**ASUHAN KEPERAWATAN** AUTISME

Disusun untuk Memenuhi Tugas Mata Kuliah Keperawatan Anak I

****

**Disusun oleh:**

Anisa Cahyati P071201130

Ayu Parawita P071201130

Erna Rohutami P071201130

Harsiwi P071201130

Rina Zulistin P07120113067

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**2015**

1. **Pengertian**

Autisme masa kanak-kanak dini adalah penarikan diri dan kehilangan kontak dengan realitas atau orang lain. Pada bayi tidak terlihat tanda dan gejala. (Sacharin, R, M, 1996 : 305).

Autisme Infantil adalah gangguan kualitatif pada komunikasi verbal dan non verbal, aktifitas imajinatif dan interaksi sosial timbal balik yang terjadi sebelum usia 30 bulan. (Behrman, 1999: 120).

Autisme menurut Rutter 1970 adalah gangguan yang melibatkan kegagalan untuk mengembangkan hubungan antar pribadi (umur 30 bulan), hambatan dalam pembicaraan, perkembangan bahasa, fenomena ritualistik dan konvulsif. (Sacharin, R, M, 1996: 305).

Autisme pada anak merupakan gangguan perkembangan pervasif (DSM IV, sadock dan sadock 2000).

Definisi autisme adalah kelainan neuropsikiatrik yang menyebabkan kurangnya kemampuan berinteraksi social dan komunikasi, minat yang terbatas, perilaku tidak wajar dan adanya gerakan stereotipik, dimana kelainan ini muncul sebelum anak berusia 3 tahun (Teramihardja J, 2007).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa autisme adalah gangguan perkembangan pervasif, atau kualitatif pada komunikasi verbal dan non verbal, aktivitas imajinatif dan interaksi sosial timbal balik berupa kegagalan mengembangkan hubungan antar pribadi (umur 30 bulan), hambatan dalam pembicaraan, perkembangan bahasa, fenomena ritualistik dan konvulsif serta penarikan diri dan kehilangan kontak dengan realitas.

1. **Epidemiologi**

 Prevalensi 3-4 per 1000 anak. Perbandingan laki-laki dari wanita 3-4:1. Penyakit sistemik, infeksi dan neurologi (kejang) dapat menunjukan gejala seperti austik.

1. **Etiologi**

Penyebab Autisme diantaranya :

1. Genetik (80% untuk kembar monozigot dan 20% untuk kembar dizigot) terutama pada keluarga anak austik (abnormalitas kognitif dan kemampuan bicara).
2. Kelainan kromosim (sindrom x yang mudah pecah atau fragil).
3. Neurokimia (katekolamin, serotonin, dopamin belum pasti).
4. Cidera otak, kerentanan utama, aphasia, defisit pengaktif retikulum, keadaan tidak menguntungkan antara faktor psikogenik dan perkembangan syaraf, perubahan struktur serebellum, lesi hipokompus otak depan.
5. Penyakit otak organik dengan adanya gangguan komunikasi dan gangguan sensori serta kejang epilepsi.
6. Lingkungan terutama sikap orang tua, dan kepribadian anak

Gambaran Autisme pada masa perkembangan anak dipengaruhi oleh pada masa bayi terdapat kegagalan mengemong atau menghibur anak, anak tidak berespon saat diangkat dan tampak lemah. Tidak adanya kontak mata, memberikan kesan jauh atau tidak mengenal. Bayi yang lebih tua memperlihatkan rasa ingin tahu atau minat pada lingkungan, bermainan cenderung tanpa imajinasi dan komunikasi pra verbal kemungkinan terganggu dan tampak berteriak-teriak. Pada masa anak-anak dan remaja, anak yang autis memperlihatkan respon yang abnormal terhadap suara anak takut pada suara tertentu, dan tercengggang pada suara lainnya. Bicara dapat terganggu dan dapat mengalami kebisuan. Mereka yang mampu berbicara memperlihatkan kelainan ekolialia dan konstruksi telegramatik. Dengan bertumbuhnya anak pada waktu berbicara cenderung menonjolkan diri dengan kelainan intonasi dan penentuan waktu. Ditemukan kelainan persepsi visual dan fokus konsentrasi pada bagian prifer (rincian suatu lukisan secara sebagian bukan menyeluruh). Tertarik tekstur dan dapat menggunakan secara luas panca indera penciuman, kecap dan raba ketika mengeksplorais lingkungannya.

Pada usia dini mempunyai pergerakan khusus yang dapt menyita perhatiannya (berlonjak, memutar, tepuk tangan, menggerakan jari tangan). Kegiatan ini ritual dan menetap pada keaadan yang menyenangkan atau stress. Kelainann lain adalah destruktif , marah berlebihan dan akurangnya istirahat. Pada masa remaja perilaku tidak sesuai dan tanpa inhibisi, anak austik dapat menyelidiki kontak seksual pada orang asing.

1. **Patofisiologi**

Sel saraf otak (neuron) terdiri atas badan sel dan serabut untuk mengalirkan impuls listrik (akson) serta serabut untuk menerima impuls listrik (dendrit). Sel saraf terdapat di lapisan luar otak yang berwarna kelabu (korteks). Akson dibungkus selaput bernama mielin, terletak di bagian otak berwarna putih. Sel saraf berhubungan satu sama lain lewat sinaps. Sel saraf terbentuk saat usia kandungan tiga sampai tujuh bulan. Pada trimester ketiga, pembentukan sel saraf berhenti dan dimulai pembentukan akson, dendrit, dan sinaps yang berlanjut sampai anak berusia sekitar dua tahun. Setelah anak lahir, terjadi proses pengaturan pertumbuhan otak berupa bertambah dan berkurangnya struktur akson, dendrit, dan sinaps. Proses ini dipengaruhi secara genetik melalui sejumlah zat kimia yang dikenal sebagai brain growth factors dan proses belajar anak. Makin banyak sinaps terbentuk, anak makin cerdas. Pembentukan akson, dendrit, dan sinaps sangat tergantung pada stimulasi dari lingkungan. Bagian otak yang digunakan dalam belajar menunjukkan pertambahan akson, dendrit, dan sinaps. Sedangkan bagian otak yang tak digunakan menunjukkan kematian sel, berkurangnya akson, dendrit, dan sinaps. Kelainan genetis, keracunan logam berat, dan nutrisi yang tidak adekuat dapat menyebabkan terjadinya gangguan pada proses tersebut. Sehingga akan menyebabkan abnormalitas pertumbuhan sel saraf. Pada pemeriksaan darah bayi-bayi yang baru lahir, diketahui pertumbuhan abnormal pada penderita autis dipicu oleh berlebihnya neurotropin dan neuropeptida otak (brain-derived neurotrophic factor, neurotrophin-4, vasoactive intestinal peptide, calcitonin-related gene peptide) yang merupakan zat kimia otak yang bertanggung jawab untuk mengatur penambahan selsaraf, migrasi, diferensiasi, pertumbuhan, dan perkembangan jalinan sel saraf. Braingrowth factors ini penting bagi pertumbuhan otak. Peningkatan neurokimia otak secara abnormal menyebabkan pertumbuhan abnormal pada daerah tertentu. Pada gangguan autistik terjadi kondisi growth without guidance, di mana bagian-bagian otak tumbuh dan mati secara tak beraturan.

Pertumbuhan abnormal bagian otak tertentu menekan pertumbuhan sel saraf lain. Hampir semua peneliti melaporkan berkurangnya sel Purkinye (sel saraf tempat keluar hasil pemrosesan indera dan impuls saraf) di otak kecil pada autisme. Berkurangnya sel Purkinye diduga merangsang pertumbuhan akson, glia (jaringan penunjang pada system saraf pusat), dan mielin sehingga terjadi pertumbuhan otak secara abnormal atau sebaliknya, pertumbuhan akson secara abnormal mematikan sel Purkinye. Yang jelas, peningkatan brain derived neurotrophic factor dan neurotrophin-4 menyebabkan kematian sel Purkinye. Gangguan pada sel Purkinye dapat terjadi secara primer atau sekunder. Bila autisme disebabkan faktor genetik, gangguan sel Purkinye merupakan gangguan primer yang terjadi sejak awal masa kehamilan. Degenerasi sekunder terjadi bila sel Purkinye sudah berkembang, kemudian terjadi gangguan yang menyebabkan kerusakan sel Purkinye. Kerusakan terjadi jika dalam masa kehamilan ibu minum alcohol berlebihan atau obat seperti thalidomide. Penelitian dengan MRI menunjukkan, otak kecil anak normal mengalami aktivasi selama melakukan gerakan motorik, belajar sensori-motor, atensi, proses mengingat, serta kegiatan bahasa. Gangguan pada otak kecil menyebabkan reaksi atensi lebih lambat, kesulitan memproses persepsi atau membedakan target, over selektivitas, dan kegagalan mengeksplorasi lingkungan. Pembesaran otak secara abnormal juga terjadi pada otak besar bagian depan yang dikenal sebagai lobus frontalis. Kemper dan Bauman menemukan berkurangnya ukuran sel neuron di hipokampus (bagian depan otak besaryang berperan dalam fungsi luhur dan proses memori) dan amigdala (bagian samping depan otak besar yang berperan dalam proses memori). Penelitian pada monyet dengan merusak hipokampus dan amigdala mengakibatkan bayi monyet berusia dua bulan menunjukkan perilaku pasif-agresif. Mereka tidak memulai kontak sosial, tetapi tidak menolaknya. Namun, pada usia enam bulan perilaku berubah. Mereka menolak pendekatan sosial monyet lain, menarik diri, mulai menunjukkan gerakan stereotipik dan hiperaktivitas mirip penyandang autisme. Selain itu, mereka memperlihatkan gangguan kognitif.

1. **Cara Mengetahui Autisme Pada Anak**

Anak mengalami autisme dapat dilihat dengan:

1. Orang tua harus mengetahui tahap-tahap perkembangan normal.
2. Orang tua harus mengetahui tanda-tanda autisme pada anak.
3. Observasi orang tua, pengasuh, guru tentang perilaku anak dirumah, diteka, saat bermain, pada saat berinteraksi sosial dalam kondisi normal.
* Tanda autis berbeda pada setiap interval umumnya:
1. Pada usia 6 bulan sampai 2 tahun anak tidak mau dipeluk atau menjadi tegang bila diangkat ,cuek menghadapi orangtuanya, tidak bersemangat dalam permainan sederhana (ciluk baa atau kiss bye), anak tidak berupaya menggunakan kat-kata. Orang tua perlu waspada bila anak tidak tertarik pada boneka atau binatan gmainan untuk bayi, menolak makanan keras atau tidak mau mengunyah, apabila anak terlihat tertarik pada kedua tangannya sendiri.
2. Pada usia 2-3 tahun dengan gejal suka mencium atau menjilati benda-benda, disertai kontak mata yang terbatas, menganggap orang lain sebagai benda atau alat, menolak untuk dipeluk, menjadi tegang atau sebaliknya tubuh menjadi lemas, serta relatif cuek menghadapi kedua orang tuanya.
3. Pada usia 4-5 tahun ditandai dengan keluhan orang tua bahwa anak merasa sangat terganggu bila terjadi rutin pada kegiatan sehari-hari. Bila anak akhirnya mau berbicara, tidak jarang bersifat ecolalia (mengulang-ulang apa yang diucapkan orang lain segera atau setelah beberapa lama), dan anak tidak jarang menunjukkan nada suara yang aneh, (biasanya bernada tinggi dan monoton), kontak mata terbatas (walaupun dapat diperbaiki), tantrum dan agresi berkelanjutan tetapi bisa juga berkurang, melukai dan merangsang diri sendiri.
4. **Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis yang ditemuai pada penderita Autisme :

1. Penarikan diri, kemampuan komunikasi verbal (berbicara) dan non verbal yang tidak atau kurang berkembang mereka tidak tuli karena dapat menirukan lagu-lagu dan istilah yang didengarnya, serta kurangnya sosialisasi mempersulit estimasi potensi intelektual kelainan pola bicara, gangguan kemampuan mempertahankan percakapan, permainan sosial abnormal, tidak adanya empati dan ketidakmampuan berteman. Dalam tes non verbal yang memiliki kemampuan bicara cukup bagus namun masih dipengaruhi, dapat memperagakan kapasitas intelektual yang memadai. Anak austik mungkin terisolasi, berbakat luar biasa, analog dengan bakat orang dewasa terpelajar yang idiot dan menghabiskan waktu untuk bermain sendiri.
2. Gerakan tubuh stereotipik, kebutuhan kesamaan yang mencolok, minat yang sempit, keasyikan dengan bagian-bagian tubuh.
3. Anak biasa duduk pada waktu lama sibuk pada tangannya, menatap pada objek. Kesibukannya dengan objek berlanjut dan mencolok saat dewasa dimana anak tercenggang dengan objek mekanik.
4. Perilaku ritualistik dan konvulsif tercermin pada kebutuhan anak untuk memelihara lingkungan yang tetap (tidak menyukai perubahan), anak menjadi terikat dan tidak bisa dipisahkan dari suatu objek, dan dapat diramalkan .
5. Ledakan marah menyertai gangguan secara rutin.
6. Kontak mata minimal atau tidak ada.
7. Pengamatan visual terhadap gerakan jari dan tangan, pengunyahan benda, dan menggosok permukaan menunjukkan penguatan kesadaran dan sensitivitas terhadap rangsangan, sedangkan hilangnya respon terhadap nyeri dan kurangnya respon terkejut terhadap suara keras yang mendadak menunjukan menurunnya sensitivitas pada rangsangan lain.
8. Keterbatasan kognitif, pada tipe defisit pemrosesan kognitif tampak pada emosional
9. Menunjukan echolalia (mengulangi suatu ungkapan atau kata secara tepat) saat berbicara, pembalikan kata ganti pronomial, berpuisi yang tidak berujung pangkal, bentuk bahasa aneh lainnya berbentuk menonjol. Anak umumnya mampu untuk berbicara pada sekitar umur yang biasa, kehilangan kecakapan pada umur 2 tahun.
10. Intelegensi dengan uji psikologi konvensional termasuk dalam retardasi secara fungsional.
11. Sikap dan gerakan yang tidak biasa seperti mengepakan tangan dan mengedipkan mata, wajah yang menyeringai, melompat, berjalan berjalan berjingkat-jingkat.
* Ciri yang khas pada anak yang austik :
1. Defisit keteraturan verbal.
2. Abstraksi, memori rutin dan pertukaran verbal timbal balik.
3. Kekurangan teori berfikir (defisit pemahaman yang dirasakan atau dipikirkan orang lain).
* Menurut Baron dan kohen 1994 ciri utama anak autisme adalah:
1. Interaksi sosial dan perkembangan sossial yang abnormal.
2. Tidak terjadi perkembangan komunikasi yang normal.
3. Minat serta perilakunya terbatas, terpaku, diulang-ulang, tidak fleksibel dan tidak imajinatif.
4. Ketiga-tiganya muncul bersama sebelum usia 3 tahun.
5. **Pengobatan**

Orang tua perlu menyesuaikan diri dengan keadaan anaknya, orang tua harus memeberikan perawatan kepada anak temasuk perawat atau staf residen lainnya. Orang tua sadar adanaya scottish sosiety for autistik children dan natinal sosiety for austik children yang dapat membantu dan dapat memmberikan pelayanan pada anak autis. Anak autis memerlukan penanganan multi disiplin yaitu terapi edukasi, terapi perilaku, terapi bicara, terapi okupasi, sensori integasi, auditori integration training (AIT), terapi keluarga dan obat, sehingga memerlukan kerja sama yang baik antara orang tua, keluarga dan dokter.

Pendekatan terapeutik dapat dilakukan untuk menangani anak austik tapi keberhasilannya terbatas, pada terapi perilaku dengan pemanfaatan keadaan yang terjadi dapat meningkatkan kemahiran berbicara. Perilaku destruktif dan agresif dapat diubah dengan menagement perilaku. Latihan dan pendidikan dengan menggunakan pendidikan (operant konditioning yaitu dukungan positif (hadiah) dan hukuman (dukungan negatif). Merupakan metode untuk mengatasi cacat, mengembangkan ketrampilan sosial dan ketrampilan praktis. Kesabaran diperlukan karena kemajuan pada anak autis lambat. Neuroleptik dapat digunakan untuk menangani perilaku mencelakkan diri sendiri yang mengarah pada agresif, stereotipik dan menarik diri dari pergaulan sosial. Antagonis opiat dapat mengatasi perilaku, penarikan diri dan stereotipik, selain itu terapi kemampuan bicara dan model penanganan harian dengan menggunakan permainan latihan antar perorangan terstruktur dapt digunakan. Masalah perilaku yang biasa seperti bising, gelisah atau melukai diri sendiri dapat diatasi dengan obat klorpromasin atau tioridasin. Keadaan tidak dapat tidur dapat memberikan responsedatif seperti kloralhidrat, konvulsi dikendalikan dengan obat anti konvulsan. Hiperkinesis yang jika menetap dan berat dapat ditanggulangi dengan diit bebas aditif atau pengawet. Dapat disimpulkan bahwa terapi pada autisme dengan mendeteksi dini dan tepat waktu serta program terapi yang menyeluruh dan terpadu.

* Penatalaksanaan anak pada autisme bertujuan untuk:
1. Mengurangi masalah perilaku.
2. Meningkatkan kemampuan belajar dan perkembangan terutama bahasa.
3. Anak bisa mandiri.
4. Anak bisa bersosialisasi.
5. **Prognosis**

Anak terutama yang mengalami bicara, dapat tumbuh pada kehidupan marjinal, dapat berdiri sendiri, sekalipun terisolasi, hidup dalam masyarakat, namun pada beberapa anak penempatan lama pada institusi mrp hasil akhir. Prognosis yang lebih baik adalah tingakt intelegensi lebih tinggi, kemampuan berbicara fungsional, kurangnya gejala dan perilaku aneh. Gejala akan berubah dengan pertumbuhan menjadi tua. kejang-kejang dan kecelakaan diri sendiri semakin terlihat pada perkembangan usia.

**ASUHAN KEPERAWATAN SECARA TEORI**

1. **PENGKAJIAN KEPERAWATAN DITINJAU DARI KEPERAWATAN ANAK**

Pengkajian data focus pada anak dengan gangguan perkembangan pervasive menurut Isaac, A (2005) dan Townsend, M.C (1998) antara lain:

* Tidak suka dipegang
* Rutinitas yang berulang
* Tangan digerak-gerakkan dan kepala diangguk-anggukan
* Terpaku pada benda mati
* Sulit berbahasa dan berbicara
* 50% diantaranya mengalami retardasi mental
* Ketidakmampuan untuk memisahkan kebutuhan fisiologis dan emosi diri sendiri dengan orang lain
* Tingkat ansietas yang bertambah akibat dari kontak dengan dengan orang lain
* Ketidakmampuan untuk membedakan batas-batas tubuh diri sendiri dengan oranglain
* Mengulangi kata-kata yang dia dengar dari yang diucapkan orang lain atau gerakkan-gerakkan mimik orang lain
* Penolakan atau ketidakmampuan berbicara yang ditandai dengan ketidakmatangan stuktur gramatis, ekolali, pembalikan pengucapan, ketidakmampun untuk menamai benda-benda, ketidakmampuan untuk menggunakan batasan-batasan abstrak, tidak adanya ekspresi nonverbal seperti kontak mata, sifat responsif pada wajah, gerak isyarat.
1. **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Menurut Townsend, M.C (1998) diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan padapasien/anak dengan gangguan perkembangan pervasive autisme antara lain:

* Risiko tinggi terhadap mutilasi diri berhubungan dengan:
1. Tugas-tugas perkembangan yang tidak terselesaikan dari rasa percaya terhadap rasa tidak percaya
2. Fiksasi pada fase prasimbiotik dari perkembangan
3. Perubahan-perubahan patofisiologis yang terjadi sebagai respons terhadap kondisi-kondisi fisik tertentu seperti rubella pada ibu, fenilketonuria tidak teratasi, ensefalitis, tuberkulosa sclerosis, anoksia selama kelahiran dan sindroma fragilis X
4. Deprivasi ibu.
5. Stimulasi sensosrik yang tidak sesuai
6. Sejarah perilaku-perilaku mutilatif/melukai diri sebagai respons terhadapansietas yang meningkat
7. Ketidakacuhan yang nyata terhadap lingkungan atau reaksi-reaksi yang histeris terhadap perubahan-perubahan pada lingkungan
* Kerusakan interaksi sosial berhubungan dengan:
1. Gangguan konsep diri
2. Tidak adanya orang terdekat
3. Tugas perkembangan tidak terselsaikan dari percaya versus tidak percaya
4. Perubahan-perubahan patofisiologis yang terjadi sebagai respons terhadap kondisi-kondisi fisik tertentu seperti rubella pada ibu fenilketonuria tidak teratasi, ensefalitis, tuberous sclerosis, anoksia selama kelahiran sindromfragilis X
5. Deprivasi ibu
6. Stimulasi sensorik yang tidak sesuai
* Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan:
	+ 1. Ketidakmampuan untuk mempercayai
		2. Penarikan diri dari diri
		3. Perubahan patofisiologis yang terjadi sebagai respons terhadap kondisi-kondisifisik tertentu seperti rubella pada ibu fenilketonuria tidak teratasi, ensefalitis, tuberous sclerosis, anoksia selama kelahiran sindrom fragilis X)
		4. Deprivasi ibu
		5. Stimulasi sensorik yang tidak sesuai
* Gangguan identitas diri/pribadi berhubungan dengan:
1. Fiksasi pada fase prasimbiotik dari perkembangan
2. Tugas-tugas tidak terselesaikan dari rasa percaya versus rasa tidak percaya
3. Deprivasi ibu
4. Stimulasi sensorik yang tidak sesuai
5. **PERENCANAAN DAN RASIONALISASI**

Menurut Townsend, M.C (1998) perencanaan dan rasionalisasi untuk mengatasi masalah keperawatan pada anak dengan gangguan perkembangan pervasife autisme antara lain:

* 1. Resiko terhadap mutilasi diri

**Tujuan** : Pasien akan mendemonstrasikan perilaku-perilaku alternative (missalnya memulai interaksi antara diri dengan perawat) sebagai respons terhadap kecemasan dengan criteria hasil:

1. Rasa gelisah dipertahankan pada tingkat anak merasa tidak memerlukan perilaku-perilaku mutilatif diri
2. Pasien memulai interaksi antara diri dan perawat apabila merasa cemas

**Intervensi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| Jamin keselamatan anak dengan memberi rasa aman, lingkungan yang kondusif untuk mencegah perilaku merusak diri | Perawat bertanggung jawab untuk menjamin keselamatan anak |
| Kaji dan tentukan penyebab perilaku – perilaku mutilatif sebagai respon terhadap kecemasan | pengkajian kemungkinan penyebab dapat memilih cara /alternative pemecahan yang tepat. |
| Pakaikan helm pada anak untuk menghindari trauma saat anak memukul-mukulkepala, sarung tangan untuk mencegah menarik – narik rambut, pemberian bantalyang sesuai untuk mencegah luka pada ekstremitas saat gerakan-gerakan histeris | Untuk menjaga bagian-bagian vital dari cidera |
| Untuk membentuk kepercayaan satu anak dirawat oleh satu perawat | Untuk dapat bisa lebih menjalin hubungan saling percayadengan pasien |
| Tawarkan pada anak untuk menemani selama waktu - waktu meningkatnya kecemasan agar tidak terjadi mutilasi | Dalam upaya untuk menurunkan kebutuhan pada perilaku-perilaku mutilasi diri dan memberikan rasa aman |

* 1. Kerusakan interaksi social

Tujuan : Anak akan mendemonstrasikan kepercayaan pada seorang pemberi perawatan yang ditandai dengan sikap responsive pada wajah dan kontak mata dalam waktu yang ditentukan dengan criteria hasil :

1. Anak mulai berinteraksi dengan diri dan orang lain
2. Pasien menggunakan kontak mata, sifat responsive pada wajah dan perilaku-perilaku nonverbal lainnya dalam berinteraksi dengan orang lain
3. Pasien tidak menarik diri dari kontak fisik dengan orang lain

**Intervensi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| Jalin hubungan satu – satu dengan anak untuk meningkatkan kepercayaan.  | Interaksi staf dengan pasien yang konsisten meningkatkan pembentukan kepercayaan |
| Berikan benda-benda yang dikenal (misalnya : mainan kesukaan, selimut) untuk memberikan rasa aman dalam waktu-waktu tertentu agar anak tidak mengalami distress. | Benda-benda ini memberikan rasa aman dalam waktu-waktu aman bila anak merasa distres |
| Sampaikan sikap yang hangat, dukungan, dan kebersediaan ketika anak berusaha untuk memenuhi kebutuhan –  kebutuhan dasarnya untuk meningkatkan pembentukan dan mempertahankan hubungan saling percaya | Karakteristik - karakteritik ini meningkatkan pembentukan dan mempertahankan hubungan saling percaya |
| Lakukan dengan perlahan-lahan, jangan memaksakan interaksi-interaksi, mulai dengan penguatan yang positif pada kontak mata, perkenalkan dengan berangsur-angsur dengan sentuhan, senyuman, dan pelukan | Pasien autisme dapat merasa terancam oleh suatu rangsangan yang gencar pada pasien yang tidak terbiasa |
| Dengan kehadiran anda beri dukungan pada pasien yang berusaha keras untuk membentuk hubungan dengan orang lain di lingkungannya | Kehadiran seorang yang telah terbentuk hubungan saling percaya dapat memberikan rasa aman |

* 1. Kerusakan komunikasi verbal

Tujuan : Anak akan membentuk kepercayaan dengan seorang pemberi perawatan ditandai dengan sikap responsive dan kontak mata dalam waktu yang telah ditentukan dengan kriteria hasil:

* 1. Pasien mampu berkomunikasi dengan cara yang dimengerti oleh orang lain
1. Pesan-pesan nonverbal pasien sesuai dengan pengungkapan verbal
2. Pasien memulai berinteraksi verbal dan non verbal dengan orang lain

**Intervensi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| Pertahankan konsistensi tugas staf untuk memahami tindakan-tindakan dan komunikasi anak | Hal ini memudahkan kepercayaan dan kemampuan untuk memahami tindakan-tindakan dan komunikasi pasien |
| Antisipasi dan penuhi kebutuhan-kebutuhan anak sampai kepuasan polakomunikasi terbentuk | Pemenuhan kebutuhan pasien akan dapat mengurangi kecemasan anak sehingga anak akan dapat mulai menjalin komunikasi dengan orang lain dengan asertif |
| Gunakan tehnik validasi konsensual dan klarifikasi untuk menguraikan kode polakomunikasi (misalnya :” Apakah anda bermaksud untuk mengatakan bahwa…..?”) | Teknik-teknik ini digunakan untuk memastikan akurasi daripesan yang diterima, menjelaskan pengertian-pengertian yang tersembunyi di dalam pesan. Hati-hati untuk tidak “berbicara atas nama pasien tanpa seinzinnya” |
| Gunakan pendekatan tatap muka berhadapan untuk menyampaikan ekspresi-ekspresi nonverbal yang benar dengan menggunakan contoh | Kontak mata mengekspresikan minat yang murni terhadap dan hormat kepada seseorang |

* 1. Gangguan Indentitas Pribadi

Tujuan: Pasien akan menyebutkan bagian-bagian tubuh diri sendiri dan bagian-bagian tubuh dari pemberi perawatan dalam waktu yang ditentukan untuk mengenali fisik dan emosi diri terpisah dari orang lain saat pulang dengan kriteria hasil:

1. Pasien mampu untuk membedakan bagian-bagian dari tubuhnya dengan bagian-bagian dari tubuh orang lain
2. Pasien menceritakan kemampuan untuk memisahkan diri dari lingkungannya dengan menghentikan ekolalia (mengulangi kata-kata yang di dengar) dan ekopraksia (meniru gerakan-gerakan yang dilihatnya)

**Intervensi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervensi** | **Rasional** |
| Fungsi pada hubungan satu - satu dengan anak | Interaksi pasien staf meningkatkan pembentukan data kepercayaan |
| Membantu anak untuk mengetahui hal-hal yang terpisah selama kegiatan-kegiatan perawatan diri, seperti berpakaian dan makan | Kegiatan-kegiatan ini dapat meningkatkan kewaspadaan anda terhadap diri sebagai sesuatu yang terpisah dari orang lain |
| Jelaskan dan bantu anak dalam menyebutkan bagian-bagian tubuhnya | Kegiatan-kegiatan ini dapat meningkatkan kewaspadaan anak terhadap diri sebagai sesuatu yang terpisah dari orang lain |
| Tingkatkan kontak fisik secara bertahap demi tahap, menggunakan sentuhan untuk menjelaskan perbedaan-perbedaan antara pasien dengan perawat. Berhati-hati dengans entuhan sampai kepercayaan anak telah terbentuk | Bila gerak isyarat ini dapat diintepretasikan sebagai suatu ancaman oleh pasien |
| Tingkatkan upaya anak untuk mempelajari bagian-bagian dari batas-batas tubuhdengan menggunakan cermin dan lukisan serta gambar-gambar dari anak | Dapat memberikan gambaran tentang bentuk tubuh dan gambaran diri pada anak secara tepat. |

**Daftar Pustaka**

Diagnosa Keperawatan : buku saku. edisi 6 . Jakarata : EGC Doenges, Marilynn E. 1999.

Rencana Asuhan Keperawatan. Jakarta : EGC Price. (1995).

Patofisiologi: Proses-proses Penyakit Edisi: 4, Editor peter Anugrah Buku II. Jakarta: EGC Wilkinson, M, Judith; (1997).

Buku saku diagnosis keperawatan dengan NIC dan NOC. Edisi 7 .Jakarta : EGC

<https://www.scribd.com/doc/97175113/ASKEP-AUTIS>

Alih Bahasa Prof. DR. Dr. A. Samik Wahab, Sp. A (K). 1995. *Kesehatan Anak Pedoman Bagi orang Tua, Arcan.* Jakarta: EGC

Baron & Kohen 1994

Behrman, Kliegman, Arvin. 1999. *Ilmu Kesehatan Anak Nelson Edisi 15*.

Sacharin, r.m. 1996. *Prinsip Keperawatan Pediatrik Edisi 2*. Jakarta: EGC

 (DSM IV, sadock dan sadock 2000)

Safaria, T. 2005. *Autisme Pemahaman Baru untuk Hidup Bermakna bagi Orang Tua*. Yogyakarta: Graha Ilmu

(Teramihardja, J. 2007.