

Lengkap dengan akses ke soal latihan
uji kompetensi di ujikomku.com

Edisi Indonesia 1



Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy

Bekerjasama dengan
HIPGABI, AIPNI dan AIPViki



Editor edisi Indonesia:

Amelia Kurniati, SKp, MN

Yanny Trisyani, SKp, MN, PhD

Siwi Ikaristi Maria Theresia, Ns, MSN



ELSEVIER

Aan Nur'aeni, S.Kep., Ners., M.Kep

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

Amelia Kurniati, SKp., MN

Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana
Indonesia (HIPGABI)
Jakarta, Indonesia

Arcellia Farosyah Putri, S.Kep., Ns., MSc

Bidang Pendidikan dan Pelatihan, Himpunan Perawat
Gawat Darurat dan Bencana Indonesia (HIPGABI)
Jakarta, Indonesia

Ayu Prawesti Priambodo, S.Kep., Ners., M.Kep

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

Desy Indra Yani, S.Kep., Ners., MNS

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

Etika Emaliyawati, S.Kep., Ners., M.Kep

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

Eva Marti, Ns., M.Kep

Akademi Keperawatan Panti Rapih
Depok Sleman, Yogyakarta, Indonesia

Henny Suzana Mediani, S.Kp., MNg., Ph.D

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

Ike Nurhidayah, S.Kep., Ners., M.Kep., Sp.Kep.An

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

Kusman Ibrahim, S.Kp., MNS., Ph.D

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

M.I. Ekatrina Wijayanti, MSN

Akademi Keperawatan Panti Rapih
Depok Sleman, Yogyakarta, Indonesia

Moh. Syafar Sangkala, S.Kep., Ns., MANP

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin
Makassar, Indonesia

Muhamad Adam, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB

Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia
Depok, Indonesia

Nenden Nur Asriyani Maryam, S.Kep., Ners., MSN

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

Ristina Mirwanti, S.Kep., Ners., M.Kep

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

Ryan Hara Permana, S.Kep., Ns., MN

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

**Valentina Belinda Marlianti Lumbantobing, S.Kep.,
Ns., M.Kep**

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

Yanny Trisyani, SKp., MN., PhD

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

Yulia Wardani, MAN

Akademi Keperawatan Panti Rapih
Depok Sleman, Yogyakarta, Indonesia

Yusshy Kurnia Herliani S.Kep., Ners., M.NS

Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran
Jatinangor, Indonesia

- 21 **Sopsis, 195**
Bethany Chimento Jennings dan Fiona Winterbottom
Kontributor: Ayu Prawesti Priambodo
- 22 **Penyakit Menular, 203**
William R. Short, Mary Kemper dan Jeane Jackson
Kontributor: Ristina Mirwanti
- 23 **Kegawatdaruratan Hematologi dan Imunologi, 213**
C.J. Carringer dan Belinda B. Hammond
Kontributor: Valentina Belinda Marlianti Lumbantobing
- 24 **Stroke, 221**
Rita D. Mintmier dan Sharon L. Biby
Kontributor: Ryan Hara Permana
- 25 **Kegawatdaruratan Neurologis, 231**
Robin Walsh
Kontributor: Desy Indra Yani
- 26 **Kegawatdaruratan pada Wajah, THT, dan Gigi, 241**
Darcy Egging
Kontributor: Ikeu Nurhidayah
- 27 **Kegawatdaruratan pada Mata, 251**
Darcy Egging
Kontributor: Ikeu Nurhidayah
- 28 **Kegawatdaruratan pada Nyeri Abdomen, 257**
Lisa Wolf dan Polly Gerber Zimmermann
Kontributor: Etika Emaliyawati
- 29 **Kegawatdaruratan Metabolik, 269**
Benjamin E. Marett
Kontributor: Yussy Kurnia Herliani
- 30 **Kegawatdaruratan Toksikologi, 283**
Scott Schaeffer, Randal Bryan Badillo, dan Kimberly Hovseth
Kontributor: Ryan Hara Permana
- 31 **Kedaruratan Lingkungan, 297**
S. Kay Sedlak
Kontributor: Nenden Nur Asriyani Maryam
- 32 **Kegawatdaruratan Gigitan dan Sengatan, 307**
S. Kay Sedlak
Kontributor: Nenden Nur Asriyani Maryam
- 33 **Kegawatdaruratan Dalam Genitourinari, 313**
Susanne Quallich
Kontributor: Etika Emaliyawati

IV TRAUMA, 321

- 34 **Pengkajian dan Stabilisasi Pasien Trauma, 323**
Jeff Solheim
Kontributor: Eva Marti
- 35 **Trauma Kepala, 335**
Jill C. McLaughlin
Kontributor: Eva Marti
- 36 **Trauma Leher dan Tulang Belakang, 349**
Faye P. Everson
Kontributor: Eva Marti
- 37 **Trauma Dada, 361**
Faye P. Everson
Kontributor: Eva Marti
- 38 **Trauma Abdomen, 371**
Catherine Harris
Kontributor: Eva Marti
- 39 **Trauma Muskuloskeletal, 377**
Judith S. Halpern
Kontributor: Eva Marti
- 40 **Trauma Wajah, THT, dan Trauma Dental, 389**
Jeff Solheim
Kontributor: Eva Marti
- 41 **Luka Bakar, 403**
Kathleen A. Ribbens dan Megan DeVries
Kontributor: Ekatrina Wijayanti
- 42 **Trauma Obstetri, 413**
Laura M. Criddle
Kontributor: Ekatrina Wijayanti
- 43 **Trauma Pediatrik, 419**
Diana Ropele
Kontributor: Ekatrina Wijayanti
- 44 **Trauma pada Lansia, 425**
Laura M. Criddle
Kontributor: Yulia Wardani

V POPULASI KHUSUS, 431

- 45 **Kegawatan Obstetrik dan Ginekologi, 433**
Judith H. Poole, Joanne E. Thompson dan Linda Kelly
Kontributor: Ekatrina Wijayanti

- 46 **Kedaruratan Kesehatan Mental, 449**
Anne P. Manton
Kontributor: Yulia Wardani
- 47 **Kekerasan dan Pengabaian, 463**
Shelley Cohen
Kontributor: Yulia Wardani
- 48 **Kekerasan Pasangan Intim dan Pelecehan Seksual, 473**
Shelley Cohen dan Barbara Weintraub
Kontributor: Yulia Wardani
- 49 **Pertimbangan Pediatrik dalam Keperawatan Gawat Darurat, 487**
Colleen Andreoni
Kontributor: Ekatrina Wijayanti
- 50 **Pertimbangan Geriatrik pada Keperawatan Gawat Darurat, 509**
Karen L. Rice dan Maria Albright
Kontributor: Yulia Wardani

VI KEPERAWATAN BENCANA, 525

- 51 **Respons Terhadap Kegawatdaruratan dan Bencana, 527**
Sharon Saunderson Cohen
Kontributor: Amelia Kurniati
- 52 **Mitigasi dan Kesiapsiagaan (*Mitigation and Preparedness*), 531**
Sharon Saunderson Cohen
Kontributor: Moh. Syafar Sangkala
- 53 **Fase Tanggap Darurat, 537**
Sharon Saunderson Cohen
Kontributor: Amelia Kurniati
- 54 **Kelompok-kelompok Rentan Saat Bencana, 547**
Sharon Saunderson Cohen
Kontributor: Moh. Syafar Sangkala
- 55 **Tahap Pemulihan, 551**
Sharon Saunderson Cohen
Kontributor: Sriyono

Indeks, 553

Kekerasan dan Pengabaian

Shelley Cohen

Kontributor: Yulia Wardani

Seorang perawat gawat darurat yang penuh perhatian melepaskan baju anak berumur satu tahun untuk melakukan pemeriksaan terkait gejala batuk dan pilek. Setelah pemeriksaan, perawat tersebut mengidentifikasi benda melingkar kira-kira sebesar uang recehan logam seperti luka. Pengkajian dan dokumentasi yang dilakukannya menyelamatkan kehidupan seorang anak yang bukan saja tersulut rokok tetapi juga tidak diberi makan dalam waktu yang lama. Anak tersebut sekarang sudah berusia 11 tahun, tinggal bersama orang tua akibatnya karena pengkajian dan intervensi dari perawat gawat darurat tadi. Anak ini hanya satu dari banyak anak yang teridentifikasi korban dari kekerasan dan pengabaian.

PENGANIAYAAN PADA ANAK

Penganiayaan pada anak (*child maltreatment*) didefinisikan sebagai sebuah kondisi yang membahayakan yang terjadi pada anak sebagai akibat dari kekerasan atau pengabaian fisik, emosional atau seksual. Penganiayaan dapat terjadi dalam berbagai bentuk dan sering terjadi pada usia di bawah umur dan lebih dari satu tipe kekerasan.

Jenis-Jenis Penganiayaan

Pengabaian (*Neglect*)

Pengabaian adalah sebuah kegagalan (dengan sengaja atau tidak sengaja) untuk menyediakan kebutuhan dasar seperti makanan, rumah, pakaian, pendidikan dan pelayanan medis. Gambar 47-1 menggambarkan kegagalan untuk perkembangan sebagai konsekuensi karena pengabaian. Pengabaian seringkali dibagi dalam beberapa sub-kategori sebagai berikut:

Medis: Tipe pengabaian ini berisi kegagalan untuk menyediakan pelayanan kesehatan, termasuk imunisasi, prosedur-prosedur pembedahan yang penting, dan intervensi kegawatdaruratan. Kasus-kasus yang diduga pengabaian medis karena keyakinan dan religiusitas sehingga bisa jadi memerlukan penyelesaian di pengadilan.

Fisik: Pengabaian seperti ini ada ketika pengasuh anak atau orang tua gagal untuk melindungi anak dari bahaya atau tidak mampu menyediakan kebutuhan-kebutuhan dasar.

- **Emosional:** Pengasuh gagal untuk menyediakan lingkungan yang menjadi kebutuhan emosional dan perkembangan anak di bawah umur. Tipe pengabaian ini sulit untuk dikenali dan didefinisikan.
- **Pendidikan:** Buruknya kehadiran di sekolah atau gagal menyediakan kebutuhan spesifik untuk keperluan sekolah diklasifikasikan sebagai pengabaian pendidikan.
- **Kesehatan mental:** Pengasuh dapat gagal untuk memenuhi pelayanan yang penting untuk anak dengan masalah-masalah emosional atau masalah perilaku.

Kekerasan Fisik (*Physical Abuse*)

Kekerasan fisik, atau trauma yang disengaja, didefinisikan sebagai cedera yang disengaja pada anak. Hal ini termasuk trauma sebagai akibat dari pendisiplinan, hukuman, peniksaan, melumpuhkan, atau penggunaan kekuatan yang tanpa alasan.

Kekerasan Seksual (*Sexual Abuse*)

Menurut *American Academy of Pediatrics*, kekerasan seksual "terjadi ketika seorang anak terlibat dalam aktivitas seksual di mana dirinya tidak mampu memahami, tidak siap sesuai dengan perkembangannya dan tidak dapat sadar, dan/atau melawan hukum atau tabu secara sosial." Perilaku kekerasan dapat berupa kekerasan, paksaan dan bahkan ketika tidak bersentuhan.¹ (contoh: foto pornografi).

Kekerasan Emosional (*Emotional Abuse*)

Tidak seperti pengabaian emosional, yang secara sederhana disebabkan karena kebutuhan – kebutuhan anak tidak dapat dipenuhi, kekerasan emosional adalah sebuah tindakan secara sengaja. Dalam kenyataannya, sulit menarik perbedaan-perbedaan antara keduanya. Tabel 47-1 mengidentifikasi strategi-strategi yang digunakan oleh pelaku kekerasan dan respons yang sering digunakan dalam berespons terhadap kekerasan. Tabel 47-2 mengilustrasikan faktor-faktor yang berkontribusi kejadian penganiayaan pada anak.

Tugas untuk Melaporkan

Kewajiban petugas kesehatan melaporkan kejadian aktual atau dugaan adanya penganiayaan pada anak sudah



Gambar 47-1 Kegagalan perkembangan sebagai akibat pengabaian. (Dari Newberry, L. [2010]. *Sheehy's emergency nursing: Principles and practice* [6th ed.]. St. Louis, MO: Mosby.)

TABEL 47-1 KEKERASAN EMOSIONAL

AKSI KEKERASAN	RESPONS ANAK
Kekerasan verbal	Menarik diri
Ancaman verbal	Gangguan makan
Kritik yang terus-menerus	Membentur-benturkan kepala
Ekspektasi yang tidak beralasan dan jauh dari jangkauan anak	Gemetar
Menggunakan anak untuk memanipulasi orang dewasa yang lain	Kesulitan belajar
Perilaku yang ekstrem (marah, kepasifan)	Mengompol
Kurang afeksi pada anak	Perilaku bunuh diri
Menggunakan anak untuk alat tawar-menawar antara orang tua	Perilaku merusak diri atau perilaku yang berisiko

dimandatkan di 50 negara bagian di USA. Penegak hukum di daerah setempat harus mencatatkan semua dugaan kekerasan atau pengabaian. Orang yang melaporkan dugaan kekerasan diberi perlindungan hukum. Rujuk ke Bab 3, untuk diskusi yang lebih mendetail tentang tanggung jawab dan hal-hal yang terkait untuk tugas melaporkan ini. Pastikan untuk mendokumentasikan

TABEL 47-2 FAKTOR – FAKTOR YANG DAPAT BERKONTRIBUSI PADA PENGANIAYAAN ANAK

SECARA SOSIAL	PENGASUH	SITUASIONAL	ANAK
Lingkungan tempat tinggal yang berbahaya	Tidak bekerja	Alkohol dan penyalahgunaan obat	Anak yang lahir dari kelahiran yang banyak
Rumah yang tidak adekuat	Persepsi bahwa anak adalah "berbeda"	Sistem dukungan yang tidak adekuat	Penyakit kronis
Kemiskinan	Perilaku mencari perhatian	Kekerasan yang dilakukan oleh pasangan intim di rumah	Keterlambatan perkembangan
Isolasi sosial	Keyakinan akan hukuman dari perusahaan/majikan	Banyaknya anak-anak dalam rumah	Kesulitan makan
	Perempuan (62% rata-rata dalam waktu tertentu) ^a	Perselisihan orang tua	Penurunan mental
	Riwayat kekerasan pada anak		Kecacatan secara fisik
	Ketidakmampuan untuk mengasuh		Ketergantungan obat selama kehamilan
	Kurangnya kontrol diri		Kelahiran prematur
	Harga diri rendah		Ketidakmampuan fungsi psikologis
	Penyakit fisik atau psikologis		
	Orang tua tunggal		
	Tidak terpenuhinya kebutuhan emosional		
	Ekspektasi yang tidak realistis		

^aThe National Center for Victims of Crime. In.d.1. *Child maltreatment*. Diambil dari <http://www.ncvc.org/ncvc/main.aspx?dbName=DocumentViewer&DocumentID=38709>

informasi ini disampaikan dan tanggal serta
informasi ini disampaikan. Penting dicatat bahwa si
tidak memiliki kewajiban untuk membuktikan
kewajiban untuk menggambarkan kejadian
informasi-informasi di bawah ini
dalam laporan;

informasi-informasi di bawah ini
dibuat dalam laporan;
dan nama lainnya yang mungkin dipakai

nomor telepon anak

...dan anak

...tinggal saat ini

orang tua atau pengasuh anak

...dan Anda
...Anda
...Anda

...cedera atau pengabalan
...di sekitar tempat kejadian

sekitar terjadinya peristiwa

...tempat terjadinya peristiwa tersebut
...termasuk adanya perluk...

anak, termasuk adanya perlakuan

...dan lain penganiayaan

...lekerasan dan pengabaian itu terjadi

deskripsi lain dari tersangka

nomor telepon tersangka

alamat kantor dan nomor telepon orang yang

...alamat kar
...hayan

Gejala Penganiayaan pada Anak

...dari intervensi terapeutik di unit gawat darurat adalah untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan dan keamanan anak, mencegah bahaya lebih lanjut, memfasilitasi investigasi kekerasan, dan membantu anak dan keluarga melalui krisis. Pengkajian perilaku dan tanda dan gejala awal yang penting dalam menyediakan informasi kepada anak.

Perilaku

Perilaku pada penganiayaan anak meliputi:
 1. Seseorang yang mencari penanganan
 2. Penyakit atau perlukaan pada anak
 3. Masih ada seorang anak

itu juga masih seorang anak
itu hanya pengasuh mengabaikan atau ceroboh

istilah bahwa peristiwa membingungkan, mengandung

...berubah terus, menerus atau mustahil terjadi

...berubah terus-menerus atau mustahil terjadi
...lebih dulu pada perilaku anak ketimbang

lebih fokus pada perilaku anak ketimbang

...atau penyakit yang ada pada anak
...perlu diketahui perlukaan

menyangkal bahwa mengetahui perlukaan

yang mengatakan bahwa memang

...baru saja diganti ... detail

menekankan ketidakpentingan secara detail

atau masalah kecil yang ada tidak ada

atau masalah kecil yang ada

...nya dengan situasi yang ada
...nya pribadi daripada

fokus pada kepentingannya pribadi daripada

anak

... langsung membawa anak ke unit gawa

...terdekat untuk mencari penanganan

- | Pengabaian | 465 |
|---|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ketegangan atau perilaku bermusuhan terlihat antar pengasuh • Pengasuh menampilkan ketegangan, bermusuhan atau agresif terhadap petugas di unit gawat darurat • Pengasuh tidak kooperatif dan terlalu banyak menuntut • Anak memiliki riwayat berulang kali mengunjungi unit gawat darurat • Pengasuh menggambarkan bahwa anak ceroboh dan rentan untuk terluka • Anak menunjukkan harga diri rendah • Anak menunjukan perilaku mencari perhatian • Pengasuh tidak menunjukkan rasa bersalah, penyesalan atau kesalahan terhadap peristiwa (pengasuh mengungkapkan kata hanya sebutan, "hanya jika saya punya ...") • Anak menunjukkan ketakutan kepada orang dewasa atau ketidaktakutan yang tidak biasa • Anak takut kepada pengasuhnya • Pengasuh menunjukkan rasa marah kepada anak terkait luka dan sakit yang diderita anak • Menjawab pertanyaan dengan tidak tegas • Pengasuh menolak untuk meninggalkan anak sendiri dengan petugas kesehatan • Usia anak (secara kronologis atau tumbuh kembang) tidak ada hubungannya dengan riwayat injuri yang dilaporkan | |

Manifestasi Fisik

Daftar dari manifestasi fisik yang diduga kekerasan atau pengabaian adalah luas. Tabel 47-3 menggambarkan beberapa kemungkinan temuan-temuan data saat pengkajian. Gambar 47-2 sampai 47-4 menyediakan beberapa contoh perdarahan retina, luka bakar karena rokok, dan beberapa pola memar terkait kekerasan.

Wawancara

Ketika melakukan pendekatan dengan pasien terduga penganiayaan kepada anak, cara pengkajian awal di unit gawat darurat dilakukan akan memberikan warna tertentu sampai dengan proses evaluasi. Perawat gawat darurat tidak dapat mendapatkan seluruh riwayat di area triase. Hindari bertanya berlebihan pada waktu ini. Pelaku kejahatan akan curiga dan bisa melarikan diri dengan anak tersebut atau melakukan tindak kekerasan. Perawat di triase seharusnya mendokumentasikan secara penuh apapun pernyataan pengasuh untuk memfasilitasi perbedaan riwayat lewat pengkajian dan riwayat kesehatan yang telah dilakukan. Pindahkan pasien yang diduga korban kekerasan ke ruang perawatan sesegera mungkin. Perawat gawat darurat akan lebih mudah untuk menenangkan pasien dan menahan pelaku penganiayaan di ruang penanganan.

Bersamaan dengan anak yang telah tenang sudah mampu memahami dan memverbalisasikan perasaannya, cobalah untuk bertanya beberapa pertanyaan aman ketika tidak ada yang menemani anak. Sebagai pilihan untuk

TABEL 47-4 PRAKTIK BUDAYA DAN ALTERNATIF TERAPI YANG DAPAT MENIMBULKAN TANDA-TANDA FISIK

	PROSEDUR	TUJUAN	TANDA FISIK
Cupang (bekam)	Cangkir kaca yang panas di oleskan di atas kulit punggungnya di belakang untuk menciptakan tanda seperti hulu dan ekor	Meningkatkan peredaran darah untuk menarik racun dari tubuh	Tanda merah seperti memar melingkar
Cacing (kerokan)	Kulit disayat dan koin dikerok di sepanjang kulit	Sebuah terapi dermatitis untuk mengurangi mual, muntah, menggigil, demam, sakit dan nyeri	Pola-pola garis seperti perdarahan di bawah kulit
Misbushon	Bundel pembakaran ramuan (mugwort) digunakan untuk memanaskan kulit pada tindakan akupunktur poin	Panas radiasi mengembalikan keseimbangan dan aliran energi vital	Kemerahan, luka bakar, melepuh atau tanda bekas luka di area kulit

- Pemeriksaan mata, ketajaman mata
- Pemeriksaan neurologi
- Tahap tumbuh dan kembang (bandingkan dengan grafik normal)

Kondisi-kondisi yang dapat Mengekspresikan Penganiayaan Anak

Stress dan gangguan pembekuan darah
 Budaya dan praktik etnik yang dapat menimbulkan bekas tanda
 Terapi komplementer dan alternatif yang dapat menghambat pelayanan yang tepat atau menyebabkan luka
 Sindrom kemunafikan infant yang mendadak
 Kegagalan perkembangan
 Tanda kelainan kulit bawaan karena melanocytosis (Mongolian spot)
 Rubea syndrome

menjamin bahwa foto dapat diterima di pengadilan. Ikuti kebijakan dan prosedur yang berlaku dalam proses pengumpulan bukti-bukti foto.

- Gambarkan perlukaan dalam peta tubuh untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran dan potensi usia.
- Gunakan terminologi medis ketika mendokumentasikan.
- Hindari menggunakan terminologi hukum seperti pelaku tertuduh atau pelaku kekerasan.
- Secara objektif deskripsikan status mental dan emosional, perilaku dan masalah-masalah fisik.
- Catat tanggal dan waktu secara akurat.
- Deskripsikan perlukaan secara detail.
- Dokumentasikan hanya pada fakta-fakta.

Pencegahan Penganiayaan pada Anak

Adalah penting bahwa petugas kesehatan profesional mengenali dan membuat laporan kasus kekerasan dan pengabaian untuk mencegah angka kesakitan dan angka kematian lebih lanjut. Penganiayaan yang menyebabkan kematian pada anak selalu diawali dengan laporan kasus kekerasan. Identifikasi awal pada anak-anak yang berisiko dan rujukan yang tepat adalah penting. Banyak program-program edukasi dan material informasi mengenai hal tersebut telah tersedia yang memberikan informasi mengenai teknik parenting (kiat menjadi orang tua), Pengelolaan marah, dan pencegahan kekerasan pada anak. Unit gawat darurat dapat menempelkan beberapa informasi yang dapat dilihat dengan jelas dan mudah dibaca di ruang tunggu dan ruang tindakan.

MUNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY

Munchausen syndrome by proxy (MSP) merupakan gangguan psikiatri yang sering dijumpai pada pengasuh. Bentuk dari penganiayaan ini seringkali luput dari perhatian petugas kesehatan. Dalam MSP, seorang pengasuh dewasa (seringkali ibu) mengedepankan penyakit yang diderita anak atau menciptakan gejala-gejala sakit yang nyata pada anak dengan berbagai mekanisme. Petugas kesehatan, khususnya perawat, juga seringkali menjadi pelaku dari MSP ini. Individu-individu ini dapat beroperasi di area apapun dengan membuat korban menderita. Setelah menciptakan sakit atau berpura-pura sakit, pelaku

Bila ada bukti-bukti yang potensial dikumpulkan selama pemeriksaan, dengan tegas ikuti pedoman di institusi tersebut untuk pemeriksaan bukti dan pengawasan. Jangan biarkan rantai pengamanan bukti terlepas.

Dokumentasi

Dokumentasi adalah bagian penting dari proses medikolegal dalam setiap kasus dugaan penganiayaan pada anak. Dokumentasi oleh petugas kesehatan yang profesional dipandang sebagai bukti objektif pihak ketiga dalam proses hukum. Dengan demikian, dokumentasi perlu lengkap, akurat, dan layak dan sebaiknya mengikuti pedoman yang berlaku.

Beberapa tips untuk petugas untuk memfasilitasi proses pengambilan data dengan baik termasuk hal-hal di bawah ini:

- Bila tidak menggunakan komputer untuk dokumentasi, tuliskan dengan jelas.
- Berikan tanda kutip pada kalimat-kalimat yang dibuat oleh korban atau pengasuh. Identifikasi siapa yang dikutip dengan kata-kata seperti, "Ayah mengatakan, Saya berjalan masuk ke ruangan ..."
- Pastikan personel dari bagian hukum mengambil foto untuk penampilan anak. Keterampilan dan pengetahuan mengenai fotografi korban adalah penting untuk

akut dapat kemudian menarik perhatian sebagai "perilaku" anak atau "kebaikan" yang diberikan pada orang tua yang berduka.²

Pada umumnya yang paling dapat diterima untuk MSP adalah mencari perhatian sekunder yang diterima oleh orang tua. Perhatian dikumpulkan dari petugas kesehatan, anggota keluarga dan teman-teman yang ingin mengatahui pengasuh yang peduli, penuh pengabdian dan tidak mementingkan diri sendiri. MSP adalah gangguan yang berakhir pada kematian sekitar 10% korban yang berakut. Beberapa rasional dari MSP telah dituliskan di literatur medis. Pelaku kejahatan dapat memiliki motivasi sebagai berikut:

- Anak bahwa anak yang sakit akan meningkatkan hubungan dengan pasangannya (banyak dari anak-anak tinggal dengan jarak yang jauh, tanpa keterlibatan ayah).
- Memiliki masa kanak-kanak yang buruk dan pengalaman kekerasan fisik pada dirinya sendiri.
- Menggunakan penyakit anak sebagai bentuk petarungan diri tanggung jawab dan lari dari realitas hidup yang ada.
- Mendapatkan hadiah dan perasaan penting di hadapan petugas profesional medis.⁴
- Berharap untuk dilibatkan dalam keputusan petugas kesehatan, terus berusaha mendapatkan perhatian dan dukungan.

Pengasuh dapat juga menunjukkan beberapa tanda dan gejala seperti di bawah ini:

- Secara ekstrim ingin menunggui dan menolak meninggalkan anak sendirian, pelaku ingin tampak seperti pengasuh yang sempurna.
- Menuntut untuk pemeriksaan lebih lanjut dan tindakan cenerema diagnosis yang minor.
- Penampilan tenang yang luar biasa dan tidak terlihat khawatir tentang kondisi anak.
- Sepengetahuan yang baik tentang pelayanan kesehatan, penggunaan terminologi medis, biasanya orang ini memiliki latar belakang petugas kesehatan.
- Tempak menikmati lingkungan rumah sakit, terlibat dalam pembicaraan dengan petugas kesehatan dan melibatkan dirinya sendiri dalam masalah pasien lain secara detail, sementara itu memberikan perhatian pada kehidupan pribadi petugas kesehatan.
- Memberikan waktu lebih banyak dengan petugas daripada dengan anak; berusaha untuk dekat dengan petugas dan tampil seperti hanya memiliki sedikit teman atau orang lain yang mendukung.
- Bisa sangat memberikan dukungan pada petugas medis atau marah dan menghina, menuntut tindakan dan prosedur yang lebih baik.
- Secara emosional berada jauh dari pasangan.
- Berasal dari keluarga yang disfungsi (tidak berfungsi dengan baik).
- Bisa melaporkan riwayat dramatik, peristiwa negatif dalam hidupnya.
- Sering membawa anak ke unit gawat darurat.
- Tidak tertarik dengan test diagnostik dan tindakan yang menyakitkan pada anak.
- Membutuhkan banyak pujian dan bisa jadi mencari perhatian publik.

- Memperlakukan anak seolah-olah anak memiliki ketidakmampuan padahal tidak ditemukan ketidakmampuan pada anak.
- Terlalu lengket pada anak.

Anak, pada sisi yang lain dapat menampilkan tanda-tanda sebagai berikut:

- Satu atau lebih dari masalah kesehatan tidak memberikan respons terhadap terapi.
- Kondisi medis yang membingungkan dan tidak dapat dijelaskan.
- Gejala-gejala timbul hanya apabila ada pengasuh, kejang-kejang apabila diperhatikan oleh pengasuh dan tidak responsif terhadap pengobatan anti kejang.
- Mengalami alergi yang bermacam-macam.
- Penampilan secara umum tidak relevan dengan hasil pemeriksaan laboratorium.
- Memiliki saudara dengan penyakit yang sama atau kematian yang mendadak.⁴

Temuan-temuan fisik sangat bervariasi dan cenderung tidak selaras, tidak tepat, dan inkonsisten dengan patofisiologi yang diketahui. Gejala-gejala MSP sering aneh dan multi-sistem; imajinasi dari pelaku hanyalah faktor yang kecil. Tabel 47-5 menguraikan beberapa gejala-gejala yang sering dijumpai dengan kemungkinan-kemungkinan penyebabnya.

*Forensic Munchausen syndrome by proxy*⁵ adalah situasi di mana kasus ini bagian dari proses perserahan dan peperangan antar pelaku kekerasan. Satu orang tua mengatakan bahwa anaknya menerima kekerasan seksual dari yang lainnya. Anak kemudian dipaksa untuk dilakukan pemeriksaan fisik dan wawancara intensif sebagai akibat dari situasi ini.

Menegakkan diagnosa MSP adalah sebuah tantangan. Gangguan semacam ini seringkali dapat terabaikan, tetapi beberapa berargumentasi bahwa label ini dibuat terlalu cepat ketika pengasuh sedang cemas dan memberikan perhatian berlebihan, menyampaikan riwayat yang tidak akurat, menggunakan mekanisme koping yang tidak biasa atau tahu lebih banyak tentang penyakit daripada petugas kesehatan profesional. Setidaknya perlu dikatakan, deteksi kondisi-kondisi yang tidak biasa ini dan tindakan yang perlu diberikan untuk pengasuh adalah penting untuk mencegah kekerasan lebih lanjut, bahkan kematian dari anak yang menjadi korban.

KEKERASAN PADA ORANG DEWASA LANJUT DAN ORANG DEWASA DENGAN KETERGANTUNGAN

Kekerasan pada lansia dan orang dewasa lanjut dengan ketergantungan biasanya dianggap bersamaan karena isu-isu yang terlibat dalam setiap kelompok mirip. Orang dewasa yang sudah masuk lansia atau setidaknya dengan ketergantungan pada orang lain memiliki kemampuan yang terbatas untuk melaporkan penganiayaan atau menggunakan alasan-alasan untuk tidak melaporkan kasus ini. Secara menyedihkan, 90% pelaku kekerasan adalah anggota keluarga, dua pertiganya adalah korban anaknya yang sudah

TABEL 47-5 TEMUAN-TEMUAN FISIK PADA PASIEN DENGAN MUNCHHAUSEN SYNDROME BY PROXY (MSP)

GEJALA-GEJALA	KEMUNGKINAN PENYEBAB
Pertarakan	Keracunan warfarin Pemberian laxative secara berlebihan Penggunaan zat warna Phenothiazines Hydrocarbons
Keracunan	Besi Garam Insulin Alat bantu sedatif dan tidur Barbiturates Aspirin Diphenhydramine atau antihistamin lainnya Tricyclic antidepressants Paracetamol Hydrocarbons Diphenoxylate hydrochloride dan atropine sulfate (Lomotil) Suffocation Sirup ipecac Laxatives
Saraf pusat Depresi	Pemberian garam Lying (gejala sesungguhnya tidak ada) Keracunan obat Tanda setelah digaruk Caustics (pembersih oven) Melukis di kulit (tattoo) Intoksikasi Mati lemas karena sesak napas Keracunan Tekanan pada sinus karotis Lying (gejala sesungguhnya tidak ada) Tertusuk jarum Kontaminasi aliran intravena Kateter kandung kemih Mati lemas karena sesak napas Keracunan Lying (gejala sesungguhnya tidak ada) Kontaminasi injeksi di darah lewat aliran intravena Memalsukan temperatur di grafik
Diare dan muntah	
Rash	
Kayang	
Infeksi	
Apnea	
Demam	

dewasa atau pasangannya.⁶ Seringkali, bahkan ketika individu yang tergantung ini dapat menggambarkan situasi dan mengidentifikasi pelaku kejahatan, mereka tidak ditangkap, ditahan atau dihukum karena ketidakmampuan untuk bersaksi secara efektif untuk dirinya sendiri.

The National Center on Elder Abuse (NCEA) telah mendeskripsikan tujuh kategori dan kekerasan pada lansia.⁷

- Kekerasan fisik
- Kekerasan emosional atau psikologis
- Kekerasan finansial
- Pengabaian
- Kekerasan seksual
- Pengabaian diri
- Merasa terbelah

Eksplotasi Finansial

Eksplotasi finansial pada lansia atau orang dewasa dengan ketergantungan sulit untuk ditentukan. Praktik ini dapat meliputi mencuri uang atau barang-barang lainnya. Individu lansia dapat pula dipaksa untuk menandatangani kontrak, merubah surat wasiat, menandatangani jasa jaksa/hakim dan menransfer aset kepada anggota keluarga atau pengasuh. Kekerasan finansial pada lansia adalah bagian dari skema market kerjasama kejahatan kepada mereka-mereka yang tidak mengerti beberapa hal seperti teknologi komputer atau perencanaan pembayaran yang kompleks. Tabel 47-6 menguraikan beberapa bendera merah untuk eksploitasi finansial pada lansia.

Tanda dan Gejala

Dalam berbagai cara, kekerasan pada lansia dan orang dewasa dengan ketergantungan hampir sama dengan

- ABUSE FINANSIAL**
- Tidak menyadari kondisi finansial sementara mereka memiliki kapasitas untuk memahaminya
 - Perbedaan antara sumber finansial yang dimiliki dengan gaya hidup
 - Biaya pengobatan tidak dibayar padahal mereka punya sumber-sumber finansial
 - Perubahan rekening bank yang mendadak
 - Perubahan nama yang tidak dapat dijelaskan pada kartu tanda tangan lansia di bank
 - Penarikan dana atau harta benda yang dimiliki
 - Kualitas standar pelayanan yang rendah padahal memiliki keuangan yang adekuat
 - Penjualan aset atau perubahan surat wasiat secara mendadak
 - Laporan dari lansia akan adanya eksploitasi finansial

Source: Finkel, B. (n.d.). *Financial exploitation of seniors*. Retrieved from http://www.elder-abuse-information.com/abuse/abuse_financial.htm

TABEL 47-7 FAKTOR-FAKTOR YANG BERISIKO UNTUK KEKERASAN PADA LANSIA DAN ORANG DEWASA DENGAN KETERGANTUNGAN

- Hubungan untuk hidup bersama
- Psikopatologi pelaku kekerasan (alcoholism, penyalahgunaan obat)
- Stress dan kelelahan pengasuh
- Perubahan layanan yang lebih lanjut untuk individu dengan demensia, penurunan fungsi fisik atau keterbatasan perkembangan
- Riwayat kekerasan yang diwariskan turun-temurun
- Tidak berpengalamannya pengasuh
- Isolasi finansial
- Kurangnya sistem dukungan dari pengasuh atau isolasi sosial
- Perubahan yang tidak terprediksi dan tiba-tiba dari lansia dan orang dewasa dengan ketergantungan
- Kondisi lingkungan fisik yang buruk

kekerasan pada anak. Tabel 47-7 mencatatkan beberapa faktor risiko kekerasan pada lansia dan orang dewasa dengan ketergantungan. Manifestasi dari kekerasan ini dapat bervariasi dan dapat melingkupi hal-hal temuan sebagai berikut:

- Trauma jaringan lunak; memar, lecet, bekas trauma
- Terkilir, dislokasi, fraktur
- Luka bakar
- Injuri atau masalah-masalah medis yang tidak ditangani
- Infeksi penyakit seksual, menular infeksi genital
- Perdarahan vagina atau rektum
- Noda atau perdarahan pada celana dalam
- Dehidrasi, malnutrisi, luka dekubitus
- Dosis berlebihan atau dosis kurang dalam pengobatan

- Perubahan status mental dan kepribadian
- Menarik diri, penurunan komunikasi
- Isolasi sosial
- Kurangnya kebersihan diri
- Tanda-tanda kondisi lingkungan yang tidak aman dan tidak bersih (serangga, lalat, pakaian berlumpur)

Mengidentifikasi dan melaporkan kekerasan pada lansia dan orang dewasa dengan ketergantungan sama pentingnya dengan mengenali dan mengintervensi kasus-kasus kekerasan pada anak. Individu yang tergantung pada orang lain untuk mendapatkan kesejahteraan dan pelayanan yang optimal. Perawat gawat darurat harus tanggap pada status laporan hukum dan kebijakan individual dan praktik-praktik terkait kekerasan pada lansia dan orang dewasa dengan ketergantungan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bolog, N., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2005). *Clinical report: The evaluation of sexual abuse in children*. *Pediatrics*, 116(2), 506-512.
2. Brown, P., & Tierney, C. (2009). Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics in Review*, 30, 414-415.
3. The Cleveland Clinic. (n.d.). Munchausen syndrome by proxy. Retrieved from http://my.clevelandclinic.org/disorders/factitious_disorders/hic_munchausen_syndrome_by_proxy.aspx
4. Abdulhamid, I., & Siegel, P. T. (2011, August 13). Pediatric Munchausen syndrome by proxy. Retrieved from <http://medicine.medscape.com/article/917525-overview>
5. Naegele, T., & Clark, A. (2001). Forensic Munchausen syndrome by proxy allegations: An emerging subspecies of child sexual abuse. *The Forensic Examiner*, 10(3-4), 21-23.
6. Teaster, P. B., Dugar, T. A., Mendiondo, M. S., Abner, E. L., & Cecil, K. A. (2006). The 2004 survey of state adult protective services: Abuse of adults 60 years of age and older. Retrieved from http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/pdf/2-14-06%20FINAL%2060+REPORT.pdf
7. Sellas, M. I., & Krouse, L. H. (2011, June 8). Elder abuse. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/805727-overview>

Kekerasan Pasangan Intim dan Pelecehan Seksual

Shelley Cohen dan Barbara Weintraub
Kontributor: Yulia Wardani

KEKERASAN PASANGAN INTIM

Intimate partner violence (IPV), juga lebih dikenal dengan kekerasan dalam rumah tangga, didefinisikan sebagai segala perilaku pemaksaan dan penyerangan yang dilakukan individu terhadap pasangan intimnya. 85% dari setiap kejadian, IPV melibatkan perempuan sebagai pasangannya. Bagaimanapun, kekerasan terhadap pasangan lelaki juga dilakukan. IPV juga bisa berlanjut pada kencan-kencan.

Kekerasan terhadap pasangan intim adalah masalah global. Diperkirakan bahwa satu dari lima orang di seluruh dunia telah mengalami kekerasan dalam rumah tangga oleh pasangannya saat ini maupun di masa lalunya.¹ Perawat gawat darurat harus menyadari bahwa IPV dapat ditemukan di setiap level ras, etnis, agama, pendidikan dan kelompok umur. Tidak ada tipe kepribadian yang spesifik, jenis kelamin atau seksual orientasi tertentu. Faktor-faktor yang dapat menempatkan perempuan pada risiko IPV termasuk dalam hal-hal di bawah ini:²

- Usia muda (16 sampai 25 tahun)
- Status ekonomi rendah
- Berhubungan dengan pasangan dalam waktu dekat
- Memiliki anak kecil (<12 tahun) di rumah
- Kehamilan

JENIS-JENIS KEKERASAN PADA PASANGAN INTIM

Kekerasan pada pasangan intim dapat terjadi dalam berbagai bentuk, meliputi kekerasan fisik, kekerasan seksual, kekerasan finansial/ekonomi. Meskipun memungkinkan mengalami lebih dari satu jenis kekerasan, individu-individu yang ada dalam situasi IPV seringkali melaporkan kategori kasus yang berbeda-beda. Tabel 48-1 merangkumkan manifestasi yang sering dijumpai pada kasus IPV.

Kekerasan Saat Kencan pada Remaja

Berdasarkan Centers for Disease Control and Prevention (CDC), kekerasan saat kencan adalah tipe dari IPV. Hal-hal yang mendukung terjadinya kontrol dan kuasa dari hubungan ini sama persis seperti yang terjadi pada orang dewasa.⁴

Remaja sering berisiko untuk mengalami kekerasan pada saat berkencan termasuk ketika pasangannya mengalami depresi dan diketahui memiliki perilaku agresif.

Tanda-Tanda yang Harus Diwaspadai untuk Pelaku Kekerasan pada Saat Berkencan⁵

- Kemampuan sosial buruk
- Ketidakmampuan untuk mengelola marah dan konflik
- Yakini bahwa perilaku kekerasan dapat diterima
- Saksi dari kekerasan di rumahnya sendiri
- Penggunaan alkohol
- Masalah-masalah perilaku di area yang lain

MENGIDENTIFIKASI KEKERASAN PADA PASANGAN INTIM

Korban dari IPV sering datang ke unit gawat darurat dengan berbagai keluhan, bervariasi, mulai dari trauma yang banyak sampai dengan gejala-gejala kesehatan fisik dan kesehatan mental. Kondisi medis dan psikologis yang kronis, cedera minor dan serius, depresi, perilaku bunuh diri, infeksi seksual menular, penyalahgunaan obat, atau bahkan kematian adalah beberapa konsekuensi yang bisa dijumpai pada kasus IPV. Sebagai tambahan dalam kasus cedera fisik, kondisi-kondisi terkait stres seperti halnya dengan IPV, seperti nyeri kronik pada leher dan tulang belakang, sering sakit kepala, nyeri pelvis kronik, ketidakmampuan pencernaan, diare, konstipasi, gastritis dan kejang colon. Secara menyeluruh, korban-korban IPV mengalami kasus operasi beberapa kali, kunjungan-kunjungan medis dan perawatan di rumah sakit daripada individu yang tidak punya riwayat kekerasan.⁶

TABEL 48-1 MANIFESTASI DARI KEKERASAN PADA PASANGAN INTIM

Fisik	Pengulangan, peningkatan frekuensi dan penderitaan yang lama Mendorong, menampar, menendang, tersedak, menahan Meninggalkan korban dalam situasi yang membahayakan Menghambat dan menolak layanan atau pertolongan ketika sakit atau terluka
Emosional	Dapat terjadi kekerasan fisik secara tersendiri atau bagian dari sebuah peristiwa Pelaku kejahatan menggunakan rasa malu, rasa bersalah, putus asa dan kehilangan harga diri untuk mengontrol korban Isolasi sosial dan fisik dari keluarga dan teman Ancaman kekerasan fisik Rasa cemburu yang ekstrem Kesulitan ekonomi Aksi-aksi intimidasi, dehumanisasi dan degradasi
Seksual	Perilaku percobaan pelecehan seksual atau telah melakukan tindakan kekerasan seksual yang bertentangan dengan keinginan korban Setiap bentuk kontak fisik seksual tanpa persetujuan bersama
Ekonomi	Mengeluarkan korban dari akses pendapatan keluarga Memaksa korban untuk meminta uang atau uang saku Mengamankan aset yang dimiliki korban Mencegah korban untuk mencari atau melakukan pekerjaan

Tanda dan Gejala yang Berhubungan dengan Seksual pada Korban Kekerasan

Di bawah ini adalah tanda dan gejala yang menunjukkan IPV sebagai penyebabnya:

- Pasien mendeskripsikan dugaan "kecelakaan" dengan ragu-ragu, malu, mengelak atau menghindari kontak mata.
- Temuan-temuan terkait cedera tidak konsisten dengan penjelasan yang disampaikan pasien.
- Korban memiliki riwayat cedera karena trauma atau sering dirawat di unit gawat darurat.
- Pasien menyangkal telah mengalami kekerasan fisik tetapi ada memar-memar yang tidak dapat dijelaskan; area erythema atau ada tanda memar berbentuk seperti tangan atau benda lain; laserasi, luka bakar, scar, fraktur, cedera yang lebih dari satu dalam berbagai level, fraktur mandibular, robeknya membran timpani. Pasien mengekspresikan takut untuk pulang ke rumah atau mengkhawatirkan keamanan anak-anaknya.
- Luka-luka tersembunyi di bawah pakaian atau rambut (contoh luka di kepala, dada, payudara, perut dan genital). Trauma yang tidak diperhatikan secara umum

melibatkan cedera-cedera di daerah ekstremitas, sementara IPV melibatkan trauma tulang belakang, kepala dan leher.

- Pasangan (atau terduga pelaku kekerasan) selalu mendampingi pasien, bersikeras untuk berada dekat pasien dan berusaha untuk menjawab semua pertanyaan yang ditujukan ke pasien.
- Pasien mengakui mengalami kekerasan secara fisik dan psikologis pada masa lalu atau masa kini atau sebagai saksi semasa anak-anak.
- Pada wanita hamil, pembunuhan adalah penyebab utama kematian pada perempuan yang hamil, dan pasangan intimnya adalah yang sering dijumpai sebagai pelaku.*
- Korban menunjukkan bukti-bukti pelecehan seksual
- Pasien adalah pengasuh dari anak yang mengalami kekerasan.
- Banyak penundaan yang terjadi antara waktu terjadi trauma dengan saat diberikan tindakan. Pasien dapat saja dicegah untuk mencari pertolongan medis dengan segera atau menunggu pelaku untuk meninggalkan dirinya.
- Pasien memiliki keluhan psikosomatik seperti serangan panik, cemas, sensasi tersedak, atau depresi.
- Keluhan nyeri kronik (khususnya nyeri tulang belakang atau nyeri pelvis), tanpa bukti fisik, sering secara signifikan terkait ketakutan atau kekerasan fisik yang nyata.

Pengkajian pada Korban

Asosiasi keperawatan emergensi merekomendasikan pengembangan secara rutin protokol dan prosedur untuk pengkajian dan identifikasi dari IPV.⁷ Tujuan dari intervensi pada korban meliputi hal-hal di bawah ini:

- Berikan tindakan untuk mengatasi keluhan karena cedera
 - Tawarkan dukungan emosional
 - Bantu korban memperoleh perencanaan yang aman dan identifikasi pilihan-pilihan yang ada
 - Berikan informasi kepada korban sehubungan dengan perlindungan hukum, termasuk dokumentasikan tentang pelecehan
 - Sediakan informasi mengenai dukungan-dukungan yang ada dan sumber-sumber yang ada pada masyarakat
- Identifikasi pada korban IPV memiliki kepekaan, pemahaman yang kurang dan tingkat kecurigaan yang tinggi. Efek psikologis dalam perkuliahan adalah kompleks dan dapat sulit untuk dimengerti. Korban dibuat merasa tidak berharga. Pelaku kekerasan berulang kali mengatakan bahwa korbannya tidak ada yang memperhatikan dan kekerasan yang lebih buruk akan terjadi bila kekerasan diacuhkan. Untuk alasan-alasan ini, dapat menyulitkan korban untuk mengambil langkah awal pengungkapan kekerasan. Bagaimanapun, menghancurkan pertahanan untuk diam dan penolakan akan memulai proses penyembuhan fisik dan psikologis. Banyak korban akan menyampaikan hal-hal yang banyak tentang kekerasan dan akan secara terbuka mengungkapkannya bila ditanya dalam lingkungan yang aman dan tidak menghakimi. Bila tidak

Pertimbangan Geriatrik pada Keperawatan Gawat Darurat

Karen L. Rice dan Maria Albright
Kontributor: Yulia Wardani

Orang dewasa lanjut, menggunakan layanan unit gawat darurat/emergency department (ED) lebih sering daripada kelompok umur yang lainnya. Bagaimanapun, anggota kelompok usia rentan ini diberikan tindakan dengan menggunakan pedoman layanan yang digunakan pada orang dewasa pada umumnya dan ini dapat mengakibatkan hasil yang buruk. Banyak pasien baru yang masuk lewat ED adalah pasien yang mengalami ketidakadekuatan transisi perawatan atau kunjungan di ED sebelumnya.¹ Bab ini menyediakan kajian untuk meningkatkan kesadaran mengenai penderitaan orang dewasa lanjut untuk mendapatkan layanan menggunakan pedoman ED yang baik untuk meningkatkan hasil akhir dari layanan.

PERUBAHAN-PERUBAHAN TERKAIT USIA YANG MEMENGARUHI TINGKAT KESAKITAN

Orang tua lanjut yang dipulangkan ke rumah dari ED memiliki risiko yang signifikan untuk mengalami penurunan fungsi, untuk kembali datang ke ED, dirawat di rumah, dan berisiko mengalami kematian.^{1,2} Perubahan-perubahan fisiologis terkait faktor usia memengaruhi semua sistem organ (Gambar 50-1), secara potensial memiliki implikasi yang penting dalam manajemen pasien di ED. Pengetahuan mengenai perubahan-perubahan fisiologis yang penting dalam asuhan pada populasi yang rentan ini diuraikan dalam Tabel 50-1.

Perubahan-perubahan farmakokinetik yang mempengaruhi disposisi lansia untuk mendapatkan efek samping digambarkan dalam Tabel 50-2.³

Creatinine Clearance

Formula Cockcroft-Gault digunakan untuk mengukur creatinine clearance pada pasien dewasa lanjut yang fungsi ginjalnya masih normal.

$$\text{Creatinine clearance (ml/min)} = \frac{(140 - \text{usia}) \times \text{berat badan dalam kg}}{72 \times \text{serum creatinin}} \times 0.85 \text{ (pada perempuan)}$$

Berbagai normal creatinine clearance adalah 97 sampai dengan 137 mL/min pada laki-laki dan 88 sampai 128 mL/min pada perempuan.

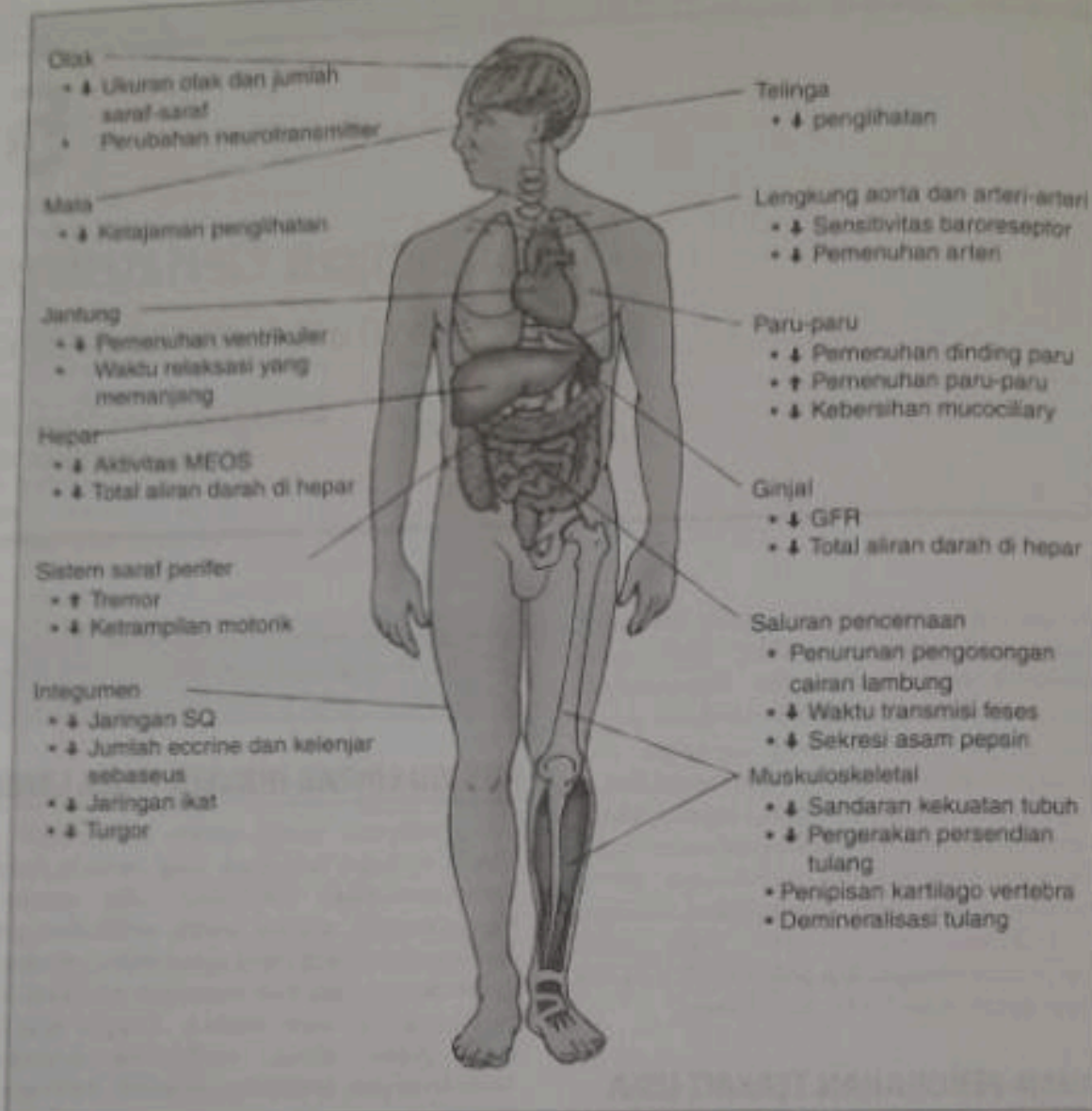
ISU-ISU LINTAS BUDAYA PADA LANSIA

Unit emergensi secara umum menyediakan layanan kepada berbagai kelompok yang berbeda budaya yang merepresentasikan komunitas yang mereka layani. Bagaimanapun, urgensi untuk melakukan pengkajian dan intervensi yang cepat diasosiasikan dengan layanan gawat darurat yang bisa mencegah pelayanan seseorang dari perspektif lintas budaya. Terlepas latar belakang etnik pasien lansia, verifikasi keyakinan dan kecenderungan seseorang. Ingatlah beberapa tips di bawah ini:

- Setiap lansia pada setiap kelompok etnik dapat berbeda.
- Kecenderungan isetiap orang bisa berbeda dari orang-orang yang mewarisi budaya.
- Perbedaan-perbedaan dalam kelompok etnik tersebut berbeda secara luas tergantung pada:
 - Keterlibatan keluarga dan teman dalam pengambilan keputusan.
 - Pengungkapan informasi medis tentang kondisi dan prognosis.
 - Kecenderungan dan pengambilan keputusan untuk mengakhiri kehidupan.

INDIKATOR-INDIKATOR KUALITAS UNTUK PELAYANAN KEGAWATDARURATAN PADA ORANG DEWASA LANJUT

Pada tahun 2009, Society for Academic Emergency Medicine and the American College of Emergency Physicians mengidentifikasi tiga kondisi yang mengalami kesenjangan kualitas dalam pelayanan yang diterima di ED.⁴ Kondisi-kondisi ini meliputi gangguan kognitif, manajemen nyeri dan asuhan secara umum.



Gambar 50-1 Rangkuman perubahan-perubahan fisiologi yang dapat terjadi dalam setiap sistem tubuh dan perawat di pelayanan kritis harus memperhatikan caring di unitnya. *GFR*, glomerular filtration rate = kecepatan filtrasi glomerulus; *GI*, gastrointestinal = saluran pencernaan; *MEOS*, microsomal enzyme oxidative system = sistem oksidasi enzim mikrosom; *SQ*, subcutaneous = subkutan. Dari Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (Eds.). (2010). *Critical care nursing: Diagnosis and management* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier

TABEL 50-1 PERUBAHAN-PERUBAHAN FISIOLOGIS TERKAIT USIA LANJUT

PERUBAHAN TERKAIT USIA	PERTIMBANGAN-PERTIMBANGAN KLINIS	INTERVENSI KEPERAWATAN
Sistem kardiovaskular		
• ↓ Respons otot jantung inotropik dan chronotropic terhadap stimulus catecholamine • ↓ Sensitivitas baroreceptor • ↓ Kerja aliran darah vena	• Stres- dan latihan menstimulus peningkatan output jantung karena pengisian diastolik • Peningkatan kecenderungan terjadinya hipotensi ortostatik dengan perubahan posisi, terutama sedang menggunakan pengobatan antihipertensi. • ↑ Hambatan vaskularisasi perifer dan tekanan darah (blood pressure/BP)	• Monitor tanda vital dengan cermat (waspadalah tachy-arrhythmia), saturasi oksigen, dan fungsi kognitif ketika pemberian obat vasoaktif dan pasien mengalami gagal jantung • Evaluasi respons setiap pasien untuk penurunan BP, karena beberapa tidak toleransi terhadap "normal" BP

PUSATAKA

- Reck, D., Budnitz, T., Miller, D. C., Potter, J., Weira, Williams, M. V., American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College of Emergency Medicine, Society of Academic Emergency Medicine. (2009). Society of care consensus policy statement American College of Emergency Medicine-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-Society of Geriatrics Society of Academic Emergency Medicine-Society of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine-Society of General Internal Medicine. 24(8), 971-976.
- S. N., & Heflin, M. T. (2005). A systematic review of emergency department. Academic Emergency Medicine, 12(7), 873-886.
- Winterbottom, E. (2010). Gerontological alterations in L. D. Urden, K. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Care Nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- M. Hasty, F. M., Hwang, U., Gerson, L. W., Wenger, N. S., & D. K. Society for Academic Emergency Medicine (SAEM) Task Force. (2009). Quality indicators for geriatric emergency care. *Academic Emergency Medicine*, 16(5), 441-449.
- T. (2006). Altered mental status in older emergency department patients. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 24, 299-316.
- of chronic nyeri syndromes and definitions of nyeri. Prepared by the International Association for the Study of Nyeri Subcommittee on Taxonomy. (1986). *Nyeri*, 3, 51-52.
- Le, Zuckerman, D., Mezey, M., Fulmer, T., & Gray-Miceli, D. (2007). Evidence-based geriatric nursing protocols for practice. New York, NY: Springer.
- (2002). *Handbook of geriatric nursing care*. Philadelphia, PA: Author.
- Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Nyeri in Older Persons. (2009). *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1000-1001.
- Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165.
- Reuben, D. B., Herr, K. A., Pacala, J. T., Pollock, R. G., Potter, J. F., New York, NY: American Geriatrics Society.
- Kalra, O. P., & Raivade, A. (2009). Approach to patient with urosepsis. *Journal of Global Infectious Disease*, 1(1), 57-63.
- Brusch, L. L., Cunha, B. A., Howes, D. S., Pillow, M. T., Salomone, J. A. III, & Sinert, R. H. (2011, July 7). Urinary tract infection in males. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/231574-overview>
- Budnitz, D. S., Shehab, N., Kegler, S. R., & Richards, C. L. (2007). Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Annals of Internal Medicine*, 147(11), 755-765.
- Vivanti, A., Harvey, K., Ash, S., & Battistutta, D. (2008). Clinical assessment of dehydration in older people admitted to hospital: What are the strongest indicators? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47(3), 340-355.
- Nixdorf, N., Hasty, F. M., Brady, A. K., Van, K., Leonard, M., & Messinger-Rapport, B. J. (2008). Potentially inappropriate medications and adverse drug effects in elders in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 26(6), 697-700.
- Wooten, J. M., & Galavis, J. (2005). Polypharmacy: Keeping the elderly safe. *Modern Medicine*. Retrieved from <http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/article/articleDetail.jsp?id=172920>
- American Physical Therapy Association. (2007, November). Impact of falls among older adults. Retrieved from <http://phoenix.gov/fallprevention/issuesbrief.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010, December 8). Falls among older adults: An overview. Retrieved from <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/adultfalls.html>
- Terrill, K., Weaver, C., Giles, B., & Ross, M. (2009). Emergency room patient falls and resulting injuries. *Journal of Emergency Nursing*, 35(2), 89-92.
- Fulmer, T. (2005). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 473-474.