stres orang tua—yang dapat dipantau—adalah perubahan pada pola pernapasan. Pada beberapa jam terakhir kehidupan, pernapasan orang yang menjelang ajal dapat menjadi sulit, dengan napas dalam dan periode apnea yang panjang, disebut sebagai pernapasan *Cheyne-Stokes*. Namun, penggunaan opioid dapat memperlambat pernapasan untuk membuat anak lebih mudah bernapas, dan skopolamin, biasanya digunakan sebagai obat topikal, dapat membantu mengurangi pernapasan yang berisik yang dikenal sebagai "dengkuran menjelang ajal". Pernapasan yang berisik mungkin lebih cenderung terjadi jika anak kelebihan cairan.

Semua keluarga mempunyai pilihan untuk memasukkan anak ke rumah sakit jika mereka merasa tidak mampu menghadapi kematian. Anak yang meninggal di rumah harus diumumkan kematiannya; program *hospice* biasanya memiliki ketetapan sehingga pengumuman ini dapat berlangsung dengan baik. Dalam beberapa keadaan polisi dapat diberi tahu, dengan penjelasan mengenai keadaan untuk mencegah kekhawatiran yang tidak perlu mengenai penganiayaan. Biasanya, yang dibutuhkan hanyalah memberikan nomor praktisi yang bertanggung jawab dalam perawatan anak kepada polisi.

Meninggal di Rumah Sakit

Anak yang menjelang ajal di rumah sakit karena penyakit terminal yang mendapatkan intervensi perawatan suportif

FOKUS KELUARGA**Anak Perlu Mengucapkan Perpisahan**

Sebagai perawat/penasihat duka cita, saya mengadakan lokakarya mengenai duka cita dengan anak-anak yang telah memiliki pengalaman ditinggal meninggal oleh orang yang istimewa. Anak sering mengomunikasikan perasaan disingkirkan mereka melalui menggambar. Mereka dapat membuat gambar tentang orang yang menjelang ajal di tempat tidur rumah sakit yang terlalu tinggi bagi mereka sehingga mereka tidak dapat melihat wajah orang tersebut dengan jelas. Kadangkala anak mengungkapkan bahwa mereka tidak mengucapkan perpisahan karena anggota keluarga menyuruh mereka, misalnya, "Kamu tidak ingin melihat nenekmu dalam keadaan ini. Ia terlalu sakit untuk kamu besuk." Apabila orang yang istimewa meninggal di rumah, anak harus tinggal di dalam kamar mereka ketika staf rumah duka mengambil jenazah.

Saya telah mempelajari untuk tidak pernah meremehkan pentingnya mengizinkan anak terlibat dengan orang yang sedang menjelang ajal dan mempelajari makna kehilangan anak. Sekali waktu, ketika saya meminta seorang anak perempuan berumur 6 tahun untuk menggambar gambar dengan judul, "Ini yang akan saya lakukan ketika _____ saya meninggal," ia membuat sebuah gambar dan menyelesaikan kalimat dengan "ketika rumahku meninggal." Neneknya sudah seperti ibunya; bagi anak, rumahnya telah hilang. Kita perlu memberikan anak pilihan untuk diikutsertakan dalam kegiatan mengucapkan perpisahan keluarga.

Barbara Bilderback, MS, MA, RN
 Bereavement Supervisor, Saint Francis Hospice
 Tulsa, OK

akan mengalami proses yang serupa. Sekali lagi, peningkatan keberadaan dan kehadiran perawat untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga memberi kenyamanan dan dukungan bagi banyak keluarga.

Kematian karena kecelakaan atau trauma, atau penyakit akut di tempat seperti departemen gawat darurat atau unit perawatan intensif sering kali memerlukan penghentian aktif beberapa intervensi penyokong hidup, misalnya, ventilator atau mesin *bypass*. Situasi ini sering kali memunculkan masalah etis yang sulit (Savage, 1997), dan orang tua sering kali kurang siap terhadap momen kematian yang aktual. Perawat dapat membantu orang tua dengan memberi informasi terperinci tentang apa yang akan terjadi jika peralatan suportif dilepas, memastikan bahwa obat nyeri yang tepat diberikan untuk mencegah rasa nyeri selama proses menjelang ajal, dan memberikan waktu kepada orang tua untuk bersama dan berbicara dengan anak sebelum pelepasan dimulai. Penting bagi perawat untuk berupaya mengontrol lingkungan di sekitar keluarga pada saat ini dengan memberi privasi, menanyakan apakah mereka ingin memainkan musik, meredupkan lampu dan mengecilkan suara monitor, serta mengatur ritual keagamaan atau budaya yang mungkin ingin dilakukan keluarga. Setelah kematian anak, keluarga harus dibiarkan tetap bersama jenazah dan memeluk atau mengguncang anak jika mereka menginginkannya. Setelah perawat telah melepas semua selang dan peralatan dari tubuh, orang tua harus diberikan pilihan untuk membantu mempersiapkan jenazah, misalnya, memandikan dan memakaikan baju.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- Kenny NP, Frager G: Refractory symptoms and terminal sedation of children: ethical issues and practical management, *J Palliat Care* 12(3):40-45, 1996.
- Liben S: Pediatric palliative medicine: obstacles to overcome, *J Palliat Care* 12(3):24-28, 1996.
- Mahon MM: Death of a sibling: primary care interventions, *Pediatr Nurs* 20(3):293-295, 1994.
- Martinson M: Pediatric hospice nursing, *Annu Rev Nurs Res* 13:195-214, 1995.
- Olsasky K, Gerdes K: Management of the pediatric organ donor: psychological factors, understanding of brain death important, *Nephrol News Issues* 10(8):22-23,30, 1996.
- Pettie SA, Britten CM: Talking with children about death and dying, *Child Care Health Dev* 21(6):395-404, 1995.
- Roy DJ and others: When children have to die . . . pediatric palliative care, *J Palliat Care* 12(3): entire issues, 1996.
- Sirkia K and others: Pain medication during terminal care of children with cancer, *J Pain Symptom Manage* 15(4):220-226, 1998.
- Taylor C: Medical futility and nursing, *Image J Nurs Sch* 27(4):301-306, 1995.

Sumber tentang Kematian untuk Anak*

- Armstrong-Dailey A: *Hospice for children*, New York, 1996, Oxford University Press.
- Bowden VR: Children's literature: the death experience, *Pediatr Nurs* 19(1):17-21, 32-33, 1993.
- Delisle R, McNamee A: Children's perceptions of death: a look at the appropriateness of selected picture books, *Death Educ* 5:1-13, 1981.
- Fitzgerald H: *The grieving child: a parents' guide*, New York, 1992, Simon and Schuster.
- Seibert D, Drolet JO: Death themes in literature for children ages 3-8, *J Sch Health* 63(2):86-90, 1993.
- Wass H: Books for children, *Issues Compr Pediatr Nurs* 8(1-6):373-376, 1985.
- Wass H, Corr C, editors: *Helping children cope with death: guidelines and resources*, ed 2, Washington, DC, 1984, Hemisphere.

UNTUK ANAK YANG MASIH SANGAT KECIL

- Anderson JS: *The key into winter*, illustrated by D Soman, 1994, Albert Whitman Prairie Books.
- Bahr Mm: *The memory box*, illustrated D Cunningham, Morton Grove, IL, 1992, Albert Whitman Prairie Books.
- Brown LK, Brown M: *When dinosaurs die: a guide to understanding death*, Boston, 1996, Little, Brown.
- Buscaglia L: *The fall of Freddie the Leaf*, 1982, Slack.
- Leighton AO: *A window of time*, illustrated by R Kyrias, Lake Forest, CA, 1995, Nadja Publishing.
- Mellonie B, Ingpen R: *Lifetimes: the beautiful way to explain death to the children*, New York, 1993, Bantam Books.
- Viorst J: *The tenth good thing about Barney*, illustrated by E Blevigard, New York, 1971, Aladdin Paperbacks.
- Whitbold M: *Mending Peter's heart*, illustrated by L Salk, Santa Monica, CA, 1995, Portunus Publishing.

UNTUK ANAK LEBIH BESAR

- Beckleman L: *Grief*, 1995, Crestwood House (A Hotline Book).
- Durant PR: *When heroes die*, 1992, Aladdin Books.
- Hipp E: *Help for the hard time: getting through loss*, illustrated by LK Hanson, 1995, Hazelden.
- Kuklin S: *After a suicide: young people speak up*, New York, 1994, GP Putnam's Sons.
- Liss-Levinson N: *When a grandparent dies: a kid's own workbook for remembering Shiva and the year beyond*, 1995, Jewish Lights Publishing.

*Sumber publikasi lain mengenai kematian dan penyakit yang mengancam jiwa adalah **The Compassionate Friends**, PO box 3696, Oak Brook, IL 60522-3696, (630) 990-0010; e-mail: TCF_National@prodigy.com; **Centering Corporation**, 1531 N. Saddle Creek Rd., Omaha, NE 68104, (402) 553-1200, **Children's Hospice International**, 2202 Mt. Vernon Ave., Suite 3-C, Alexandria, VA 22314, (800) 24-CHILD. e-mail: chiorg@aol.com, and **National Cancer Institute, Cancer Information Service**, Building 21, Room 10A29, Bethesda, MD 20892-2580, (800) 422-6237.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Kehilangan pendengaran sensorineural.

Pengobatan untuk kehilangan pendengaran sensorineural sangat kurang memuaskan. Karena defek bukan pada intensitas suara, alat bantu pendengaran kurang bermanfaat jika digunakan pada tipe defek ini. **Penggunaan implan koklearis*** (alat prostesis yang ditanam dengan pembedahan) memberikan sensasi pendengaran untuk individu yang mengalami kehilangan pendengaran berat atau sangat tuli (Slattery dan Fayad, 1999). Anak yang mengalami kehilangan pendengaran sensorineural telah kehilangan atau mengalami kerusakan pada beberapa atau semua sel rambut atau serat saraf pendengaran. Anak ini sering kali tidak mendapat manfaat dari alat bantu pendengaran konvensional karena alat ini hanya memperkuat suara yang tidak dapat diproses oleh telinga bagian dalam yang rusak. Implan koklearis menghubungkan sel-sel rambut untuk secara langsung menstimulasi serat-serat saraf pendengaran yang masih berfungsi sehingga serat saraf ini dapat mengirimkan sinyal ke otak. Sinyal ini dapat ditafsirkan oleh otak untuk menghasilkan suara dan sensasi.

Kini tersedia *multichanneled implants*. Alat yang lebih canggih ini menstimulasi saraf pendengaran di beberapa lokasi dengan sinyal diproses secara berbeda. Stimulasi tipe ini memberi kesempatan pada individu untuk menggunakan tingkatan informasi yang ada di sinyal pembicaraan, memungkinkan individu memahami pembicaraan dengan lebih baik.

Tren mengarah pada penggunaan implan koklear sejak dini, biasanya pada umur 18 bulan, untuk memberi anak kesempatan optimal dalam mengembangkan keterampilan mendengar, berbahasa, dan berbicara.

Pertimbangan Keperawatan**Pengkajian**

Pengkajian anak terhadap gangguan pendengaran adalah tanggung jawab penting keperawatan. Deteksi dini kehilangan pendengaran, lebih baik dalam 3 sampai 6 bulan pertama kehidupan, penting untuk meningkatkan hasil akhir berbahasa dan pendidikan mereka yang mengalami gangguan pendengaran (Yoshinaga-Itano dkk, 1998). Untuk mewujudkan tujuan ini, rekomendasi terbaru adalah melaksanakan skrining pendengaran pada bayi baru lahir secara universal sebelum pemulangan dari unit perawatan bayi baru lahir (American Academy of Pediatrics, 1999). Pembahasan ini difokuskan pada indeks perkembangan dan perilaku yang terkait dengan gangguan pendengaran. Pemeriksaan pendengaran dibahas dalam Bab 7.

*Cochlear Implant Club International, Inc., 5335 Wisconsin Ave. NW, Suite 440, Washington, DC 20015, (202) 895-2781, faks: (202) 895-2782; e-mail: pwms.cici@worldnet.att.net. Hearing Enrichment Language Program of The Hough Ear Institute Ear Institute, 3434 N.W. 56th St., Oklahoma City, OK 73112; voice: (405) 945-7184, fax: (405) 945-7188, e-mail: h.e.i.p.desk@hotmail.com. Auditory-Verbal International, Inc. (AVI), 2121 Eisenhower Ave., Ste. 402, Alexandria, VA 22314; voice: (703) 739-1049, TDD: (703) 739-0874, fax: (703) 739-0395.

KOTAK 19-5 MANIFESTASI KLINIS GANGGUAN PENDENGARAN**BAYI**

Kurangnya refleks terkejut atau berkedip terhadap suara keras
Gagal terbangun oleh suara bising di lingkungan
Gagal melokalisasi sumber suara pada usia 6 bulan
Tidak ada suara gumaman atau perubahan nada dalam suara pada usia 7 bulan
Ketidakacuhan umum terhadap suara
Kurang berespons terhadap kata yang terucap; gagal mengikuti arahan verbal
Berespons terhadap bunyi keras namun tidak berespons terhadap suara

ANAK

Menggunakan sikap tubuh daripada verbalisasi untuk mengungkapkan keinginan, terutama setelah berusia 15 bulan
Gagal mengembangkan kejelasan berbahasa pada usia 24 bulan
Kualitas monoton, bicara kurang dimengerti, tidak banyak tertawa
Bermain vokal, memukulkan kepala, atau menjejakkan kaki untuk sensasi getaran
Berteriak atau bersuara keras untuk mengungkapkan rasa senang, kejengkelan (tantrum), atau kebutuhan
Meminta untuk mengulang pernyataan atau menjawab pertanyaan dengan tidak tepat
Lebih berespons terhadap ekspresi wajah dan sikap tubuh dibandingkan penjelasan verbal
Menghindari interaksi sosial; sering bingung dan tidak senang dalam situasi tersebut; lebih suka bermain sendiri
Bertanya-tanya, kadang kala dengan ekspresi wajah yang bingung
Kewaspadaan yang penuh rasa curiga, kadang kala ditafsirkan sebagai paranoid, diikuti dengan kerja sama secara bergantian
Sering keras kepala karena kurangnya pemahaman
Mudah marah pada sesuatu yang membuat mereka tidak paham
Malu, kurang percaya diri, dan menarik diri
Sering terlihat "bermimpi," "dalam dunia mereka sendiri," atau sangat tidak memerhatikan

Masa bayi. Pada waktu lahir perawat dapat mengamati respons neonatus terhadap stimulus pendengaran, ditandai dengan refleks terkejut, kepala menoleh, mata berkedip, dan penghentian pergerakan tubuh. Intensitas bayi terhadap respons dapat bervariasi, bergantung pada status kewaspadaan. Namun, tidak adanya reaksi secara konsisten terhadap respons harus mengarah ke dugaan kehilangan pendengaran. Kotak 19-5 meringkas manifestasi klinis lain dari kehilangan pendengaran pada bayi.

Masa kanak-kanak. Anak yang menderita tuli derajat sangat berat lebih mungkin didiagnosis selama masa bayi dibandingkan anak yang menderita tuli tidak terlalu berat. Apabila defek tidak dideteksi selama masa kanak-kanak awal, mungkin defek akan terlihat jelas sewaktu masuk sekolah, ketika anak mempunyai kesulitan dalam belajar. Sayangnya, beberapa anak ini salah ditempatkan ke dalam kelas khusus untuk anak yang mengalami ketidakmampuan belajar atau RM. Karenanya, penting bagi perawat untuk mencurigai adanya gangguan pendengaran



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Anak yang Mengalami Gangguan Pendengaran—lanjutan

Hasil yang Diharapkan

Anak ikut serta dalam aktivitas yang sesuai dengan tingkat perkembangan
 Anak mempunyai hubungan dan pengalaman dengan kawan sebaya

Tujuan 3: *Pasien akan diberi kesempatan pendidikan dalam ruang kelas reguler*

Intervensi Keperawatan/Rasional

Diskusikan dengan guru dan anak tentang cara berkomunikasi secara efektif dengan anak (mis. dengan memfasilitasi membaca gerak bibir) untuk memfasilitasi pendidikan anak
 Tingkatkan sosialisasi dengan teman sekelas untuk mendorong menikmati pendidikan

Hasil yang Diharapkan

Anak menghadiri sekolah secara reguler
 Anak berkomunikasi dengan orang lain dalam ruang kelas

DIAGNOSIS KEPERAWATAN: Perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan diagnosis ketulian pada anak

Tujuan 1: *Pasien (keluarga) akan menyesuaikan diri terhadap kehilangan pendengaran anak*

Intervensi Keperawatan/Rasional

Antisipasi reaksi berduka sebagai bagian dari penyesuaian diri terhadap kehilangan
 Berikan kesempatan kepada keluarga untuk mengungkapkan perasaan dan kekhawatirannya guna meningkatkan penyesuaian diri
 Bantu keluarga mengatasi perasaan berkenaan dengan respons sebelumnya terhadap anak ketika sifat masalah yang sebenarnya tidak diketahui untuk meminimalkan perasaan bersalah
 Bantu keluarga menyadari seberapa besar ketidakmampuan anak dan pengaruhnya yang besar pada perkembangan kemampuan bicara dan bahasa
 Diskusikan keuntungan dan keterbatasan alat pengeras dengan tipe kehilangan pendengaran yang berbeda sehingga keluarga dapat membuat keputusan terinformasi
 Dorong rehabilitasi formal dengan segera untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan normal anak

Hasil yang Diharapkan

Keluarga mengungkapkan perasaan dan kekhawatirannya berkenaan dengan kehilangan pendengaran anak
 Keluarga menunjukkan pemahaman terhadap implikasi kehilangan pendengaran
 Keluarga menjadi terlibat dalam program yang sesuai

Tujuan 2: *Pasien (keluarga) akan mendapat dukungan emosional*

Intervensi Keperawatan/Rasional

Siap sedia untuk keluarga guna memberi bantuan dan dukungan
 Dorong anggota keluarga untuk mendiskusikan perasaan mereka berkenaan dengan ketidakmampuan untuk meningkatkan perkembangan optimal anak
 Tekankan kemampuan anak, bukan ketidakmampuan untuk meningkatkan perkembangan optimal anak
 Menjadi familier dengan teknik yang digunakan untuk berkomunikasi jika perawat menyertai keluarga dalam jangka panjang
 Rujuk keluarga ke lembaga komunitas yang tepat untuk bantuan medis, psikiatrik, pendidikan, pekerjaan, dan keuangan untuk memastikan bahwa seluruh kebutuhan mereka terpenuhi
 Libatkan keluarga dalam kelompok orang tua setempat yang memiliki anak tuli (tunarungu) untuk mendapat dukungan berkelanjutan

Hasil yang diharapkan

Keluarga mengungkapkan perasaan dan kekhawatiran tentang ketidakmampuan dan akibatnya
 Anggota keluarga menyediakan diri untuk menjadi sumber yang tersedia

Tujuan 3: *Pasien (keluarga) akan menunjukkan kelekatan pada anak*

Intervensi Keperawatan/Rasional

Bantu keluarga mengidentifikasi petunjuk lain selain petunjuk verbal yang menandakan komunikasi bayi dengan mereka, karena komunikasi adalah bagian penting dari proses kelekatan
 Dorong keluarga untuk menstimulasi anak dengan isyarat visual dan taktil, karena isyarat pendengaran tidak ada atau hilang
 Tekankan pentingnya terus berbicara pada anak bahkan jika anak tidak dapat mendengar suara mereka untuk meningkatkan normalisasi

Hasil yang Diharapkan

Orang tua dan anak menunjukkan hubungan yang positif

DIAGNOSIS KEPERAWATAN: Risiko cedera yang berhubungan dengan bahaya lingkungan, infeksi

Tujuan (Individu Lain) 1: *Pasien Tidak akan mendapatkan atau mengalami kehilangan pendengaran yang lebih berat*

Intervensi Keperawatan/Rasional

Masa bayi

Dorong imunisasi pada waktu yang tepat untuk mencegah kehilangan pendengaran sensorineural yang didapat karena penyakit pada masa kanak-kanak
 Minimalkan tingkat bunyi dalam unit perawatan intensif, karena ini berhubungan dengan kehilangan pendengaran
 Cegah infeksi telinga; deteksi dini karena infeksi adalah penyebab kehilangan pendengaran yang paling umum

berlanjut



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

POIN PENTING (lanjutan)

- koma, trauma, dan infeksi.
- Tujuan perawatan pada rehabilitasi visual meliputi membantu keluarga dan anak menyesuaikan diri dengan gangguan penglihatan anak, meningkatkan kelekatan orang tua-anak, meningkatkan perkembangan optimal dan kemandirian, memberi permainan dan sosialisasi, dan menyiapkan fasilitas pendidikan.
- Untuk anak yang menjalani pembedahan okular, asuhan keperawatan ditujukan untuk menenteramkan hati anak dan keluarga selama pengobatan, orientasikan anak ke

sekitarnya, berikan lingkungan yang aman, dan dorong kemandirian.

- Pencegahan kerusakan penglihatan berfokus pada skrining pada masa pranatal, perawatan pranatal dan perinatal, skrining penglihatan periodik, imunisasi, dan konseling keamanan.
- Retinoblastoma adalah tumor ganas kongenital yang jarang; manifestasi klinis yang paling umum adalah refleksi mata kucing (pupil berwarna putih) dan strabismus.

Referensi

- American Academy of Pediatrics, Committee on Genetics: Prenatal genetic diagnosis for pediatricians, *Pediatrics* 93(6):1010-1015, 1994.
- American Academy of Pediatrics, Task Force on Newborn and Infant Hearing: Newborn and Infant hearing loss: detection and intervention, *Pediatrics* 103(2):527-530, 1999.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, ed 4 (DSM-IV), Washington, DC, 1994, The Association.
- Applebaum E: Detection of hearing loss in children, *Pediatr Ann* 28(6):351-356, 1999.
- Barrettini S and others: Progressive sensorineural hearing loss in childhood, *Pediatr Neurol* 20(2):130-136, 1999.
- Camp BW and others: Maternal and neonatal risk factors for mental retardation: defining the "at-risk" child, *Early Hum Dev* 50(2):159-173, 1998.
- Carr J: Annotation: long term outcome for people with Down's syndrome, *J Child Psychol Psychiatry* 35(3):425-439, 1994.
- Cronk C and others: Growth charts for children with Down's syndrome: 1 month to 18 years of age, *Pediatrics* 81(1):102-110, 1988.
- Davidson PW: Visual impairment and blindness. In Levine MD, Carey WB, Crocker AC, editors: *Developmental-behavioral pediatrics*, ed 2, Philadelphia, 1992, WB Saunders.
- Donaldson S and others: Retinoblastoma. In Pizzo PA, Poplack DG, editors: *Principle and practice of pediatric oncology*, ed 3, Philadelphia, 1997, JB Lippincott.
- Eilers RE, Oller DK: Infant vocalizations and the early diagnosis of severe hearing impairment, *J Pediatr* 124:199-203, 1994.
- Frederick DW, Williams WL: New definition of mental retardation for the American Association of Mental Retardation, *Image J Nurs Sch* 30(1):53-56, 1998.
- Gurrieri F and others: Pervasive developmental disorders and epilepsy due to maternally derived duplication of 15q11-q13, *Neurology* 52(8):1694-1697, 1999.
- Hagerman RJ, Cronister A: Fragile X syndrome. In Jackson PL, Vessey JA, editors: *Primary care of the child with a chronic condition*, ed 2, St Louis, 1996, Mosby.
- Hixon M and others: FISH studies of the sperm of fathers of paternally derived cases of trisomy 21: no evidence for an increase in aneuploidy, *Hum Genet* 103(6):654-657, 1998.
- LePage EL, Murray NM: Latent cochlear damage in personal stereo users: a study based on click-evoked otoacoustic emissions, *Med J Aust* 169(11-12):588-592, 1998.
- Litovitz T, Schmitz BF: Ingestion of cylindrical and button batteries: an analysis of 2382 cases, *Pediatrics* 89:747-757, 1992.
- Murray J and others: Screening for fragile X syndrome, *Health Technol Assess* 1(4):i-iv, 1-71, 1997.
- Palmer FB, Capute AJ: Mental retardation, *Pediatr Rev* 15(12):473-479, 1994.
- Pueschel SM: The child with Down syndrome. In Levine MD and others, editors: *Developmental-behavioral pediatrics*, ed 2, Philadelphia, 1992, WB Saunders.
- Roizen NJ: Etiology of hearing loss in children: nongenetic causes, *Pediatr Clin North Am* 46(1):49-64, 1999.
- Sarant JZ and others: The effect of handedness in tactile speech perception, *J Rehabil Res* 30:423-435, 1993.
- Schalock RL and others: The changing conception of mental retardation: implications for the field, *Ment Retard* 32(3):181-193, 1994.
- Shaughnessy M and others: Teaching the mentally retarded parenting skills: international perspective, EDRS microfiche report, 1996.
- Slattery WH, Fayad, JN: Cochlear implants in children with sensorineural inner ear hearing loss, *Pediatr Ann* 28(6):359-363, 1999.
- Stoll C and others: Study of Down syndrome in 238,942 consecutive births, *Ann Genet* 41(1): 44-51, 1998.
- Yankowitz J and others: Prospective evaluation of prenatal maternal serum screening for trisomy 18, *Am J Obstet Gynecol* 178(3):446-450, 1998.
- Yoshinaga-Itano C and others: Language of early- and later-identified children with hearing loss, *Pediatrics* 102(5):1161-1171, 1998.

Bibliografi**GANGGUAN KOGNITIF**

- Anderson PL, Kazmmierski S, Cronin ME: Learning disabilities, employment discrimination, and the ADA, *J Learn Disabil* 28(4):196-204, 1995.
- Bailey DB and others: early development trajectories of males with fragile X syndrome, *Am J Ment Retard* 103(1):29-39, 1998.
- Banks EC and others: Effects of low level lead exposure on cognitive function in children: a review of behavioral, neuropsychological and biological evidence, *Neurotoxicology* 18(1): 237-281, 1997.
- Booth T, Booth W: Unto us a child is born: the trials and rewards of parenthood for people with learning difficulties, *Aust NZ Dev Disabil* 20(1):25-39, 1995.
- Chadsey-Rusch J, Linneman D, Rylance BJ: Beliefs about social integration from the perspectives of persons with mental retardation, job coaches, and employers, *Am J Ment Retard* 102(1):1-12, 1997.
- Crocker AC, Nelson RP: Mental retardation. In Levine MD and others, editors: *Developmental-behavioral pediatrics*, Philadelphia, 1999, WB Saunders.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

PEDOMAN

Menegosiasikan "Peraturan Rumah" untuk**Perawatan Di Rumah****PERATURAN RUMAH**

Parkir: Tempat parkir dan peraturan komunitas.

Pintu masuk: Tempat memasuki rumah. Lebih disukai mengetuk pintu atau membunyikan bel?

Kepemilikan personal: Di mana perawat menyimpan mantel mereka, sepatu bot, dsb.? Apakah keluarga lebih suka memakai sandal atau sepatu di dalam rumah?

Makanan: Di mana perawat dapat menyimpan makanan mereka sendiri? CATATAN: Ini merupakan keberagaman budaya klien yang sangat penting.

Radio dan televisi: Identifikasi kesukaan berkenaan dengan penggunaan. Ingat, ini dapat membantu perawat tetap terjaga di malam hari.

Ruangan pasien: Perawat bertanggung jawab terhadap lingkungan anak yang terkini. Mempertahankan area kerja yang bersih dan membersihkan ruangan pada akhir tugas jaga adalah tanggung jawab perawat.

Telepon: Kebijakan lembaga dapat menetapkan bahwa semua telepon personal dibatasi untuk periode waktu yang sangat singkat dan dibebankan pada perawat jika mereka menggunakan telepon tersebut. CATATAN: Banyak perawat perlu masuk ke dalam rumah pada beberapa interval selama malam hari.

Pengunjung: Identifikasi siapa saja yang memasuki rumah ketika orang tua tidak di rumah (yakni, teman anak atau kakek dan nenek). Harus tersedia daftar nama.

Privasi: Gambarkan bagian rumah mana yang tidak boleh dimasuki perawat dan pada jam berapa.

ANAK

Rutinitas: Identifikasi dengan jelas waktu untuk bermain, mandi, dan waktu tidur. Apakah orang tua ingin berpartisipasi dalam rutinitas ini?

Waktu makan: Identifikasi dengan jelas di mana orang tua ingin memberi makan anaknya; jika menggunakan slang lambung, identifikasi dengan jelas pilihan seperti bagaimana dan di mana makanan diberikan.

Berpakaian: Identifikasi siapa yang membereskan pakaian anak. Identifikasi di mana tempat cuci dan siapa yang bertanggung jawab untuk mencuci pakaian anak yang sakit.

Disiplin: Diskusikan pedoman khusus untuk disiplin.

Pekerjaan rumah: Diskusikan kapan tugas ini harus dilakukan dan siapa yang bertanggung jawab untuk menyelesaikannya.

SIBLING

Disiplin: Tetapkan pedoman berkenaan dengan bagaimana orang tua harus diinformasikan tentang konflik saudara kandung dan bagaimana disiplin harus ditangani.

Perawatan pasien: Rinci hal-hal yang berkenaan dengan bagaimana anak harus membantu perawatan anak. Diskusikan setiap kekhawatiran mengenai perilaku yang dapat membahayakan keamanan anak dan saudara kandung.

PERAWAT

Perhatian orang tua: Identifikasi dengan jelas informasi apa yang ingin segera diketahui keluarga dan informasi apa yang dapat diberikan setelah mereka tiba di rumah.

Batas tanggung jawab: Identifikasi dengan jelas tugas-tugas perawat yang tidak harus dilakukan, misalnya mengantarkan anak ke fasilitas perawatan.

Lingkungan: Diskusikan kebutuhan akan penerangan yang adekuat dan area kerja yang nyaman.

Dimodifikasi dari Klug R: Clarifying roles and expectation in home care, *Pediatr Nurs* 19(4): 375, 1993.

KOLABORASI ANTARA PROFESIONAL-ORANG TUA

Praktik keperawatan berpusat pada keluarga dibangun berdasarkan kolaborasi antara profesional-orang tua, yang mewakili perpindahan dari hubungan tradisional satu arah antara pemberi asuhan kesehatan dan keluarga. Inti kompetensi yang penting untuk kolaborasi telah dikembangkan (McDaniel dan Campbell, 1996). **Hubungan kolaboratif**, penting dalam lingkungan perawatan di rumah, dikarakteristikkan dengan beberapa ciri (Bishop, Woll, dan Arango, 1993):

Komunikasi—Meliputi pemberian informasi kepada orang tua secara lengkap dan tidak bias mengenai perawatan dan prognosis anak.

Dialog—Pertukaran informasi dan pembagian reaksi serta ide.

Menjadi pendengar aktif—Mendengar diantara kata-kata untuk mendengarkan dan memahami fokus pembicaraan, termasuk memeriksa untuk meyakinkan bahwa interpretasi benar.

Pengetahuan dan penerimaan perbedaan—Kesediaan untuk memeriksa bias budayanya sendiri dan menerima bahwa orang lain dapat berpikir dan bertindak dengan sistem nilai yang berbeda.

Negosiasi—Proses memeriksa pilihan yang berbeda, prioritas, dan pilihan yang paling memenuhi kebutuhan anak dan keluarga.

Komunikasi dengan keluarga seharusnya tidak bersifat invasif. Tidak perlu mengumpulkan informasi dari keluarga yang dapat diperoleh dari status anak. Perawat harus menjelaskan alasan pertanyaan diajukan kepada keluarga, terutama pertanyaan yang mungkin dipersepsikan keluarga sebagai gangguan, dan harus memberi informasi kepada keluarga siapa saja yang akan mempunyai akses terhadap informasi. Perawat juga harus meyakinkan keluarga bahwa mereka mempunyai hak untuk mengharapkan kerahasiaan berkenaan dengan data yang dikumpulkan. Apabila bekerja di rumah, perawat harus menghargai privasi komunikasi anggota keluarga satu sama lain yang mungkin terdengar secara tidak sengaja.

KEWASPADAAN Keperawatan Perawat keluarga harus membatasi komunikasi mereka dengan profesional lain berkenaan dengan informasi yang relevan secara klinis tentang keluarga.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Instruksi asli:

Jelaskan pada anak bahwa setiap wajah adalah seseorang yang merasa bahagia karena ia tidak merasakan nyeri (sakit) atau sedih karena ia merasakan sedikit sakit atau sakit yang paling sakit. **Wajah 0** sangatlah bahagia karena ia tidak merasakan sakit sama sekali. **Wajah 1** sedikit merasakan sakit. **Wajah 2** sedikit lebih sakit. **Wajah 3** lebih sakit. **Wajah 4** sakit sekali. **Wajah 5** sakit yang paling sakit yang pernah kamu rasakan, meskipun kamu tidak perlu menangis untuk merasakan sakitnya. Minta anak untuk memilih wajah yang paling dapat menggambarkan apa yang ia rasakan.

Skala penilaian dianjurkan untuk anak usia 3 tahun atau lebih.

Instruksi singkat: Tunjuk masing-masing wajah dengan menggunakan kata-kata untuk menggambarkan intensitas nyeri. Minta anak memilih wajah yang paling menggambarkan nyerinya dan catat nomor yang benar. *Catatan:* Pada sebuah studi yang dilakukan pada 148 anak berusia 4 sampai 5 tahun, tidak terdapat perbedaan dalam nilai nyeri pada waktu anak menggunakan instruksi asli atau singkat. (Dalam Wong D, Baker C: *Reference manual For the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale*, Duarte, CA, 1998, City of Hope Mayday Pain Resource Center.)

* Skala ini dapat difotokopi untuk kegunaan klinis.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- hiperbilirubinemia dan, 327-328
 dyad, [269](#)
 hospice, [313](#)
 ibu-anak, [269](#)
 keamanan bersepeda dan, 579
 keamanan mengendarai papan
 seluncur dan *in-line-skate*, 580
 keperawatan holistik, 86-87
 kesehatan
 karakteristik budaya yang berkaitan
 dengan, 98-103
 keyakinan religius tentang, 88-97
 kompeten secara budaya, [27](#)
 komunitas, [29](#)
 lingkungan, [13](#)
 membantu anak-anak di sekolah, 571
 meminimalkan perilaku yang salah, [53](#)
 menggunakan *time-out*, 54
 panduan selama masa sekolah, 580
 pedoman selama masa remaja, 608
 pemantauan apnea, [456](#)
 prasekolah dan, 507
 setelah pemulangan awal, 270
 terapeutik, [13](#)
 toddler dan, 490
 Atopi, 446
 Atrium
 kanan, 210
 kiri, 210
 Aturan, anak usia sekolah dan, 563, [566](#)
 Audiometri, 204
 Aurikula, 200
 Auskultasi
 abdomen, [213](#)
 dari suara napas neonatus, 242
 jantung, 211-212
 suara napas, 210
 Autisme, 458-459
 Autonomi, [17](#)
 toddler dan, 465
 versus malu dan ragu-ragu, 118
 Autopsi, 696
 Ayah
 dampak dari anak berkebutuhan
 khusus pada, 659
 keterlibatan ayah, 267
 orang tua tunggal, 62
 transisi ke masa menjadi orang tua, 50
 Azarcon, [85](#)
 keracunan timbal dan, 537
B
 Bacaan
 dampak pada pembelajaran dan
 pertumbuhan, 131
 Bahasa
 tubuh, 144
 autisme dan, 458
 bayi dan, 381
 isyarat, 721
 pengalihan, 138
 penghindaran, 138
 perkembangan dari, 120-382
 prasekolah dan, [494](#), 496, 500
 toddler dan, 470, 473
 tubuh, 138
 Balon, sufokasi dan, [419](#)
 Bank emosi, 130
 Bantuan ventilasi
 untuk bayi baru lahir risiko tinggi, 290
 Baptis, 88
 Barrel chest, 208
 Batang penis, 215
 Batasan
 karakteristik, [23](#)
 keluarga, 38
 Bathing trunk nevus, [285](#)
 Batuk rejan, 516-519
 Bayi baru lahir, 227-370
 risiko tinggi, 286-321
 klasifikasi, 286-287
 abnormalitas kongenital pada, 354
 bayi baru lahir risiko tinggi dan,
 terpajan obat, 348-355
 cedera kelahiran pada, 280-284
 cedera jaringan lunak, 280
 fraktur, [281](#)
 paralisis, 282-283
 trauma kepala, 280-281
 eritema toksikum neonatorum pada,
 284
 fenilketonuria pada, 358-360
 hiperbilirubinemia dan, 322-328
 hipotiroidisme bawaan pada, 355-358
 hubungan orang tua-bayi, [265-269](#)
 kandidiasis pada, 284-285
 komplikasi
 kardiovaskular pada, 338-339, 342
 metabolik pada, 332, [333](#)
 pernapasan pada, 338, 340-341
 serebral pada, 339, 343
 kondisi maternal dan, 347-355
 diabetes melitus, 347-348
 infeksi, 351-352, 353
 mempertahankan kestabilan suhu
 tubuh, [253](#)
 mempertahankan patensi jalan napas
 pada, 252-253
 necrotizing enterocolitis dan, 346-347
 nutrisi dan, 260-265
 pengkajian dari, 232-252, 248-252
 abdomen dan, 242, 250-251
 dada dan, [241](#), 250
 ekstremitas, 243-245, 251-252
 genitalia femina, 242, 251
 genitalia maskulina, 242-243, 251
 hidung dan, 239, [249](#)
 jantung dan, [241-242](#), 250
 keadaan umum pada, 248
 kepala dan, [249](#)
 kulit dan, 248-249
 leher dan, [241](#), 250
 mata dan, 239, [249](#)
 mulut dan tenggorokan, [241](#), 249-
 250
 paru dan, [241](#), 250
 pengukuran umum, 248
 periode reaktivitas, [245](#)
 pola tidur dan aktivitas, 246-247
 punggung dan anus dan, 243, 251
 refleksi dan, 244
 sistem neurologis, [245](#), 252
 telinga dan, 239, [249](#)
 tingkah laku keterikatan, 247
 berat badan sehubungan dengan
 usia gestasional dan, 236, 232-
[233](#)
 keadaan umum, [237](#), [237-238](#)
 kepala dan, [237-238](#)
 kulit dan, [237](#)
 pengukuran umum dalam, 232-237
 refleksi dan, 240
 sistem skoring APGAR, 232
 penyakit hemolitik, [329-332](#)
 penyesuaian terhadap kehidupan
 ekstrauterin, 228-231
 perlindungan dari infeksi dan cedera,
[253-260](#)
 rencana pemulangan, [269-274](#)
 risiko tinggi, 286-321
 bayi postmatur, [321](#)
 bayi preterm, 319, 320-321
 dukungan dan keterlibatan
 keluarga dengan, 307-308
 dukungan respirasi untuk, 290
 hidrasi dan, [293-294](#)
 intervensi dan asuhan
 perkembangan untuk, 299-
 302, 304
 kematian, 312, 319
 klasifikasi, 286-287
 konservasi energi untuk, [297](#)
 memfasilitasi hubungan orang tua-
 bayi, 308-311
 nutrisi untuk, 294-297
 nyeri dan, 302-307
 pemantauan data fisiologis, 287-289
 pemberian obat, 298
 pengkajian sistematis, 287
 penolakan pemberian makanan
 pada, [297](#)
 perawatan kulit untuk, 298
 perencanaan pemulangan dan
 asuhan di rumah, 312
 perlindungan terhadap infeksi, 292-
[293](#)
 rencana asuhan keperawatan
 untuk, 314-318
 stres dan, 298
 termoregulasi dan, 290-292
 sepsis dan, 344-346
 tanda lahir, [285-286](#)
 tekanan darah, 191
 tidur dan istirahat, 115
 Bayi, 371-462
 alternatif pengaturan asuhan anak
 dan, [386-387](#)
 apnea pada masa bayi, [456-458](#)
 autisme dan, 458-459
 besar untuk usia gestasinya, 287
 berat badan
 kecil untuk usia gestasinya, 287
 kecil untuk usianya, 287
 lahir ekstrem rendah, 287
 hidrasi untuk, [293-294](#)
 intervensi perkembangan untuk,
 299-302
 perawatan kulit untuk, 298



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Dismenore, 620
 primer, 620
 sekunder, 620
 Displasia bronkopulmonal, 340
 Dispnea, 210
 Disproporsi sefalopelvik, 280
 Distosia, 280
 Distres
 fisik, [13](#)
 Psikologis, [13](#)
 Dokumentasi, proses keperawatan dan, [24](#)
 Donasi
 jaringan, [695](#)
 organ, [695](#)
 Dot
 bayi dan, 387, 394-395
 desain, [419](#)
 Duduk, bayi dan, 375-377
 Duka cita,
 kematian neonatal dan, 312, [313](#)
 Dukun, 84
 Dukungan pernapasan
 pada sindrom gawat pernapasan, 335
 untuk bayi baru lahir risiko tinggi, 290
 Dwarfisme, [617](#)
 deprivasi, [617](#)
 psikososial, [617](#)

E

Easy child, 115
Educable mentally retarded, 704
Education for All Handicapped Children Act, [11](#)
 Efek ganda, [690](#), 694
 Ego, [117](#)
 anak usia sekolah dan, 567
 toddler dan, 466
 Egosentrisme, 119
 prasekolah dan, [494](#)
 toddler dan, 469
 Ekimosis
 perbedaan ras dalam, 192
 terkait-kelahiran, 280
 Eksantema subitum, 514-515
 Ekshibisionisme, 543
 Eksoforia, [197](#)
 Ekstremitas, 251-252
 dari bayi baru lahir, 243-245
 pemeriksaan fisik, 216
 pengkajian klinis tentang status nutrisi dan, 170
 Ekstubasi, 308
 Elektroda
 bayi baru lahir risiko tinggi dan, [289](#)
 untuk pemantauan apnea di rumah, [456](#)
 Elektroensefalografi, [341](#)
 Eliminasi
 toddler dan, 464
 toilet training dan, 471-474
 Emfisema interstisial paru, 334
 Emosi
 dari orang tua anak berkebutuhan khusus, 672-674
 keluarga dari anak berkebutuhan khusus, 662-664

remaja dan, 591
 respons terhadap perceraian, 60
 toddler dan, 466
 Empati, 144
 Enkopresis, 639
 Ensefalopati bilirubin, 324
 Enterobiasis, 529
 Enterovirus, [518-519](#)
 Eruklesi, retinoblastoma dan, 735
 Enuresis, [638-639](#)
 Epidemiologi, [29-30](#)
 Epifisis, [113](#)
 Epispadia, 251
 Ergokalsiferol, [437-438](#)
 Eritema, 192
 infeksi, 514-515
 toksikum neonatorum, 248, 284
 Eritoblas, [329](#)
 Eritroblastosis fetalis, [329](#)
 Eritrosit protoporfirin, 536
Erythema infectiosum, 351
Escherichia coli,
 sepsis dan, 344
 Estrogen, 586
 Etiologi, diagnosis keperawatan dan, [22](#)
 Etnisitas, 68, 70
 Eufimisme, 138
 Eutanasia, 685
Eutectic mixture of local anesthetics, 259
 Evaluasi, proses keperawatan dan, [24](#)
Evil eye, 84
Evoked otoacoustic emissions, 204
 Eye,
 bayi baru lahir
 paralisis fasial dan, 283

F

Fagosit, 230
 Faktor
 hereditas
 dalam kerentanan, [77-78](#)
 pada obesitas, 630
 keturunan
 pada temperamen, 115
 pengaruh pada tumbuh-kembang, 127
 risiko
 diagnosis keperawatan, [21](#)
 penyakit menular dan, 511
 untuk penganiayaan fisik, 541-543
 sitrovorum, 436
 sosioekonomi
 dalam kerentanan terhadap masalah kesehatan, 78-79
 dalam tumbuh-kembang, [129](#)
 pada penganiayaan fisik, 543
Family and Medical Leave Act, 11, 63-64
Family day care home, [386](#)
 Fase
 prakonseptual
 prasekolah dan, [494](#)
 toddler dan, 467
 praoperasional, [494](#)
 sensorimotor
 bayi dan, [378-380](#)
 toddler dan, 466-467

taking-in, [269](#)
 Fasilitas pengasuhan anak, [386-387](#)
 Fasilitator, [145](#)
 Feniketonuria, 255, 358-360
 Fenilalanin, 358
 hidroksilase, 358
 Fentanil
 untuk nyeri neonatal, [305](#)
 Fetus
 agens kimia menyebabkan defek kelahiran, 355
 infeksi maternal dan, 351-353
 kematian, 287
Fever blister, 525
 Filosofi asuhan, [12-13](#)
Finger spelling, 734
 Fisioterapi pernapasan
 pada sindrom gawat pernapasan, 338
 Fisura palpebra, 194
 Fitat, 433, 442
 Fluorida
 bayi dan, 404
 defisiensi atau kelebihan, 439-440
 suplemen, 480
 Fluorosis, 206
 Fobia sekolah, 640-641
 Fokomelia, 251
 Folasin, 436
 Folikel rambut, 230
 Fontanela, 238, [249](#)
 anterior, 238, [249](#)
 posterior, 238, [249](#)
Food Guide Pyramid, 443-444
Forced kneeling, [85](#)
 Format PES, [21-22](#)
 Formula, [261](#)
 persiapan, 264-265
 susu evaporasi, [261](#)
 Fosfenitoin, 343
 Fosfor
 defisiensi atau kelebihan, 441
Foster care, 63
 Fotoisomerisasi, 324
 Fototerapi untuk hiperbilirubinemia, 323, 324, 326-327
 Fovea sentralis, 195, 231
 Fraktur
 akibat penekanan, 615
 manifestasi klinis dari penganiayaan fisik, 546
 pada plat pertumbuhan, [113](#)
 penekanan, 615
 terkait-kelahiran, [281](#)
 Frenulum, [241](#)
 lidah, [241](#)
Friends (Quakers), 90
 Frustasi,
 prasekolah dan, 504
 Fundus, 195
 Fungisida, 284
 Fungsi
 keluarga, 43, [161-165](#)
 mental
 anak usia sekolah dan, 568-569
 perkembangan dari, 116-122
 serebral, 219-221



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

K

- Kabur, 72
- Kacamata, 130, 733
- Kafein, [456](#)
- Kahuna, 84
- Kakek dan nenek,
 - dampak dari anak berkebutuhan khusus pada, 660-661, 677
 - perceraian dan, [61](#)
 - sebagai orang tua, [41](#)
- Kaki, [217](#)
 - bayi preterm, 320
 - pemeriksaan, [217-218](#)
 - sindrom Down dan, 714
- Kalahiran kembar, 48-49
- Kaliper lange, 182
- Kalium
 - defisiensi atau kelebihan, 441
- Kalsium
 - defisiensi atau kelebihan, 439
 - dinatrium edetat, 539
 - hipokalsemia dan, [333](#)
- Kandidiasis
 - oral, 284
 - sariawan, 250, 284
 - sepsis dan, 344
 - vaginitis, 620
- Kandung kemih
 - anak usia sekolah, 560
 - enuresis dan, [638](#)
- Kanker
 - retinoblastoma, 734-736
 - testis, 621
- Kantong plastik, sufokasi dan, 420
- Kandung kemih
 - dari bayi baru lahir, [229-230](#)
- Kantus
 - lateral, 194
 - medial, 194
- Kaput suksedaneum, [249](#), 280
- Karakteristik seks
 - primer, 585
 - sekunder, 585
 - yang diturunkan, 127
- Karbon aktif, 534
- Karies, 206
 - anak usia sekolah dan, 575-577
 - botol saat menyusui, 480
 - botol, 404, 480
 - botol-mulut, 480
 - gigi, 206
 - todler dan, 478
- Karotin, 434
- Kartu Allen, [197](#)
- Karunkula, 194
- Karyotyping, 362
- Katarak, [361](#), 725
- Katartik, 534
- Katolik Roma, [97](#)
- Katup
 - mitral, 211
 - pulmonal, 211
 - semilunaris, 211
 - trikuspidalis, 211
- Kavitas, 206
- Keadaan
 - dari bayi baru lahir, 248, [237-238](#)
 - kotor, 639
 - tidur bangun, 246-247
 - umum, [237](#)
 - dari bayi baru lahir, [237-238](#), 248
- Keadilan, [17](#)
- Keamanan
 - anak usia sekolah dan, 579, [581-582](#)
 - bayi dan, 415-425
 - aspirasi benda asing, 415-418
 - cedera kendaraan bermotor, 420-421
 - daftar keamanan di rumah, 426-427
 - jatuh, 421-422
 - keracunan, 422-423
 - kerusakan tubuh, 424
 - luka bakar, 423-424
 - peran perawat dalam, 424-425
 - sufokasi, [419-420](#)
 - tenggelam, 424
 - dari mainan, 126, 128
 - fototerapi dan, 326-327
 - hospitalisasi anak penderita gangguan penglihatan dan, 732
 - in-line-skate, 580
 - mengendarai papan seluncur, 579
 - penyakit kronis pada anak dan, 678-679
 - perawatan di rumah dan, 750
 - prasekolah dan, 506-507
 - remaja dan, [605-608](#)
 - sepeda, 578, 579
 - todler dan, 480-490
 - aspirasi dan sufokasi, 488
 - cedera kendaraan bermotor, 481-485
 - jatuh, 488
 - keracunan, [487](#)
 - kerusakan tubuh, 489-490
 - luka bakar, 486-487
 - tenggelam, 485
- Keberadaan
 - benda, 467, 469
 - objek, 379
- Keberagaman budaya, 75
- Kebergantungan fisik, 643
- Kebiasaan, [157](#)
 - makan, 82-83
 - prasekolah, [505](#)
 - remaja dan, 601
 - todler, 477
- Kebingungan peran, 118
- Kebisingan lingkungan, gangguan pendengaran, 718, 723-726
- Kebisingan, gangguan pendengaran, 718, 723-726
- Kebudayaan,
 - perawatan di rumah dan, 744
- Kebutaan, 726, 734
 - anak buta-tuli, 734
 - definisi dan klasifikasi dari, 724-725, 726
 - etiologi, 726-727
- evaluasi intervensi keperawatan pada, 734
- hospitalisasi dan, 732-733
- kelekatan orang tua-anak, 730
- pencegahan, 733
- pendidikan dan, 730-732
- Kebutuhan
 - cairan, 114
 - kalori, 444
 - laju metabolik basal, 114
 - prasekolah, [505](#)
 - todler, 477
- kehusus
 - koping dengan, 661-662
 - tren dalam keperawatan, [654-657](#)
- kehusus anak
 - gangguan kognitif dan bermain dan berolah raga, 708-709
 - pendidikan mengenai gangguan, 678-679
 - meningkatkan perkembangan normal, 679-684
 - tujuan masa depan yang realistis pada, 683-684
 - pengambilan keputusan di akhir kehidupan, 685-690
 - prinsip perawatan paliatif, 685
 - penatalaksanaan nyeri/gejala pada, [690-693](#)
 - rencana asuhan untuk anak yang menderita penyakit terminal, 691-693
 - pendidikan mengenai gangguan, 693-694
 - takut akan, 694-695
 - autopsi setelah kematian, [695](#)
 - donasi organ atau jaringan, [695](#)
 - berduka dan berkabung pada, 696-698
 - reaksi perawat terhadap anak yang menjelang ajal, 698-699
 - gangguan kognitif dan, 704-717
 - diagnosis dan klasifikasi, 704, 706
 - disiplin dan, 709
 - etiologi, 704-705
 - hospitalisasi dan, 710, 711
 - keterampilan perawatan-diri, 707-708
 - komunikasi dan, 709, 710
 - pendidikan dan, 706-707
 - Pengkajian, 706
 - rencana asuhan keperawatan dan, 712-713
 - seksualitas dan, 710
 - sindrom Down dan, 711-716
 - sindrom fragile X dan, 716-717
 - sosialisasi dan, 709-710
 - gangguan pendengaran dan, 717-726
 - gangguan penglihatan dan, 726, 734, 730-732
 - definisi dan klasifikasi dari, 724-725, 726
 - etiologi, 726-727



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- anak usia sekolah dan, 567
remaja dan, 596-599
Konservasi, 119, 562, 563
Kontak
cara kanguru
bayi baru lahir risiko tinggi dan, 292, 301
kanguru,
pada penyakit kronis, 665
kulit ke kulit, bayi baru lahir risiko tinggi dan, 292, 301
mata, 81-82
Kontinuitas
asuhan, 30-31
generasi, 49
peran, 44
Kontrasepsi
darurat, 625
oral, 620, 625
pascakoitus, 625
remaja dan, 622-623, 624-625
remaja yang menderita gangguan kognitif, 710
yang ditanam, 625
Kontrol
diri, 118
infeksi,
untuk perlindungan bayi baru lahir, 253
kepala, 193, 238, 374, 375
Konversi energi untuk bayi baru lahir risiko tinggi, 292
Koordinasi
fungsi serebelar dan, 221
keperawatan, 742
peran perawat pediatrik dalam, 17
Koping, 130
dengan anak berkebutuhan khusus, 661-662
dengan penyakit kronis, 668, 674-676
gangguan stres pascatrauma dan, 639-640
transisi ke masa menjadi orang tua dan, 51
Kornea, 194, 239
Korosif, 531
Kram, 449
Kraniofasi, 238, 249
fisiologis, 238, 249
Kreativitas, 125
Krepitasi, 241
Krepitus, fraktur terkait-kelahiran, 281
Krisis, teori stres keluarga, 38
Kristus dari orang-orang suci akhir zaman, 90
Kuadran
kanan atas, 212
kanan bawah, 212
kiri atas, 212
kiri bawah, 212
Kuesioner
Temperamen Bayi yang Direvisi, 384
Temperamen Masa Bayi Awal, 385
Kuku, 191
Kulit
abdomen, 212
bayi baru lahir
bayi risiko tinggi, 298
risiko tinggi, 288
bayi postmatur, 321
bayi preterm, 319
cacar air dan, 512-513
campak dan, 516-517
dari bayi baru lahir, 230, 248-249
keadaan umum, 237
mandi dan, 256
demam Scarlet dan, 520-521
eritema infeksius dan, 514-515
hitam, 75-76
keyakinan kesehatan, 100-101
mortalitas bayi dan, 4-5
kepala
kaput suksedaneum dan, 280
pemeriksaan fisik dari, 191
pemeriksaan fisik dari, 191-192
pengkajian klinis tentang status nutrisi dan, 169
perbedaan seks dalam pola pertumbuhan, 589
ruam
pada cacar air, 512-513
pada campak, 516-517
pada demam Scarlet, 520-521
pada eksantema subitum, 514-515
pada eritema infeksius, 514-515
pada eritema toksikum neonatorum, 284
pada rubella, 518-521
rubella dan, 518-521
sindrom Down dan, 714, 715
tanda lahir, 285-286
telinga, 200
tinjauan sistem dan, 159
warna, 233, 237
kerentanan dan, 77-78
Kurang perhatian, 635-638
Kursi
keamanan mobil
untuk anak berkebutuhan khusus, 678
keselamatan mobil
untuk bayi, 420-421
roda, 679
Kutis marmorata, 248
Kwashiorkor, 444
L
Labia
mayora, 215, 216, 242
minora, 215, 216
Lag kepala, 238
Lahir
hidup, 287
spontan, 248
Laissez-faire parent, 52
Laju metabolik basal, 114
Laju perkembangan, 110
Laki-laki
kecenderungan umum penambahan tinggi dan berat badan, 114
kebutuhan kalori dan protein harian yang dianjurkan, 115
kemungkinan seksual pada, 588
Laktase, 448
Labia minora, 242
Langit-langit
mulut
sariawan dan, 284
pengkajian bayi baru lahir, 241
stomatitis dan, 523-526
Lapisan mukosa hidung, 205
Larutan hiperosmolar
bahaya bagi bayi preterm, 298
Laserasi
manifestasi klinis dari penganiayaan fisik, 546
Latchkey child, 571
Latihan defekasi, 471-474
Latihan
anak usia sekolah dan, 574-575
Latino, 76
League, 264
Ledakan pertumbuhan, 588
Legal blindness, 726
Leher, 250
dari bayi baru lahir, 241, 250
pemeriksaan fisik, 193-194
pengkajian klinis tentang status nutrisi dan, 169
sindrom Down dan, 714
tinjauan sistem dan, 159
Lemak
tubuh, ketebalan lipatan kulit, 182
pada makanan bayi, 399
Lembaga perawatan di rumah, 741
Lengan
paralisis brakial bayi baru lahir dan, 282
pemeriksaan, 217-218
pengukuran tekanan darah dan, 190
Lengkung
palatofaringeal, 207
palatoglosal, 207
Lensa
kontak, 733
mata, 194
Leukokoria, 735
Leukopenia, 345
Library of Congress, 731
Lidah
pemeriksaan rongga mulut, 206
pengkajian klinis tentang status nutrisi dan, 170
sariawan dan, 284
sindrom Down dan, 715
stomatitis dan, 523-526
strawberi, 520
Limbus, 194
Limfonodi
inguinalis, 243
Lingkar
dada, 248, 464
dari bayi baru lahir, 233
kepala, 182-183
dari bayi baru lahir, 233, 248
todler, 464
lengan atas, 166
lengan, 182



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- fasial, terkait-kelahiran, 282
 Klumpke, 282
 nervus frenikus, 282-283
 terkait-kelahiran, 282-283
Paramyxovirus, 516
 Parasuicide, 646
 Parotitis, 516-517, 516-519
 Paru, 250
 dari bayi baru lahir, [241](#)
 pemeriksaan fisik, [209-210](#)
 penyakit membran hialin pada, 332-338
 penyesuaian bayi baru lahir terhadap kehidupan ekstrauterin dan, 228
 Paru-paru
 tinjauan sistem dan, 159
 Parvovirus
 infeksi maternal, 351
 pada eritema infeksius, 514-515
 Pascapubertas, 585
 Paten duktus arteriosus, 342
 Patensi
 anal, 243
 jalan napas pada bayi baru lahir, 252, [253](#)
 Paylooh, [85](#), 537
 Payudara
 pemeriksaan, [209](#)
 pengkajian klinis tentang status nutrisi dan, 170
 perkembangan, 586
Pediatric nurse practitioner, [16](#)
 Pedodontis, 478
 Pedofilia, 543
 Pedoman
 antisipasi, [145](#)
 Pencegahan cedera dan, [9](#)
 praktik klinis, [14](#)
 Pelaporan penganiayaan anak, 549
 Pelatihan otoskopi, 200
 Pelayanan Kesejahteraan Anak, 11
 Pemantauan perawatan, 655, 656
 Pemantauan
 bayi baru lahir risiko tinggi, 287-289
 pada apnea masa bayi, [456](#)
 Pembagian
 fisiologis, 211
 hak asuh, [61](#)
 tetap, 211
 Pembakaran, [85](#)
 Pemberdayaan, [12](#), 662, 675
 Pemberi asuhan, [12](#)
 Pemberian ASI
 dengan botol, 294-295, 296
 dengan gavage, 296-297
 enteral minimal, 294
 Pemberian makanan di malam hari, 403
 Pemberian susu, 397
 sesuai permintaan, [265](#)
 Pembuatan peraturan
 anak yang menderita gangguan kognitif, 709
 Pembunuhan, masa remaja akhir dan, [5](#)
 Pemeriksaan
 fisik, 174-226
 abdomen, 212-214
 anus, 216
 dada, 206-209
 dalam perlakuan salah pada anak, 549
 dari bayi baru lahir, 232-253
 abdomen dan, 242, 250-251
 berat badan sehubungan dengan usia gestasional, 232-233, 236
 dada dan, [241](#), 250
 ekstremitas dan, 251-252
 ekstremitas, 243-245
 genitalia femina, 242, 251
 genitalia maskulina, 242-243, 251
 hidung dan, 239, [249](#)
 jantung dan, [241-242](#), 250
 keadaan umum, [237-238](#), 248
 kepala dan, [237-238](#), [249](#)
 kulit dan, [237](#), 248-249
 leher dan, [241](#), 250
 mata dan, 239, [249](#)
 mulut dan tenggorokan, [241](#), [249-250](#)
 paru dan, [241](#), 250
 pengukuran umum dalam, 232-[237](#), 248
 periode reaktivitas, [245](#)
 pola tidur dan aktivitas, 246-247
 punggung dan anus dan, 243, 251
 refleks dan, 240, 244
 risiko lahir, 288
 risiko tinggi, [289](#)
 sistem neurologis, [245](#), 252
 sistem skoring APGAR, 232
 telinga dan, 239, [249](#)
 tingkah laku keterikatan, 247
 dari dada, 208
 dari kulit, 191-192
 dari paru, [209-210](#)
 genitalia, 214-216
 hidung, 203-205
 jantung, 211, 212
 kelenjar limfe, 192
 kepala dan leher, [193-194](#)
 kulit, 191
 mata, 194-200
 mengukur suhu, 184-187
 mulut dan tenggorokan, 206
 penampilan umum dan, 190-191
 pengkajian neurologis, 219-221
 Pengkajian perkembangan dan, [221-224](#)
 pengukuran denyut nadi dalam, 187
 pengukuran pernapasan dalam, 187
 pengukuran pertumbuhan dalam, 176-183
 persiapan anak untuk, 175-178
 punggung dan ekstremitas, 216-219
 tekanan darah dan, 187-190, 191
 telinga, 200-203
 uji keselarasan pendengaran dan membran timpani dalam, 204-[205](#)
 urutan dari, 175
 funduskopi, 195
 gaya berjalan, [217](#)
 ginekologis, 620
 neurologis, 219-221
 otoskopi, 202-203
 struktur asesorius, 191-192, [193](#)
 testis sendiri, 621
 Pemerkosaan, 627-629
 lengkap, 627
 seksual, 627-629
 terhadap anak di bawah umur, 627
 Pemikiran
 abstrak, 591-592
 intuitif, 119
 konseptual, 561, 562
 perseptual, 561
 Pemuasan lambat, [378](#)
 Pemukulan, 55
 Penampilan
 pemeriksaan fisik dan, 190-191
 tinjauan sistem dan, 159
 umum
 tinjauan sistem dan, 159
 pemeriksaan fisik dan, 190-191
 Penanganan
 kedaruratan
 pada keracunan, 532-535
 laser terhadap *port-wine stain*, [285](#), 286
 Penatalaksanaan
 gawat darurat, 731
 untuk gigi yang tanggal, 577
 kasus, [14](#), [30](#)
 perawatan di rumah dan, 741-742
 penyakit, [30](#)
 Pencegahan
 cedera, [8-9](#), 415-425
 anak usia sekolah dan, 578-580, [581-582](#)
 aspirasi benda asing, 415-418
 aspirasi dan sufokasi, [419-420](#), 488
 bayi dan, 415-425
 aspirasi benda asing, 415-418
 cedera kendaraan bermotor, 420-421
 daftar keamanan di rumah, 426-427
 jatuh, 421-422
 keracunan, 422-423
 kerusakan tubuh, 424
 luka bakar, 423-424
 peran perawat dalam, 424-425
 sufokasi, [419-420](#)
 tenggelm, 424
 cedera kendaraan bermotor, 420-421, 481-485
 daftar keamanan di rumah, 426-427
 jatuh, 421-422, 488
 keracunan, 422-423, [487](#)
 kerusakan tubuh, 424, 489-490
 luka bakar, 423-424, 486-487
 peran perawat dalam, 424-425
 prasekolah dan, 506-507
 remaja dan, [605-608](#)
 tenggelm, 424, 485
 todler dan, 480-490



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- diri, 749
 gangguan kognitif dan, 707-708
 gangguan penglihatan, 730
 penyakit kronis dan, 668
 hospice, 740
 paliatif, 685
 pediatrik
 peranan
 pada keamanan bayi, 424-425
 spiritual
 mitos yang dikaitkan dengan
 pengaruh pranatal, 87
 Perbaikan kualitas kontinu, [24](#)
 Perbedaan
 individual, 111
 ras dalam, 192
 Perbendaharaan kata, toddler dan, 470
 Percakapan
 pendekatan awal, 139-140
 telegrafik, 496
 Percaya
 versus tidak percaya, [117-118](#)
 bayi dan, [378](#)
 Perceraian, [41](#), 58-61
 Perdarahan
 intrakranial, 338, 339, 343
 matriks germinal/intraventricular, 343
 perdarahan matriks germinal/
 intraventricular, 343
 subgaleal, 280
 Perekat, 298, 300
 Perempuan,
 mutilasi genitalia pada, 258
 Perencanaan
 anak berkebutuhan khusus dan, 671
 komunitas keperawatan dan, [32-33](#)
 pelayanan kesehatan, [18-19](#)
 pemulihan
 hiperbilirubinemia dan, 327-328
 proses keperawatan dan, [23](#)
 pulang,
 perawatan di rumah dan, 741
 Perfluorokarbon, 339
 Perilaku
 budaya dan, 68
 dari bayi baru lahir, [237](#)
 depresi dan, 642
 fobia sekolah dan, 640-641
 gangguan hiperaktivitas defisit
 perhatian dan, 635-638
 gangguan kognitif dan, 704
 gangguan stres pascatrauma dan,
 639-640
 hubungan kelekatan orang tua-bayi,
 266
 korban pemerkosaan, 628
 manifestasi klinis dari penganiayaan
 fisik dan, 546-547, 548-549
 mempelajari peran, 44
 menjadi orang tua, 51-52
 pemeriksaan fisik dan, 190
 pendekatan
 pada koping dengan anak
 berkebutuhan khusus, 661,
 662
 Pengaruh televisi, 132
 penghindaran, 661, 662
 pengkajian klinis tentang status nutrisi
 dan, 171
 personal-sosial
 prasekolah dan, 496
 toddler dan, 470
 profesional, [21](#)
 responsif, 139
 selama bayi menyusui, 266
 sindrom fragile X dan, 717
 temperamen bayi dan, 384-385
 temperamen dan, 116
 tidak responsif, 139
 yang berisiko, [605](#), 607
 yang salah, [53](#)
 Perineum, 215
 Periode
 laten, [117](#), 560
 pranatal, 110
 reaktivitas
 dari bayi baru lahir, [245](#)
 kedua, [245](#)
 pertama, [245](#)
 sensitif ibu, 266
 usia perkembangan, 110
 pola tumbuh-kembang, [109-111](#)
 Periodontitis, 576-577
 Peristalsis, [213](#)
 Perkembangan
 biologis, 111-114
 anak usia sekolah, 559-560
 bayi, 372-378
 prasekolah, 492
 remaja, 585-590
 toddler, 464-465
 intelektual, 119, [125](#)
 kasar, [374-378](#)
 bayi dan, 388-395
 prasekolah dan, 492, 500
 toddler dan, 465
 kepribadian, 116-122
 kognitif, 118-120
 anak usia sekolah, 561-563
 bayi, [378-380](#), 388-395
 prasekolah, [494-495](#), 501
 remaja, 591-592, [598-599](#)
 toddler, 466-467
 moral, 120
 anak usia sekolah, 563
 peran bermain dan, 126
 prasekolah, 495
 remaja, 592
 motorik
 halus, 373-374
 bayi, 388-395
 prasekolah dan, 492, 500
 toddler dan, 472
 kasar,
 toddler dan, 472
 piaget, 118-120, [378-380](#)
 anak usia sekolah dan, 561-563,
 562
 prasekolah dan, [494-495](#)
 remaja dan, 591-592
 toddler dan, 466-467
 psikoseksual, [117](#)
 Freud, [117](#)
 psikososial, [117-118](#)
 anak usia sekolah, 560-561
 bayi, [378](#)
 prasekolah, 493-494
 remaja, 590-591
 toddler, 465
 sensorimotor, [125](#)
 sosial
 anak usia sekolah, 564-567, 568-
 569
 anak yang menderita gangguan
 kognitif, 709-710
 bayi, 380-384
 prasekolah, 496-497
 remaja, 592-596
 toddler, 468-471
 spiritual, 120-121
 anak usia sekolah, 563-564
 prasekolah, 495
 remaja, 592
 toddler, 467-468
 tingkat prakonvensional atau moral,
 495
 yang penting, [157](#)
 Perkenalan, 139
 Perkumpulan Tuhan, 96
 Perkusi
 dari paru, [209](#)
 Perilaku salah, 541-554
 bukti, 546-547
 pada anak, 541-554
 bukti, 545-547
 pengabaian anak pada, 541
 penganiayaan fisik pada, 541-543
 penganiayaan seksual pada, 543-
 544
 perilaku anak dan, 549
 perilaku orang tua dan, 548-549
 perlindungan anak pada, 549-554
 rencana asuhan keperawatan
 untuk, [552-553](#)
 riwayat yang berhubungan dengan
 insidens pada, 547-548
 pengabaian anak pada, 541
 penganiayaan fisik pada, 541-543
 penganiayaan seksual pada, 543-544
 perilaku anak dan, 549
 perilaku orang tua dan, 548-549
 perlindungan anak pada, 549-554
 rencana asuhan keperawatan untuk,
[552-553](#)
 riwayat yang berhubungan dengan
 insidens pada, 547-548
 Perlindungan berlebihan dari anak
 berkebutuhan khusus, 664
 Permainan, 122-126, 123-124
 asosiasi kata, 152
 asosiatif, 124, 496
 budaya dan, 68
 dramatik, 123, 497
 formal, 123
 fungsi dari, [125-126](#)
 imajinatif, 497
 imitatif, 123, 497
 isi dari, 122-124



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- untuk perlakuan salah pada anak, [552-553](#)
 - menjelang ajal, [30](#)
 - standar, [22](#)
- layanan keluarga secara individual, 748
- pemulangan
 - bayi baru lahir risiko tinggi dan, 312
 - untuk bayi baru lahir, [269-274](#)
- pulang
 - dalam perlakuan salah pada anak, 551
 - pada keracunan timbal, 540
- Rentang geraknya
 - evaluasi sendi, 218
- Rentang perhatian, persistensi dan, 116
- Representasi mental, 379
- Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation*, 38
- Respirasi
 - dari bayi baru lahir, 248
- Restrein
 - konvertibel, 481
 - mobil bayi, 420-421
- Retardasi
 - mental, 704-717
 - bermain dan berolah raga, 708-709
 - diagnosis dan klasifikasi, 704, 706
 - disiplin dan, 709
 - etiologi, 704-705
 - hospitalisasi dan, 710, 711
 - keterampilan perawatan-diri, 707-708
 - komunikasi dan, 709, 710
 - pendidikan dan, 706-707
 - Pengkajian, 706
 - rencana asuhan keperawatan, 712-713
 - seksualitas dan, 710
 - sindrom Down dan, 711-716
 - sindrom fragile X dan, 716-717
 - sosialisasi dan, 709-710
 - pertumbuhan intrauterin, 287
- Rete peg, 230
- Retinoblastoma, 734-736
- Retinol, 434
- Retinopati,
 - prematuritas, 342
- Revisi kuesioner perkembangan
 - praskrining, 223
- Rho immune globulin, 330-331
- RhoGAM, 331
- Riboflavin, 435
- Riset, [18](#)
- Ritual
 - todler dan, 466
 - anak usia sekolah dan, [566](#)
- Riwayat
 - alergi, [152](#)
 - diambil
 - dalam perlakuan salah pada anak, 547-548
 - diet, 156, [165](#), 167, 443
 - kelahiran, 155-156
 - kesehatan
 - dahulu, 155-157
 - dalam perlakuan salah pada anak, 549
 - pengaduan,
 - sekarang, 154-155
 - pengobatan keluarga, 158
 - psikososial, 158-159
 - seksual, 159-160
 - sosial, 158-159
- Rogers, Lina, [10](#)
- Rongga
 - mulut
 - dari bayi baru lahir, [241](#), [249-250](#)
 - pemeriksaan fisik, 206
 - sariawan dan, 284
 - sindrom Down dan, 714
 - stomatitis dan, 523-526
 - oral
 - asuhan pada sindrom gawat pernapasan, 338
 - toraks, 206, 208
- Ronki basah, 210
- Roseola, 514-515
- Ruam
 - pada eritema toksikum neonatorum, 284
 - pada cacar air, 512-513
 - pada eritema infeksius, 514-515
 - pada eksantema subitum, 514-515
 - pada campak, 516-517
 - pada rubela, [518-521](#)
 - pada demam Scarlet, 520-521
- Ruang
 - interkostal, 206
 - lunak, 238
- Rubela, 352, [518-521](#)
- Rubeola, 516-517
- Rumah sakit
 - pada anak yang menderita penyakit terminal, 689
- Rumah tangga, 36
- Rusia Ortodoks, [92](#)
- S**
- Skala Ballard, 232
- Sakit
 - kepala
 - pada infeksi mononukleosis, 612
 - tenggorokan
 - pada difteri, 513
 - pada infeksi mononukleosis, 612
 - pada penyakit menular, 511
- Saksi Jehovah, [93](#)
- Saling bercerita, 151
- Saluran pendengaran eksterna, 202
- Sampel vili korialis, 330
- Saraf kranial
 - dari bayi baru lahir, 231
 - pengkajian neurologis, 219, 220-221
- Sariawan, 250, 284
- Saudara kandung, 40
 - anak yang diadopsi dan, [52](#)
 - bayi baru lahir dan, 268
 - bayi baru lahir risiko tinggi dan, 311
 - hubungan dengan, 46
 - jarak antara, 46-47
- Saudara
 - se-ayah atau se-ibu saja, 40-41
 - tiri, 40
- Savant, 459
 - luka bakar
 - anak usia sekolah dan, [581](#)
- School vision*, 726
- Sefalhematoma, [249](#), 280
- Segi empat, 96
- Seks
 - perbedaan dalam pola pertumbuhan, 589
- Seksualitas
 - masalah kesehatan terkait pada, 622-629
 - panduan antisipasi, 160
 - prasekolah dan, 495
 - remaja dan, 595, [598](#)
 - todler dan, 468
 - kehamilan remaja, 622
 - kontrasepsi dan, 622-623, 624-625
 - pemeriksaan, 627-629
 - penyakit menular seksual, 623-627
 - penyakit radang panggul, 627
 - anak yang menderita gangguan kognitif, 710
 - penyakit kronis dan, 667
- Sekte Mennonite, 95
- Sel darah merah
 - hiperbilirubinemia dan, 322
 - penyakit hemolitik bayi baru lahir dan, [329-332](#)
- Selimut fiberoptik, [325](#)
- Senapan angin, 606
- Sendi, 218
 - pengkajian klinis tentang status nutrisi dan, 170
- Senjata api tanpa mesiu, 606
- Sensitisasi terhadap alergen, 446
- Sensitivitas
 - budaya, [22](#)
 - makanan, 445
- Sensor
 - aksila, [185](#)
 - membran timpani, [185](#), 186
 - telinga, [185](#)
- Sentralisasi, 469
- Sentuhan
 - bayi baru lahir dan, 304
- Sepatu bayi, 396
- Seperangkat prinsip-prinsip moral yang diinternalisasi, 592
- Sepsis
 - bayi baru lahir dan, 344-346
 - galaktosemia dan, [361](#)
- Septikemia, 344-346
- Septum, rongga hidung, [205](#)
- Sereal bayi, 398
- Sereal, 398
- Seri *The Wong Update*, 405
- Serumen, 200
- servikal spina, 216
- Sexual assault nurse examiner*, 628
- Sfigmomanometer aneroid, 188
- sfincter esofagus bawah, [229](#)
- SHARE, 459
- Sianosis



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- pendekatan
pada bayi baru lahir menyusu, [265](#)
prapenyusuan, [265](#)
- Tingkat
ambang batas pendengaran, 718
kecocokan, 116
konvensional dalam perkembangan moral, 120
maturitas bayi baru lahir, 232-233, 235
pascakonvensional dalam perkembangan moral, 120
pencegahan, [30](#)
prakonvensional dalam perkembangan moral, 120
pramoral, 495
- Tinja, 230
susu, 230
transisi, 230
- Tinjauan sistem, [157-158](#), 159
- Tipe organik dalam gangguan persepsi pendengaran pusat, 718
- Tiroid
hipotiroidisme bawaan dan, [357](#)
- Tiroidin
hipotiroidisme bawaan dan, [357](#)
- Titik intensitas maksimal, 211, [241](#)
- Title V of Social Security Act*, 11
- Todler, 463-491, 510-557
citra tubuh, 468
demam Scarlet dan, 520-521
gangguan infeksi, 511-526
cacar air, 512-513
campak, 516-517
demam Scarlet, 520-521
difteria, 512-513
menyediakan kenyamanan pada, 522
parotitis, 516-517
penyakit kelima, 514-515
pertimbangan keperawatan pada, 511
pertusis, 516-519
poliomielitis, [518-519](#)
rencana asuhan keperawatan pada, 524-525
roseola, 514-515
rubela, [518-521](#)
- kecenderungan umum penambahan tinggi dan berat badan, [113](#)
- keracunan pada, 530-540
dekontaminasi lambung pada, 533-535
logam berat pada, 535-536
pencegahan kambuh, 528
pengkajian pada, 533
timbang dan, 536-540
- kesehatan gigi, 478-481
komunikasi dengan, 148-149
konjungtivitis pada, 523
negativisme dan, 476
nutrisi dan, 477
panduan antisipasi untuk, 490
pemahaman dan reaksi terhadap kematian, 687
pencegahan cedera untuk, 480-490
aspirasi dan sufokasi, 488
- cedera kendaraan bermotor, 481-485
jatuh, 488
keracunan, [487](#)
kerusakan tubuh, 489-490
luka bakar, 486-487
tenggelam, 485
- pendekatan untuk pemeriksaan fisik, [177](#)
- penyakit kronis dan, 665-666, 680
penyakit parasit intestinal pada, 526-529
cacing kremi, 529
giardiasis, 527-529
- perkembangan
biologis, 464-465
kognitif, 466-467
psikososial, 465-466
sosial, 468-471
spiritual, 467-468
- perlakuan salah, 541-554
bukti, 545-547
pengabaian anak pada, 541
penganiayaan fisik pada, 541-543
penganiayaan seksual pada, 543
perilaku anak dan, 549
perilaku orang tua dan, 548-549
perlindungan anak pada, 549-554
rencana asuhan keperawatan untuk, [552-553](#)
riwayat yang berhubungan dengan insidens pada, 547-548
- persaingan sibling dan, [474-476](#)
- regresi dan, 476
- seksualitas dan, 468
- Skrining perkembangan, [221-224](#)
- stomatitis pada, 523-526
- tekanan darah dari, 191
- temper tantrum dan, 476
- tidur dan aktivitas, 478
- toilet training dan, 471-474, 475
- Toilet training, 471-474, 475
- Tokoferol, 438
- Toksoplasmosis, 352
- Toleransi obat, 643
- Tonsil palatina, 206
- Tonsila, 206
- Tonus otot, 218
pada bayi baru lahir, 243
sindrom Down dan, 714
yang asimetris, 243
- Tortikolis, [193](#), 250
- Toxocariasis, 527
- Toys, 128
- Tradisi dan adat, 79-83
budaya kelompok sebaya dan, 75
- Trainable mentally retarded, 704
- Transfusi
intrauterin, 331
tukar, 331
- Translokasi, 355, 713
- Trauma
berhubungan dengan olah raga, 615-616
gangguan stres pascatrauma, 639-640
kehilangan penglihatan dan, 726-727
- kepala
terkait-kelahiran, 280-281
terkait-sepeda, 579
sebagai penyebab kematian, 5
- Tremor, 243-245, 339
- Tremulousness, 339
- Treponema pallidum, 626
- Triase, telepon, [141](#)
dan konseling, [141](#)
- Trichomoniasis, 620, 626
- Trichuriasis, 527
- Triiodotironin
hipotiroidisme bawaan dan, [357](#)
- Tripsin, 373
- Trisomi, 355, 356
- Trophic feeding*, 294
- Tuberkulosis
keluarga migran dan, 79
- Tugas perkembangan, [109](#)
- Tujuan
Komunitas keperawatan dan, [32](#)
pada penyakit kronis, 683-684
perawatan di rumah dan, 747
- Tulang
belakang
dari bayi baru lahir, 243
- fraktur
manifestasi klinis dari penganiayaan fisik, 546
pada plat pertumbuhan, [113](#)
penekanan, 615
pertumbuhan dan maturasi tulang rangka dan, 112-113
terkait-kelahiran, [281](#)
perubahan pada anak usia sekolah, 560
tengkorak, palpasi dari, 194
- Tuli, 717
saraf, 718
- Tumbuh-kembang, [109-136](#)
bahaya lingkungan, 130
faktor neuroendokrin dalam, 127
gangguan kognitif dan, 708-709
hubungan interpersonal, 127-129
kepribadian dan fungsi mental, 116-121
keturunan dan, 127
konsep diri dan, [121-122](#)
mainan dan, 126, 128
media massa dan, 131-134
nutrisi dan, 127
pengkajian klinis tentang status nutrisi dan, [169](#)
penyakit, [129-130](#)
kronis dan, 679-684
peran bermain dan, 122-126
perbedaan individual, 111
pertumbuhan biologis dan perkembangan fisik, 111-114
perubahan fisiologis, 114-115
pola dari, [109-111](#)
stres dan, 130
tahap perkembangan dan, [109](#)
temperamen dan, 115-116
tingkat sosioekonomi, [129](#)
- Tumit ke telinga, 236



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Wong

Buku Ajar Keperawatan Pediatrik

Volume 1

EDISI 6

Donna L. Wong
Marilyn Hockenberry-Eaton
David Wilson
Marilyn L. Winkelstein
Patricia Schwartz

INILAH BUKU AJAR KEPERAWATAN PEDIATRIK YANG SEMPURNA!

Edisi keenam Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong ini menyajikan materi yang akurat dan *up to date*, dilandasi hasil riset terkini, dan mudah dipahami.

FITUR penting yang terkandung dalam buku ini

- Isu fokus komunitas terbaru, disertai bab Asuhan Keperawatan Berbasis Komunitas Terhadap Anak dan Keluarga serta kotak "Fokus Komunitas" yang menjadi sumber informasi dalam memberi asuhan keperawatan kepada anak di luar lingkungan klinis.
- Informasi terbaru mengenai imunisasi terbaru.
- Memuat foto, gambar, kotak, dan informasi penting.
- Pendekatan bahasan dalam buku disesuaikan dengan penggolongan usia dan tahap perkembangan anak menjadi fondasi dalam memahami proses penyakit dan masalah kesehatan spesifik.
- Sasaran Pembelajaran, Poin Penting, Referensi, dan Bibliografi merupakan indikator pembelajaran buku.
- Banyak fitur membantu Anda memahami isi buku dan menerapkannya dalam situasi klinis: kotak Fokus Komunitas, kotak Asuhan Keluarga di Rumah dan Perawatan di Rumah, kotak Kesadaran Budaya, kotak Asuhan Atraumatik, Rencana Asuhan Keperawatan, kotak Pedoman, Tip Keperawatan, dan Kewaspadaan Keperawatan.

Buku ini dibagi menjadi dua volume (Volume 1 dan Volume 2).

Garis besar Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Edisi 6 Volume 1 meliputi:

- Perspektif Keperawatan Pediatrik
- Asuhan Keperawatan Anak dan Keluarga di Komunitas
- Pengaruh Keluarga pada Peningkatan Kesehatan Anak
- Pengaruh Sosial, Budaya, dan Religi pada Peningkatan Kesehatan Anak
- Pengaruh Tumbuh-Kembang pada Peningkatan Kesehatan Anak
- Komunikasi dan Pengkajian Kesehatan Anak dan Keluarga
- Pengkajian Fisik dan Perkembangan Anak
- Peningkatan Kesehatan Bayi Baru Lahir dan Keluarga
- Masalah Kesehatan Bayi Baru Lahir
- Peningkatan Kesehatan Bayi dan Keluarga
- Masalah Kesehatan Bayi
- Peningkatan Kesehatan Todler dan Keluarga
- Peningkatan Kesehatan Anak Prasekolah dan Keluarga
- Masalah Kesehatan Todler dan Anak Prasekolah
- Peningkatan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Keluarga
- Peningkatan Kesehatan Remaja dan Keluarga
- Masalah Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja
- Dampak Penyakit Kronis, Ketidakmampuan, atau Kematian pada Anak dan Keluarga
- Dampak Gangguan Kognitif atau Sensorik pada Anak dan Keluarga
- Asuhan Keperawatan di Rumah Berfokus pada Keluarga

Kep9796-07D

ISBN Volume Lengkap



9 789794 487808
ISBN 978-979-448-780-8

ISBN Volume 1



9 789794 487815
ISBN 978-979-448-781-5