

## STUDI KASUS: ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN ANAK REMAJA DALAM PENCEGAHAN PERILAKU MEROKOK

La Syam Abidin\*

Prodi Keperawatan Masohi, Poltekkes Kemenkes Maluku, Maluku, Indonesia

Riwayat artikel

Diajukan: 14 Juni 2021

Direvisi: 24 Juni 2021

Disetujui: 26 Juni 2021

\*Corresponding author

La Syam Abidin

[syamafiyah1006@gmail.com](mailto:syamafiyah1006@gmail.com)

### Abstrak

**Latar belakang:** Masa remaja memungkinkan keterlibatan perilaku beresiko kesehatan termasuk merokok. Remaja membutuhkan dukungan keluarga terutama dalam pencegahan dan perawatan. Perawat dapat membantu keluarga melalui asuhan keperawatan. **Tujuan:** Menggambarkan penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan anak remaja dalam pencegahan merokok. **Metode:** Populasi adalah keluarga dengan anak remaja. Teknik sampling menggunakan *purposive sampling*. Sampel adalah keluarga Tn. S. dengan kriteria inklusi ; *Nuclear family*, tahap perkembangan keluarga usia remaja, remaja awal usia 10-18 tahun, riwayat merokok anggota keluarga, anggota keluarga dapat membaca dan menulis, serta bersedia menjadi responden. Pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan studi dokumentasi. Instrumen penelitian adalah peneliti sendiri, format asuhan keperawatan keluarga dan perlengkapan nursing kit. **Hasil:** Pengkajian menemukan tiga masalah keperawatan. Diagnosis keperawatan meliputi defisiensi pengetahuan keluarga, perilaku kesehatan cenderung beresiko dan tidak efektif pemeliharaan kesehatan keluarga. Perencanaan menyesuaikan diagnosis yang ditemukan, tujuan intervensi selama empat minggu, kriteria hasil menggunakan *Nursing Outcome Classification* dan intervensi menggunakan *Nursing Intervention Classification* dengan menyesuaikan lima tugas kesehatan keluarga. Implementasi meliputi skrining kesehatan, pendidikan kesehatan, konseling, ketrampilan sosial remaja. Evaluasi menunjukkan keberhasilan mengatasi masalah keperawatan keluarga. **Kesimpulan:** Penerapan asuhan keperawatan keluarga meningkatkan keterlibatan keluarga dalam mencegah perilaku merokok anak remaja.

**Kata Kunci:** Asuhan keperawatan; Keluarga; Pencegahan merokok; Remaja

### Abstract

**Background:** Adolescence allows the involvement of health risk behaviors, including smoking. Adolescents need family support, especially in prevention and treatment. Nurses can help families through nursing care. **Objective:** To describe the application of family nursing care with adolescent children to prevent smoking. **Methods:** The population is a family with teenagers. The sampling technique used purposive sampling. The sample is the family of Mr. S. with inclusion criteria; Nuclear family, stage of family development in adolescence, early teens aged 10-18 years, smoking history of family members, family members can read and write and are willing to be respondents. They were collecting data through interviews, observation, and documentation studies. The research instrument was the researcher himself, family nursing care, and nursing kit equipment format. **Results:** The study found three nursing problems. Nursing diagnoses include deficiencies in family knowledge, risky health behaviors, and ineffective family health care. Planning adjusted the diagnosis found, the intervention goals for four weeks, the outcome criteria using the Nursing Outcome Classification, and the intervention using the Nursing Intervention Classification by adjusting the five family health tasks. Implementation includes health screening, health education, counseling, youth social skills. The evaluation shows success in overcoming family nursing problems. **Conclusion:** The application of family nursing care increases family involvement in preventing adolescent smoking behavior.

**Keywords:** Family; Nursing care; Smoking prevention; Teenager

## PENDAHULUAN

Populasi beresiko (*population at risk*) adalah sekumpulan orang yang memiliki masalah kesehatan dan kemungkinan akan mengalami penurunan karena adanya faktor-faktor risiko yang mempengaruhinya (Allender et al., 2014). Faktor risiko mengacu kepada paparan faktor yang spesifik dan terjadi terus-menerus pada seseorang, seperti paparan asap rokok, stres yang berlebihan, kebisingan, atau bahan kimia yang terdapat pada lingkungan (Nies and McEwen, 2015). Sedangkan Menurut (Pender et al., 2015) faktor-faktor risiko terdiri dari faktor genetik, usia, karakteristik biologis, kebiasaan sehat individu, gaya hidup dan lingkungan.

Usia remaja memasuki masa remaja ditandai dengan meningkatnya keterlibatan dalam perilaku beresiko kesehatan termasuk merokok (Diclemente et al., 2009). Faktor risiko remaja merokok diantaranya memiliki teman yang merokok, akses yang mudah ke rokok. Sedangkan memiliki orangtua dengan aturan tentang rokok, tidak kontak dengan rokok di rumah dan pengetahuan tentang efek berbahaya dari rokok diidentifikasi sebagai faktor pelindung (Urrutia-Pereira et al., 2017). Selain itu, menurut (Vázquez-Nava et al., 2017) alasan remaja pertama kali merokok adalah keingintahuan tentang rokok, meskipun mereka mengetahui bahwa menghirup asap rokok dapat menimbulkan kecanduan nikotin, tetapi remaja tidak menganggap merokok sebagai masalah yang faktanya dapat mengakibatkan ketergantungan.

Jumlah perokok setiap hari usia lebih dari 10 tahun pada tahun 2015 di beberapa negara memiliki variasi. Indonesia berada pada posisi ketiga setelah Cina dan India sebanyak 49,8 juta laki-laki dan 3,9 juta perempuan (Drope et al., 2018). Hasil riset Kesehatan dasar 2018 didapatkan prevalensi merokok penduduk umur  $\geq 10$  tahun pada tahun 2018 sebanyak 28,8%. Hasil ini tidak berbeda jauh bila dibandingkan prevalensi pada tahun 2013 sebanyak 29,3%. Selanjutnya, prevalensi merokok pada populasi usia 10-18 tahun masih mengalami peningkatan yaitu 7,2% pada tahun 2013 menjadi 9,1% pada tahun 2018 sedangkan proporsi umur pertama kali merokok pada penduduk usia 10-18 tahun 2018 meliputi ; usia 5-9 tahun (5%), usia 10-14 tahun (54,5%), usia 15-19 tahun 40,5% (Kemenkes, 2019). Hasil survei The Global Youth Tobacco Survey (GYTS) tahun 2015 di Indonesia, sebanyak 32,1% siswa pernah menggunakan tembakau produk asap, dimana laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Remaja pengguna tembakau sebanyak 20,3%, sebagian besar 43,2% siswa mulai merokok pada usia 12-13 tahun, sedangkan 19,8% mulai merokok usia kurang dari 10 tahun (WHO, 2015).

Remaja sebagai populasi beresiko sangat memerlukan dukungan dari keluarga terutama dalam hal pencegahan dan perawatannya. Keluarga merupakan lembaga sosial yang memiliki pengaruh paling besar terhadap anggotanya. Unit keluarga menempati sebuah posisi diantara individu dan masyarakat (Marilyn M. et al., 2010). Keterlibatan keluarga dapat melindungi penggunaan zat (alkohol, ganja, dan tembakau) pada remaja melalui penyangga efek buruk dari masalah internal dan eksternal (Schlauch et al., 2013) . Berdasarkan tinjauan sistematis dan meta analisis yang dilakukan oleh Thomas et al., (2016) terhadap intervensi berbasis keluarga dalam pencegahan anak dan remaja dari penggunaan tembakau menjelaskan bahwa intervensi berbasis keluarga dapat mencegah anak dan remaja untuk memulai merokok. Sedangkan dalam tinjauan sistematis dan meta analisis yang terbaru oleh Thomas et al., (2018) terhadap update intervensi berbasis keluarga dalam mencegah anak dan remaja menggunakan tembakau menjelaskan bahwa intervensi berbasis keluarga efektif untuk mencegah merokok pada anak dan remaja serta membantu mengatasi kekambuhan.

Keluarga dapat berperan dalam bentuk promosi kesehatan dan penurunan risiko serta dapat menjadi faktor terpajannya anggota keluarga kepada hal-hal yang membahayakan kesehatan. Bentuk promosi kesehatan, pencegahan dan penurunan risiko dapat berupa gaya hidup seperti menghentikan kebiasaan merokok (Marilyn M. et al., 2010). Menurut Wang et al., (2014) menjelaskan bahwa praktik pengasuhan dan kognisi terkait merokok merupakan komponen penting yang harus dimasukkan dalam program pencegahan dan intervensi untuk merokok remaja. Pengetahuan orangtua tentang keberadaan dan aktivitas remaja yang tinggi baik sendiri atau dengan kelompok berkaitan dengan frekuensi perilaku beresiko pada remaja diantaranya perilaku merokok yang lebih rendah. Pengetahuan orangtua bersifat lebih protektif terhadap perilaku beresiko pada remaja (Albertos et al., 2016).

Perawat melalui perannya dapat memberikan asuhan keperawatan secara langsung melalui kegiatan pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi Tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Perawat memberikan pelayanan kesehatan bukan hanya kepada individu dan keluarga, tetapi juga kepada kelompok dan populasi (Helvie, 1998). Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan anak remaja dalam pencegahan merokok.

## **METODE**

Desain pada penelitian ini adalah rancangan studi kasus menggunakan pendekatan proses keperawatan. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Cisalak Pasar, kota Depok pada bulan Februari 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anak remaja. Sampel adalah keluarga Tn. S. Teknik sampling menggunakan purposive sampling. Sampel adalah keluarga Tn. S. dengan kriteria inklusi ; Nuclear family, tahap perkembangan keluarga usia remaja, remaja awal usia 10-18 tahun, riwayat merokok anggota keluarga, anggota keluarga dapat membaca dan menulis, serta bersedia menjadi responden. Pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan studi dokumentasi. Instrumen penelitian adalah peneliti sendiri, format asuhan keperawatan keluarga dan perlengkapan nursing kit. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi dan studi dokumentasi. Instrumen penelitian adalah peneliti sendiri, format asuhan keperawatan keluarga dan perlengkapan *nursing kit*. Prosedur pengumpulan data dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu mengkaji informasi bersumber dari keluarga dan anak remaja, menentukan permasalahan keluarga melalui perumusan diagnosis keperawatan, menyusun perencanaan untuk mengatasi masalah keluarga, melakukan implementasi intervensi yang telah disusun dan melakukan evaluasi untuk mengetahui keberhasilan intervensi yang telah dilakukan. Dalam studi kasus ini juga peneliti menerapkan etika penelitian meliputi; informed consent, kerahasiaan, tanpa nama, keadilan, dan asas kemanfaatan.

## **HASIL**

Berikut adalah penjabaran hasil penelitian berdasarkan tahapan-tahapan pada proses keperawatan, meliputi :

### **Pengkajian**

Keluarga Tn. S merupakan salah satu keluarga yang berdomisili di kelurahan Cisalak Pasar. Jumlah anggota keluarga sebanyak 4 orang terdiri dari kepala keluarga Tn S (50 tahun), istrinya ibu E (40 tahun), An. pertama An. A (18 tahun) dan An. kedua An. R (13 tahun). Tipe keluarga ini merupakan *Nuclear Family*. Keluarga Tn. S. merupakan campuran dua budaya yaitu Tn. S suku Sunda sedangkan ibu E suku Betawi tetapi tidak terdapat budaya yang mempengaruhi kesehatan di dalam keluarga. Kepercayaan yang dianut oleh keluarga Tn. S adalah Islam dan rutin menjalankan ibadah shalat 5 waktu. Saat ini Tn. S.

bekerja sebagai wiraswasta (penjual pakaian) dengan cara dicicil per bulan, penghasilan yang didapatkan oleh Tn. S tidak menentu yaitu rata sekitar Rp. 3.500.000 perbulan. Tn. S mengatakan kebutuhan harian keluarga masih terpenuhi karena dibantu oleh An. pertama yang sudah bekerja.

Tahap perkembangan keluarga saat ini adalah keluarga dengan An. usia remaja. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi adalah menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab serta komunikasi secara terbuka. Menurut Tn. S jarang berbicara dengan anak-anaknya tentang pencegahan merokok. Tn. S hanya menasehati An. R agar tidak merokok. Dalam keluarga tidak memiliki masalah kesehatan dan juga tidak ada yang merokok. Tn. S pernah merokok tetapi telah berhenti sejak sebelum menikah. Menurut Tn. S awal merokok karena diajak teman-teman dan belum mengetahui tentang bahaya merokok saat itu. Menurut Tn. S kemungkinan An. R sudah merokok tetapi belum pernah melihat secara langsung. Keluarga mengatakan komunikasi antara orangtua dan anak-anaknya tidak ada masalah. Akan tetapi, komunikasi tentang bahaya merokok tidak pernah dilakukan karena ketidaktahuan orangtua tentang apa yang harus dikomunikasikan. Tn. S hanya bisa menasehati agar tidak merokok dan menunjukkan tentang dampak merokok seperti yang ada di bungkusan rokok saat ini. Keluarga mengatakan lingkungan tempat tinggal saat ini banyak yang merokok. Para perokok bukan hanya pada usia dewasa tetapi juga perokok usia sekolah dasar dan remaja.

Hasil pemeriksaan fisik terhadap keluarga Tn. S yang dilakukan pada saat pengkajian diperoleh tidak memiliki keluhan Kesehatan. Tanda-tanda Vital (TTV) anggota keluarga dalam rentang normal begitupun pada system tubuh. Pengkajian tentang tugas kesehatan keluarga meliputi keluarga mengatakan merokok merupakan kegiatan menghisap asap rokok, rokok mengandung zat kimia tetapi keluarga tidak mengetahui jumlah dan jenis zat kimia yang terkandung dalam rokok. Keluarga mengatakan An. R kemungkinan merokok karena pergaulan dengan teman-teman yang merokok dan keluarga tidak mengetahui sepenuhnya tanda dan gejala remaja yang telah merokok. Menurut keluarga perlu dilakukan pencegahan kepada An. R agar tidak merokok karena merokok dapat mengakibatkan masalah kesehatan. Akan tetapi, keluarga mengalami kebingungan untuk melakukan pencegahan dan hanya bisa menasehati agar tidak mengikuti teman-teman yang merokok. Keluarga mengatakan jarang mendiskusikan tentang bahaya merokok, pengaruh iklan rokok dengan An. R. Keluarga jarang mengontrol dan mengawasi teman-teman An. R yang merokok dan menyarankan untuk memiliki teman yang tidak merokok. Keluarga tidak pernah mengajarkan kepada An. R untuk cara menolak ajakan teman yang merokok dan menahan diri dari keinginan berkumpul serta merokok dengan teman-teman. Keluarga mengatakan tidak pernah membuat aturan tentang kebiasaan merokok di dalam rumah, ketidaksetujuan orangtua untuk An. R merokok, hukuman jika mengetahui An. R merokok. Keluarga biasa ke pelayanan kesehatan seperti Puskesmas atau klinik jika ada yang sakit. Mengontrol secara rutin kesehatan An. R tentang perilaku merokok tidak pernah dilakukan keluarga.

### **Diagnosis keperawatan**

Perumusan diagnosis pada penelitian ini berdasarkan rumusan diagnosis NANDA 2015-2017. Diagnosis keperawatan yang teridentifikasi pada keluarga Tn. S adalah defisiensi pengetahuan keluarga tentang rokok (00126), perilaku kesehatan cenderung beresiko (merokok) pada An. R (00188) dan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan An. remaja (00099).

## Perencanaan

Dalam penelitian ini perencanaan keperawatan keluarga merupakan integrasi dari diagnosis keperawatan NANDA 2015-2017; Nursing Outcome Classification (NOC), dan Nursing Intervention Clasification (NIC) yang disesuaikan dengan tugas kesehatan keluarga yaitu kemampuan keluarga mengenal masalah Kesehatan (TUK 1), memutuskan untuk merawat anggota keluarga yang sakit (TUK 2), merawat anggota keluarga yang sakit (TUK 3), memodifikasi lingkungan (TUK 4), dan memanfaatkan fasilitas Kesehatan (TUK 5).

Tujuan keperawatan untuk diagnosis keperawatan defisiensi pengetahuan keluarga (00128) adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 minggu keluarga diharapkan : TUK 1 : Pengetahuan proses penyakit (1803) meningkat dari pengetahuan terbatas (skala 2) menjadi pengetahuan banyak (skala 4), dengan indikator ; mengetahui karakteristik rokok (180302), efek fisiologis akibat rokok (18030) dengan intervensi pengajaran : proses penyakit (5602). TUK 2 : Keyakinan mengenai kesehatan (1700), meningkat dari lemah (skala 2) menjadi kuat (skala 4), dengan indikator : merasakan pentingnya mengambil tindakan (170001), merasakan ancaman jika tidak bertindak (170002) dengan intervensi dukungan keluarga (7140). TUK 3 : Kinerja pengasuhan remaja (2903), meningkat dari jarang menunjukkan (skala 2) menjadi sering menunjukkan (skala 4), dengan indikator ; mendiskusikan bahaya dari penyalahgunaan zat seperti merokok (290332) dengan intervensi pengajaran : proses penyakit (5602). TUK 4 : Memproses informasi (0907), meningkat dari banyak terganggu (skala 2) menjadi sedikit terganggu (skala 4), dengan indikator : memahami cerita (090711), menunjukkan proses pikir yang terorganisir (090704) dengan intervensi biblioterapi (4680). TUK 5 : Pengetahuan sumber-sumber kesehatan (1806), meningkat dari pengetahuan terbatas (skala 2) menjadi pengetahuan banyak (skala 4), dengan indikator ; rencana perawatan tindak lanjut (180606), sumber daya komunitas yang tersedia (180607) dengan intervensi panduan system pelayanan kesehatan (7400)

Tujuan keperawatan untuk diagnosis keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko (00188) adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 minggu keluarga diharapkan : TUK 1 : Pengetahuan : Proses penyakit (1803), meningkat dari pengetahuan terbatas (skala 2) menjadi pengetahuan banyak (skala 4), dengan indikator : mengetahui faktor-faktor penyebab dan faktor yang berkontribusi remaja merokok (180303), tanda dan gejala remaja telah merokok (180306) dengan intervensi pengajaran : proses penyakit (5602). TUK 2 : Berpartisipasi dalam memutuskan perawatan (1606), meningkat dari jarang menunjukkan (skala 2) menjadi sering menunjukkan (skala 4), dengan indikator : menentukan pilihan yang diharapkan terkait dengan outcome kesehatan (160605), menyampaikan niat untuk bertindak terkait dengan keputusan (160609) dengan intervensi dukungan pengambilan keputusan (5250). TUK 3 : Keterlibatan interaksi Sosial (1502), meningkat dari jarang menunjukkan (skala 2) menjadi sering menunjukkan (skala 4) dengan indikator : menggunakan perilaku asertif secara tepat (150205), menggunakan strategi pemecahan konflik (150216) dengan intervensi peningkatan kecakapan hidup (5326) dan Latihan asertif (4340). TUK 4 : Kontrol risiko penggunaan tembakau (1906) meningkat dari jarang menunjukkan (skala 2) menjadi sering menunjukkan (skala 4), dengan indikator : mengidentifikasi faktor risiko penggunaan rokok (190629), mengenali pengaruh lingkungan dalam penggunaan rokok/tembakau (190622), dengan intervensi identifikasi risiko (6610). TUK 5 : Perilaku pencarian kesehatan (1603), meningkat dari jarang menunjukkan (skala 2) menjadi sering menunjukkan (skala 4), dengan indikator : melakukan perilaku kesehatan dengan inisiatif sendiri (160314), Melakukan perilaku kesehatan yang disarankan (160308) dengan intervensi Fasilitasi tanggung jawab diri (4480).

Tujuan keperawatan untuk diagnosis keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (00099) adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 minggu keluarga diharapkan : TUK 1 : Harapan

(1201), meningkat dari jarang menunjukkan (skala 2) menjadi sering menunjukkan (skala 4), dengan indikator : mengungkapkan harapan masa depan yang positif (120101), menetapkan tujuan (120112) dengan intervensi Inspirasi harapan (5310). TUK 2 : Partisipasi keluarga dalam perawatan kesehatan (2605), meningkat dari jarang menunjukkan (skala 2) menjadi sering menunjukkan (skala 4), dengan indikator : berpartisipasi dalam perencanaan perawatan (260501), dengan intervensi dukungan pengambilan keputusan (5250). TUK 3 : Pengetahuan : pengasuhan (1826), meningkat dari pengetahuan terbatas (skala 2) menjadi pengetahuan banyak (skala 4), dengan indikator : kebutuhan akan pengawasan (182613), Strategi komunikasi yang efektif (182619) dengan intervensi Bermain terapeutik (4430). TUK 4 : Keamanan lingkungan rumah (1910), meningkat dari sedikit adekuat (skala 2) menjadi sebagian besar adekuat (skala 4), dengan indikator : menyingkirkan asap tembakau (191035) dengan intervensi manajemen lingkungan keselamatan (6486). TUK 5 : Kepuasan klien ; akses terhadap sumber-sumber perawatan (3000), meningkat dari agak puas (skala 2) menjadi sangat puas (skala 4), dengan indikator : akses ke kelompok pendukung (300013) dengan intervensi panduan system pelayanan Kesehatan (7400)

### **Implementasi**

Implementasi keperawatan berdasarkan diagnosis dan perencanaan yang telah disusun meliputi ; Diagnosis keperawatan defisiensi pengetahuan keluarga tentang bahaya merokok pada An. R, implementasi terdiri dari: melakukan edukasi kesehatan tentang : rokok dan dampaknya serta tanda dan gejala umum dari remaja yang telah merokok dengan menggunakan lembar balik. Peneliti juga memberikan leaflet dan buku panduan kepada keluarga agar dapat mengingat materi yang telah diberikan. Peneliti meyakinkan keluarga bahwa rencana yang akan dilakukan akan dapat memperbaiki pengetahuan keluarga dan An. R tentang bahaya rokok. Peneliti juga menanyakan kemampuan yang dapat dilakukan keluarga dan keputusan keluarga dalam perawatan selanjutnya. Peneliti melanjutkan dengan intervensi biblioterapi berupa 1). Memberikan cerita tentang pengalaman mantan perokok, 2). Mendiskusikan tentang karakteristik yang ada dalam cerita, apa yang menjadi permasalahan, apa yang seharusnya dilakukan dan apa keberhasilan yang dicapai, 3). Mendiskusikan kaitan cerita dengan kondisi keluarga atau An. R. Peneliti juga memperkenalkan kader kesehatan remaja, menginformasikan terkait tugas kader kesehatan remaja dan bantuan yang bisa diberikan serta Puskesmas yang ada di wilayah tempat tinggal

Diagnosis keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko (merokok) pada An. R, implementasi terdiri dari: mengidentifikasi kemungkinan penyebab, mengidentifikasi perubahan fisik An. R, memberikan informasi kepada keluarga mengenai perkembangan An. R, sesuai kebutuhan, mendiskusikan hambatan yang dialami keluarga dan kemampuan yang bisa dilakukan keluarga, mendiskusikan keputusan keluarga dalam perawatan selanjutnya, mengidentifikasi lingkungan yang mendukung untuk merokok, mengajarkan strategi yang tepat untuk menghindari ajakan merokok ketika bersama teman dan mencegah merokok, mengajarkan keluarga cara mengontrol dan mengawasi An. R dalam pergaulan (misalnya ketika An. R pulang ke rumah agar mencium bau mulut atau pakaiannya dari kemungkinan merokok), menginformasikan kepada keluarga tentang bantuan yang bisa diperoleh terkait masalah merokok An. R yaitu kader kesehatan remaja dan Puskesmas, membantu keluarga untuk berkoordinasi dan mengkomunikasikan tentang perawatan yang perlu dilakukan kepada kader kesehatan dan Puskesmas.

Diagnosis keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan anak remaja, implementasi terdiri dari: bantu keluarga mengidentifikasi harapan antara orangtua dan An. R tentang perilaku merokok, mengidentifikasi kemampuan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan An. R, mengidentifikasi keyakinan keluarga, keputusan keluarga dalam berpartisipasi dalam intervensi, membantu

keluarga mengidentifikasi terpaparnya faktor risiko kemungkinan remaja merokok, pengajaran latihan ketrampilan sosial remaja melalui permainan, memfasilitasi persetujuan antara orangtua dan anak tentang pencegahan perilaku merokok serta ditetapkan sebagai aturan keluarga, mengingatkan keluarga tentang bantuan yang bisa diperoleh terkait pencegahan merokok An. R yaitu kader kesehatan remaja dan Puskesmas.

### Evaluasi

Evaluasi dalam penelitian ini menggunakan format SOAP, yaitu Subyektif (S), Obyektif (O), Analisis (A) dan Perencanaan (P), yang dapat dijelaskan sebagai berikut: **Diagnosis** keperawatan defisiensi pengetahuan keluarga (00128), diperoleh data **Subyektif** : Keluarga dapat menjelaskan tentang rokok dan permasalahannya (defenisi, kandungan, efek dan upaya pencegahan), keluarga sering meminta bantuan kader kesehatan remaja. **Obyektif** : Keluarga antusias dengan kunjungan peneliti, keluarga dapat menerima kehadiran kader kesehatan remaja, keluarga dan remaja masih mampu menjelaskan materi rokok dan dampaknya. **Analisis**: Masalah defisiensi pengetahuan keluarga tentang rokok dan permasalahannya meningkat. Masalah teratasi (skala 4 ; pengetahuan banyak). **Perencanaan** : Intervensi dihentikan.

**Diagnosis** keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko (00188), diperoleh data **Subyektif** : Keluarga selalu mengontrol dan mengawasi An. R dari kemungkinan merokok dan teman-temannya (skala 4 : sering menunjukkan), keluarga selalu meminta An. R untuk memperagakan strategi mencegah merokok dan ketika bersama teman yang merokok dan An. R menunjukkan dengan baik (skala 4 : sering menunjukkan), keluarga sering berkomunikasi dengan kader kesehatan remaja (skala 4 : sering menunjukkan), keluarga juga menyampaikan akan selalu menggunakan Puskesmas bukan saat sakit tetapi juga saat sehat yang berarti mengecek status Kesehatan (skala 4 : sering menunjukkan). **Obyektif** : Keluarga antusias dengan program kunjungan peneliti, keluarga dapat bekerjasama dengan kader kesehatan remaja, An. R tidak merokok **Analisis**: Masalah perilaku kesehatan An. R cenderung beresiko (merokok) tidak terjadi. Masalah teratasi (skala : sering menunjukkan). **Perencanaan** : Intervensi dipertahankan

**Diagnosis** keperawatan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan An. remaja (00099), diperoleh data **Subyektif** : Keluarga mengatakan komunikasi dengan An. R sudah lebih baik dan terbuka (skala 4 : sering menunjukkan), keluarga mengatakan sering berkomunikasi dengan pihak sekolah tentang kondisi An. R (skala 4 : sering menunjukkan), keluarga sering bertemu kader kesehatan remaja dan selalu mengingatkan untuk mengawasi An. R (skala 4 : sering menunjukkan), keluarga selalu mengontrol dan mengawasi An. R (skala 4 : sering menunjukkan). **Obyektif** : Keluarga antusias dengan program kunjungan peneliti, keluarga dapat menerima kehadiran peneliti disetiap kunjungan, Keluarga dan An. R dapat berkomunikasi secara terbuka dan positif. **Analisis**: pemeliharaan kesehatan keluarga dengan An. remaja efektif. Masalah teratasi (skala 4 : sering menunjukkan). **Perencanaan** : Intervensi dipertahankan

### PEMBAHASAN

Berikut adalah penjabaran pembahasan penelitian berdasarkan tahapan-tahapan pada proses keperawatan, meliputi :

#### Pengkajian

Peneliti dapat memperoleh informasi terkait masalah kesehatan keluarga melalui tahapan pertama yaitu pengkajian. Pengkajian dapat dilakukan melalui wawancara terhadap seluruh keluarga atau salah satu anggota keluarga yang dapat memberikan informasi terkait masalah kesehatan melalui wawancara,

observasi maupun pemeriksaan fisik. Proses pengkajian keluarga dapat menggunakan sebuah instrument yang telah ada meliputi pengkajian karakteristik keluarga termasuk struktur, proses dan lingkungan keluarga (tempat tinggal, tetangga dan komunitas). Akan tetapi, tidak semua dimensi yang terdapat dalam instrument pengkajian keluarga sesuai dengan setiap keluarga sehingga perlu adanya penyesuaian dengan kondisi keluarga dan permasalahan (Nies and McEwen, 2018).

Pengkajian terhadap keluarga Tn. S pada kasus ini menggunakan model pengkajian keluarga Friedman dalam model *Family Centered Nursing*. Dalam model ini menjelaskan bahwa dalam melakukan pengkajian keluarga difokuskan terhadap dua aspek yaitu pengkajian keluarga (data sosio budaya, data lingkungan, fungsi keluarga, struktur keluarga, peran keluarga, serta stres dan koping yang dilakukan keluarga) dan pengkajian anggota keluarga yaitu individu yang mengalami masalah kesehatan (mental, fisik, emosional, sosial, dan spiritual) (Marilyn M. et al., 2010). Pengkajian secara individu dilakukan pada An. R yang sebagai sasaran pencegahan merokok.

Hasil pengkajian pada keluarga Tn. S diperoleh permasalahan berdasarkan dimensi dalam instrument pengkajian. Dimensi riwayat dan tahap perkembangan keluarga diperoleh adanya riwayat merokok pada An. R, belum adanya keseimbangan keluarga antara kebebasan dan tanggung jawab serta komunikasi secara terbuka. Dimensi lingkungan meliputi karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal diperoleh data bahwa lingkungan tempat tinggal saat ini banyak yang merokok. Dimensi struktur keluarga meliputi pola komunikasi keluarga diperoleh data komunikasi tentang bahaya merokok tidak pernah dilakukan karena ketidaktahuan orangtua tentang apa yang harus dikomunikasikan. Dimensi terakhir yaitu stres dan koping keluarga diperoleh data kekhawatiran keluarga jika An. R terpengaruh dari pergaulan bahkan sampai ke tingkat narkoba.

Hasil temuan tersebut dikelompokkan kedalam data maladaptif. Data maladaptif yang ditemukan dilanjutkan pengkajian secara mendalam sesuai model yang dikembangkan Maglaya, (2009) bertujuan untuk menggali kemampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan keluarga, mengambil keputusan yang tepat untuk menyelesaikan masalah, merawat anggota keluarga yang beresiko atau bermasalah kesehatan, memodifikasi lingkungan fisik dan psikologis yang mendukung masalah kesehatan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.

### **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan langkah kedua dalam proses keperawatan keluarga yang menggambarkan penilaian tentang respon individu dan keluarga terhadap permasalahan kesehatan baik aktual, risiko maupun potensial. Diagnosis keperawatan berisi tentang pernyataan ringkas tentang status kesehatan klien yang didapatkan melalui proses pengkajian berdasarkan analisis dan interpretasi serta membutuhkan intervensi dari keilmuan keperawatan (Nies and McEwen, 2018). Perumusan diagnosis pada penelitian ini berdasarkan rumusan diagnosis NANDA 2015-2017. Diagnosis keperawatan yang teridentifikasi pada keluarga Tn. S adalah defisiensi pengetahuan keluarga tentang rokok (00126), perilaku kesehatan cenderung beresiko (merokok) pada An. R (00188) dan ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan An. remaja (00099). Pemilihan diagnosis ini berdasarkan definisi, batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan di NANDA 2015-2017.

Diagnosis keperawatan yang telah teridentifikasi kemudian dinilai dengan diberikan skoring dalam menentukan urutan diagnosis keperawatan yang akan diselesaikan terlebih dahulu. Prioritas diagnosis keperawatan berdasarkan (Maglaya, 2009) dengan memperhatikan empat komponen yaitu sifat masalah; kemungkinan untuk diubah; kemungkinan untuk dicegah; dan menonjolnya masalah. Setiap komponen memiliki bobot yang telah ditentukan dan berlaku sama untuk semua diagnosis. Penentuan skor pada



masing-masing komponen dilakukan dengan melibatkan keluarga. Setelah dilakukan penilaian skoring, diagnosis keperawatan yang memiliki skor tertinggi dan menjadi prioritas untuk diselesaikan adalah defisiensi pengetahuan keluarga dan dilanjutkan diagnosis perilaku kesehatan cenderung beresiko serta ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan pada keluarga.

### **Perencanaan**

Rencana keperawatan dirancang oleh perawat dan keluarga agar dapat berfokus terhadap hal yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Penekanan dalam rencana keperawatan adalah melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan untuk intervensi agar dapat menyesuaikan dengan kemampuan keluarga, dimana dalam penyusunannya harus jelas, konsisten, komprehensif dan spesifik (Nies and McEwen, 2018).

Penyusunan rencana keperawatan dapat merujuk pada panduan Nursing Intervention Classification (NIC) sebagai acuan dalam intervensi dan Nursing Outcomes Classification (NOC) sebagai acuan dalam hasil yang akan dicapai (Nies and McEwen, 2018). Dalam penelitian ini, perencanaan asuhan keperawatan keluarga Tn. S dikembangkan berdasarkan integrasi dari diagnosis keperawatan NANDA; Nursing Outcome Classification (NOC), dan Nursing Intervention Clasification (NIC) yang disesuaikan dengan tugas kesehatan keluarga yaitu kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, memutuskan untuk merawat anggota keluarga yang sakit, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas Kesehatan (Maglaya, 2009). Dalam penyusunan hasil dari NOC harus mewakili sebuah konsep yang digunakan untuk mengukur keadaan pasien, caregiver, keluarga dan komunitas. Outcome harus spesifik, dapat diukur, dapat dimengerti, dan dapat dicapai (Moorhead et al., 2013). Setelah menentukan kriteria hasil, selanjutnya menentukan intervensi yang akan dilakukan. NIC mencakup semua intervensi yang dilakukan perawat baik mandiri maupun kolaborasi; perawatan langsung maupun tidak langsung (Bulechek et al., 2013).

### **Implementasi**

Pada tahap implementasi keperawatan perawat bertindak sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung membantu mengatasi semua hambatan dan halangan dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan keluarga serta meningkatkan keterlibatan keluarga untuk bertanggung jawab menyelesaikan masalah kesehatan secara mandiri. Selain itu, perawat juga dapat bertindak sebagai pendidik, konselor, advokat, model peran dan koordinator dalam menerapkan setiap perencanaan (Nies and McEwen, 2018).

Salah satu aspek yang harus diperhatikan perawat sebelum melakukan implementasi keluarga adalah terbinanya hubungan yang baik antara perawat dan keluarga. Hubungan ini dapat sebagai dasar dalam mengimplementasi rencana keperawatan. Implementasi keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga Tn. S meliputi skrining kesehatan dan status merokok anggota keluarga, pendidikan kesehatan terkait rokok, kandungan, faktor risiko remaja merokok, efek rokok terhadap tubuh, biblioterapi sebagai bentuk konseling terkait perilaku merokok, strategi mencegah merokok, strategi saat bersama teman yang merokok atau ketika ditawarkan teman untuk merokok dan strategi komunikasi dan perawatan keluarga dengan anak remaja. Selanjutnya, sebagai bentuk intervensi kolaborasi memperkenalkan kader kesehatan remaja yang ada diwilayah tempat tinggal kepada keluarga agar dapat bekerjasama. Implementasi yang dilakukan kepada keluarga mencakup ranah kognitif, afektif, dan psikomotor.

## Evaluasi

Selama bekerja dengan keluarga, perawat dapat menentukan apakah proses penyelesaian masalah dapat dilakukan sesuai perencanaan yang dilakukan, melakukan modifikasi ataupun mengubah secara keseluruhan perencanaan yang disesuaikan dengan pencapaian yang diinginkan (Nies and McEwen, 2018). Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan atau pada akhir pemberian asuhan keperawatan. Perawat bertanggung jawab untuk mengevaluasi status dan kemajuan klien dan keluarga terhadap pencapaian hasil dari tujuan keperawatan yang ditetapkan sebelumnya. Kegiatan evaluasi meliputi mengkaji kemampuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah serta kemajuan pencapaian tujuan keperawatan (Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia, 2017).

Dalam penelitian ini evaluasi yang digunakan adalah evaluasi formatif untuk setiap pertemuan pelaksanaan dan sumatif diakhir sesuai jangka waktu yang ditetapkan. Evaluasi yang digunakan adalah bentuk SOAP. Subjektif menampilkan verbal atau yang dikatakan oleh keluarga terhadap kegiatan yang dilakukan. Objektif adalah yang tampak dan capaian oleh keluarga. Analisis yaitu terkait dengan penilaian pencapaian dari penetapan tujuan awal untuk setiap pertemuannya dan Planning merupakan penggambaran rencana tindak lanjut yang akan dilakukan. Penelitian ini memberikan gambaran bahwa praktik asuhan keperawatan keluarga yang dilakukan berdasarkan model *Family Centered Nursing* dan *Family Health Task* melalui pendekatan proses keperawatan dapat meningkatkan keterlibatan keluarga dapat mencegah perilaku merokok pada remaja. Hasil penelitian ini dapat dijadikan pedoman bagi petugas Kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga dengan fokus masalah pencegahan merokok pada remaja. Peneliti selanjutnya dapat memfokuskan pada salah satu tugas kesehatan keluarga dengan desain penelitian yang berbeda.

## Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih kepada Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk menimba ilmu keperawatan selama pendidikan dan juga pemerintah Kota Depok, Kelurahan Cisalak Pasar, Puskesmas Cisalak Pasar, kader kesehatan remaja Cisalak Pasar yang telah membantu dalam proses penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Albertos, A., Osorio, A., Lopez-del Burgo, C., Carlos, S., Beltramo, C., Trullols, F., 2016. Parental knowledge and adolescents' risk behaviors. *Journal of Adolescence* 53, 231-236. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.10.010>
- Allender, J.A., Rector, C., Warner, K.D., 2014. *Community & Public Health Nursing: Promoting the Public's Health*, 8 th edition. ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C., 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Six Edition. ed. Elseiver, United States of America.
- Diclemente, R.J., Santelli, J.S., Crosby, R.A., 2009. *Adolescent Health : Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Jossey-Bass, San Fransisco.
- Drope, Jeffrey, Schluger, N.W., Cahn, Z., Drope, Jacqui, Hamill, S., Islami, F., Liber, A., Nargis, N., Stoklosa, M., 2018. *The Tobacco Atlas Sixth edition*. Atlanta.
- Helvie, C.O., 1998. *Advanced practice nursing in the community*. Sage Publication, Inc, California.

- Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia, 2017. Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. UI-Press , Depok.
- Kemenkes, 2019. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta.
- Maglaya, A.S., 2009. Nursing Practice in the Community, Fifth edition. ed. Argonaut Corporation, Philadelphia.
- Marilyn M., F., Vicky R., B., Elaine, J., 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, & Praktik. EGC, Jakarta.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E., 2013. Nursing Outcomes Classification (NOC) Measurement of Health Outcomes , Fifth Edition. ed. Elseiver, United States of America.
- Nies, M.A., McEwen, M., 2018. Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga, Indonesia pertama. ed. Elseiver, Indonesia.
- Nies, M.A., McEwen, M., 2015. Community/Public Health Nursing: Promoting The Health of Populations, Sixth Edition. ed. Elseiver, Canada.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A., 2015. Health Promotion in Nursing Practice, Seventh edition. ed. Julie Levin Alexander, United States of America.
- Schlauch, R.C., Levitt, A., Connell, C.M., Kaufman, J.S., 2013. The moderating effect of family involvement on substance use risk factors in adolescents with severe emotional and behavioral challenges. *Addictive Behaviors* 38, 2333-2342. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.02.010>
- Thomas, R.E., Baker, P., Thomas, B.C., 2018. Update on Family-Based Interventions to Prevent Children and Adolescents Using Tobacco. *Academic Pediatrics* 4-10. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.02.004>
- Thomas, R.E., Baker, P.R.A., Thomas, B.C., 2016. Family-Based Interventions in Preventing Children and Adolescents from Using Tobacco: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Academic Pediatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.12.006>
- Urrutia-Pereira, M., Oliano, V.J., Aranda, C.S., Mallol, J., Solé, D., 2017. Prevalence and factors associated with smoking among adolescents. *Jornal de Pediatria* 93, 230-237. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.07.003>
- Vázquez-Nava, F., Vázquez-Rodríguez, E.M., Vázquez-Rodríguez, C.F., Castillo Ruiz, O., Peinado Herreros, J., 2017. Epidemiological profile of smoking and nicotine addiction among asthmatic adolescents. *Public Health* 149, 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.04.012>
- Wang, Y., Krishnakumar, A., Narine, L., 2014. Parenting practices and adolescent smoking in mainland China: The mediating effect of smoking-related cognitions. *Journal of Adolescence* 37, 915-925. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.06.010>
- WHO, 2015. Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Indonesia report 2014, Who-Searo. [https://doi.org/http://www.searo.who.int/tobacco/documents/ino\\_gyts\\_report\\_2014.pdf](https://doi.org/http://www.searo.who.int/tobacco/documents/ino_gyts_report_2014.pdf)