



KEPERAWATAN KELUARGA DAN KOMUNITAS

pada

REMAJA

TENTANG BAHAYA

MEROKOK



KEPERAWATAN KELUARGA DAN KOMUNITAS PADA REMAJA TENTANG BAHAYA MEROKOK

**Rama Pranata
Yetri Saspira
Cindy Senora
Ikke Aulia Nabila
Della Friska Putri
Ayu Nani
Andre Utama Saputra**



KEPERAWATAN KELUARGA DAN KOMUNITAS PADA REMAJA TENTANG BAHAYA MEROKOK

Penulis:

Rama Pranata
Yetri Saspira
Cindy Senora
Ikke Aulia Nabila
Della Friska Putri
Ayu Nani
Andre Utama Saputra

Editor:

Syifa Ismayanti

Layouter :

Tim Kreatif PRCI

Cover:

Rusli

Cetakan Pertama : Juni 2024

Hak Cipta 2024, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh:

**Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT**

Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151
Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

Website : www.rcipress.rcipublisher.org
E-mail : rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2024 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
All Right Reserved

- Cet. I – : Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2024
; 18 x 25cm
ISBN : -

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang
Hak Cipta Pasal 72

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada kami sehingga kami berhasil menyelesaikan Buku dengan judul Keperawatan Keluarga dan Komunitas

Pada Remaja Tentang Bahaya Merokok sesuai yang ditargetkan.

Buku dengan judul Keperawatan Keluarga dan Komunitas Pada Remaja Tentang Bahaya Merokok ini berisikan mengenai konsep remaja, bahaya merokok dan perilaku merokok. Buku ini juga membahas asuhan keperawatan keluarga model *community as partner* serta asuhan keperawatan keluarga model Friedman. Kami menyadari bahwa Buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu kami harapkan demi kesempurnaan buku ini.

Akhir kata, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan Buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa meridhoi segala usaha kita. Amin.

Juni 2024, Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
BAB I REMAJA	7
A. Pengertian Remaja	7
B. Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja	7
1. Remaja awal atau fase pra remaja (10-14 tahun)	8
2. Remaja pertengahan (15-17 tahun)	8
3. Remaja akhir (18-21 tahun)	8
C. Remaja Sebagai Kelompok Rentan	9
1. Personal	9
2. Status	9
BAB II MEROKOK DAN PERILAKU MEROKOK	11
A. Merokok	11
1. Definisi Merokok	11
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi merokok	11
a. Pengaruh orang tua	12
b. Pengaruh teman	12
c. Faktor kepribadian	12
d. Pengaruh iklan	13
e. Pengetahuan	13
a. Faktor biologis	14
b. Faktor psikologis	14
c. Faktor lingkungan sosial	14
d. Faktor demografis	14
e. Faktor sosial-kultural	14
f. Faktor sosial politik	15
3. Bahaya merokok	15
a. Bronkitis	15
b. Emfisema	15
c. Penyakit jantung	16
d. Kanker paru-paru	16
4. Kandungan pada rokok	17
a. Tar	17

b.	Nikotin	17
c.	Karbon monoksida	18
d.	Timah hitam (Pb)	18
5.	Kebiasaan merokok	18
B.	Perilaku Merokok	19
1.	Pengertian Perilaku	19
2.	Definisi perilaku merokok	20
3.	Tipe perilaku merokok	20
a.	Tahap preparatory	20
b.	Tahap initiation	21
c.	Tahap becoming a smoker	21
d.	Tahap maintenance of smoking	21
4.	Dampak perilaku merokok	21
a.	Dampak Positif	21
b.	Dampak negatif	22

BAB III ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA MODEL

	<i>COMMUNITY AS PARTNER</i>	23
A.	Konsep Model Keperawatan Keluarga: <i>Community As Partner</i>	23
1.	Pengkajian keperawatan	23
2.	Analisa dan diagnosa keperawatan	24
3.	Perencanaan	25
4.	Pelaksanaan	25
5.	Evaluasi	25
B.	Konsep Keperawatan Keluarga	26
1.	Pengertian keluarga dan pengertian keperawatan keluarga	26
2.	Struktur keluarga	27
a.	Patrilineal	27
b.	Matrilineal	27
c.	Matriloka	27
d.	Patrilokal	27
e.	Keluarga kawin	27
3.	Ciri-ciri struktur keluarga	28
a.	Teroganisasi	28
b.	Ada keterbatasan	28
c.	Ada perbedaan kekhususan	28
4.	Tipe keluarga	28
a.	Keluarga tradisional	28
b.	Keluarga non tradisional	29
5.	Tugas dan fungsi keluarga	29

a.	Fungsi efektif	29
b.	Fungsi sosial	30
c.	Fungsi reproduksi	30
d.	Fungsi ekonomi	31
e.	Fungsi keperawatan kesehatan	31
f.	Tahapan perkembangan keluarga	32
BAB IV ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA MODEL FRIEDMAN		34
A.	Pengkajian Keluarga	34
1.	Data Umum	34
2.	Tahap Perkembangan Keluarga	36
3.	Data Lingkungan	36
4.	Struktur Keluarga	37
5.	Fungsi Keluarga	38
6.	Stres dan Koping Keluarga	39
7.	Harapan keluarga	40
8.	Pemeriksaan Fisik	40
B.	Analisa Data	42
C.	Diagnosa Keperawatan	42
D.	Intervensi Keperawatan	42
E.	Implementasi Keperawatan	44
BAB V ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS		46
A.	Pengkajian	46
1.	Populasi dan Sampel	46
2.	Metode Pengkajian	46
a.	Winshield Survey (WS)	46
b.	Survei	47
c.	<i>Literatur Review</i> (LR)	47
a.	Hasil pengkajian Winshield Survey	47
b.	Hasil Pengkajian Survey	48
c.	Hasil Pengkajian Melalui Wawancara	54
B.	Diagnosa Keperawatan	54
C.	Intervensi Keperawatan	54
D.	Implementasi Keperawatan	56
DAFTAR PUSTAKA		58

BAB I

REMAJA

A. Pengertian Remaja

Remaja adalah masa peralihan dari anak-anak ke dewasa, menurut WHO batasan usia remaja 12 sampai 18 tahun. Jika seorang anak telah melewati masa remaja tetapi masih tergantung pada orang tua digolongkan sebagai kelompok anak-anak (tidak mandiri). Jika dalam usia remaja sudah memiliki keluarga sendiri atau sudah menikah di golongkan dalam dewasa (Effendi, Bowden, & Jones, 2009).

Menurut Erik Erickson fase dimana perubahan dari anak-anak ke remaja di tandai dengan perubahan fisik, perilaku, kognitif, biologis dan emosional. Yang di golongkan sebagai remaja adalah usia 12-18, di tandai dengan perubahan dari berbagai aspek (Effendi et al., 2009).

B. Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Setiap remaja mengalami proses pertumbuhan dan perkembangan, proses saling berhubungan dalam kehidupan remaja. Suatu proses yang pertumbuhan kuantitatif yang konkret dan luas dalam hal ukuran struktur dan biologis. Dalam perjalanan waktu tertentu terjadi perubahan secara normal dari segi fisik. Mempunyai kecepatan waktu yang berbeda dalam pertumbuhan, seperti perkembangan kelamin laki-laki sebelum pubertas mengalami perkembangan yang lambat, dan akan melaju pesat saat pubertas. Susunan saraf pusat akan mengalami perlambatan dalam berkembang saat pubertasmungkin berhenti saat pubertas.

Menurut Potter (2005) tahap perkembangan remaja di bagi tiga fase sebagai berikut:

1. Remaja awal atau fase pra remaja (10-14 tahun)

Fase transisi, mulai perubahan bentuk fisik dan segi pergaulan sosial, lebih mempercayai teman sebaya, senang berkelompok dalam menyelesaikan tugas dan memecahkan masalah kehidupan. Karakteristik remaja yang senang berkelompok sangat di pengaruhi arah dari kelompok, remaja yang di lingkungan tertapar dengan alkohol akan rentan kecanduan alkohol dan remaja yang terpapar dengan teknologi smartphone akan rentang kecanduan smartphone karena lingkungan di sekitar remaja mempengaruhi perilaku remaja (Byrnes et al., 2017).

2. Remaja pertengahan (15-17 tahun)

Remaja pada fase ini berfokus pada identitas, seksualitas dan mulai tertarik pada lawan jenis, serta mencari pola dorongan genitalnya. Mulai timbul konflik dengan orang tua, mulai bereksperimen dengan ide, mengembangkan wawasan dan menguturakan perasaan pada orang lain. Remaja pada fase ini sangat rentan, sering ditemui kehamilan yang tidak di inginkan, kecelakaan bermotor dan kecanduan obat-obatan dan pada masa sekarang kecanduan smartphone juga game online (Sunaryo, 2004). Konflik antara orangtua dengan remaja di mulai dengan tidak kesamaan ide dan persepsi, remaja berekspresi sesuai dengan perkembangan zaman di masanya (Riesch dkk, 2003).

3. Remaja akhir (18-21 tahun)

Fase ini remaja berpikir ke depan baik pendidikan maupun aktivitas seksual. Sudah mulai berkomitmen dan hubungan pribadi sudah

berpola, mengerti akan tanggung jawab, hak dan kewajiban (Riesch et al., 2003).

C. Remaja Sebagai Kelompok Rentan

Remaja adalah masa pergejolakkan emosi dan tidak satbil, lebih mudah menerima budaya baru dan identik kerentanan. Setiap tahap perkembangan mempunyai masalah sendiri, masalah pada remaja sulit untuk diatasi, setiap keputusan diambil harus mempertimbangkan harapan remaja. Selama masa remaja terjadi perubahan drastis dari arsitektur dan fungsi otak yang mengakibatkan perubahan perilaku (Schneider, 2013). Faktor masalah masa remaja antaranya:

1. Personal

Berhubungan dengan lingkungan sekitar remaja, keluarga, masyarakat dan sekolah. Emosi yang tidak stabil perlu penyesuaian dengan lingkungan sosial dengan mempertimbangkan nilai-nilai sebagai tugas yang harus di perhatikan oleh remaja.

2. Status

Orang tua menganggap remaja seperti anak yang bisa di kendalikan, adanya beban tugas yang diberikan orang tua, dan tuntutan kemandirian menimbulkan permasalahan dan kekeliruan dan terjadi konflik antara remaja dengan orang tua. Masa remaja adalah masa krisis identitas atau masa pencarian jati diri (Santrock, 2014). Remaja sebagai status dibagi menjadi empat, yaitu ebagai berikut:

- a. *Identity diffusion* yaitu identitas remaja yang belum mengalami krisis dan belum komitmen, belum mempunyai ideologis atau pekerjaan dan tidak mempunyai arah yang jelas.

- b. *Identity Moratoriun* yaitu remaja yang sedang masa krisis belum mempunyai arah dalam hidup dan muda di pengaruhi.
- c. *Identity foreclosure* yaitu sudah membuat keputusan dalam hidup, tetapi belum mengalami suatu masalah yang dapat mengubah arah kehidupan, sering terjadi konflik dengan orang tua yang berhubungan dengan keputusan kedepannya.
- d. *Indentity achievement* yaitu remaja telah melalui masa krisis dan sudah membuat keputusan bagi hidupnya.

BAB II

MEROKOK DAN PERILAKU MEROKOK

A. Merokok

1. Definisi Merokok

Rokok adalah suatu kebiasaan (*habituation*) dan bukan satu ketergantungan (*addiction*). Ada perbedaan yang sangat mendasar antara kebiasaan (*habituation*) dan ketergantungan (*addiction*). Kebiasaan adalah membiasakan diri melakukan sesuatu karena ada bahan, bila ia menghentikan kebiasaannya. Maka akan muncul gejala-gejala psikis dari dalam dirinya. Sedangkan ketergantungan, sebagaimana ketergantungan heroin ataupun kokain adalah ketergantungan fisik dan psikis yakni fisik pun menjadi terbiasa untuk mengkonsumsi suatu bahan yang ada. Dengan demikian, dengan ketiadaan bahan tersebut, selain menimbulkan gejala-gejala psikis, juga membuat fisiknya menjadi lemah untuk melaksanakan kegiatan dan aktivitas rutin (Husaini, 2007).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi merokok

Kebiasaan adat nilai-nilai dan budaya memicu bahkan mempengaruhi perilaku perokok. Kebiasaan orang tua dalam keluarga telah banyak ditiru oleh anak-anak, sehingga berlanjut sampai dewasa. Anak-anak dan remaja merokok karena pada mulanya mereka terpengaruh oleh orang tua, teman, guru yang merokok (Sumarno, 2011 dalam Santi 2013).

Konsumen ketagihan merokok karena dorongan fisiologis dan psikologis yang merambah pada perokok pemula (anak-anak) sampai usia lanjut (Sumarno, 2011 dalam Santi 2013). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku merokok pada remaja. Menurut Mu'tadin (2002

dalam Kemala, 2007), beberapa faktor yang mempengaruhi kebiasaan merokok adalah sebagai berikut:

a. Pengaruh orang tua

Salah satu faktor yang mempengaruhi remaja menjadi perokok adalah anak-anak muda yang berasal dari rumah tangga yang tidak bahagia, orang tua tidak begitu memperhatikan anak-anaknya dan memberikan hukuman fisik yang keras. Menjadikan mereka lebih mudah untuk menjadi perokok dibanding anak-anak muda yang berasal dari lingkungan rumah tangga yang bahagia. Remaja yang berasal dari keluarga bahagia akan menekankan nilai-nilai sosial, agama dengan agar tidak terlibat dengan rokok, narkoba, minuman beralkohol. Pengaruh paling kuat adalah bila orang tua sendiri menjadi figur perokok berat maka anak-anaknya akan mungkin untuk mengikutinya (Tarwoto, 2010).

b. Pengaruh teman

Berbagai fakta mengungkapkan bahwa semakin banyak remaja yang merokok maka semakin besar kemungkinan teman-temannya adalah perokok juga demikian sebaliknya. Dari fakta tersebut ada dua kemungkinan yang terjadi, pertama kali remaja mengenal dan terpengaruh oleh teman-temannya atau bahkan teman-teman remaja tersebut dipengaruhi oleh diri remaja tersebut yang akhirnya mereka semua menjadi perokok. Diantara remaja perokok terdapat 87% mempunyai sekurang-kurangnya satu atau lebih dari sahabat yang merokok begitu pula dengan remaja non perokok (Tarwoto, 2010).

c. Faktor kepribadian

Orang mencoba untuk merokok karena alasan ingin tahu atau ingin melepaskan diri dari rasa sakit fisik atau jiwa, membebaskan diri

dari kebosanan. Namun kepribadian yang bersifat prediktif pada pengguna obat-obatan (termasuk rokok) ialah konformitas (kesesuaian) sosial. Seseorang yang memiliki skor tinggi pada berbagai tes konformitas sosial lebih mudah untuk menggunakan dibandingkan dengan mereka yang memiliki skor yang rendah pada berbagai tes konformitas sosial (Tarwoto, 2010).

d. Pengaruh iklan

Enam prinsip dasar iklan yaitu adanya pesan tertentu, dilakukan oleh komunikator, dilakukan dengan cara non personal, disampaikan untuk khalayak tertentu dalam penyampaian pesan tersebut dilakukan dengan cara membayar dan penyampaian pesan tersebut mengharapkan dampak tertentu. Iklan rokok dapat melalui media televisi, radio, media cetak, reklame, promosi langsung ke orangnya, kegiatan promosi, konser dan kontes. Melihat iklan dimedia massa dan elektronik yang menampilkan gambaran bahwa perokok adalah lambang kejantanan atau glamour, membuat remaja seringkali terpengaruh untuk mengikuti perilaku seperti yang ada dalam iklan tersebut (Tarwoto, 2010).

e. Pengetahuan

Pengetahuan (knowledge) adalah hasil tahu dari manusia, yang sekedar menjawab pertanyaan “what”, misalnya apa air, apa manusia, apa alam, dan sebagainya. Sedangkan ilmu (science) bukan sekedar menjawab “what”, melainkan akan menjawab “why” dan “how”, misalnya mengapa air mendidih bila dipanaskan, mengapa bumi berputar, mengapa manusia bernafas, dan sebagainya. Pengetahuan hanya dapat menjawab pertanyaan apa sesuatu itu. Perlu dibedakan disini antara pengetahuan

dan keyakinan, walaupun keduanya mempunyai hubungan yang sangat erat (Notoatmodjo, 2014).

Pendapat lain ditemukan oleh Hansen (1994 dalam Kemala 2007) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku merokok remaja, yaitu:

a. Faktor biologis

Banyak penelitian menunjukkan bahwa nikotin dalam rokok merupakan salah satu bahan kimia yang berperan penting pada ketergantungan merokok.

b. Faktor psikologis

Merokok dapat bermakna untuk meningkatkan konsentrasi, menghalau rasa kantuk, mengakrabkan suasana sehingga timbul rasa persaudaraan, juga dapat memberikan kesan modern dan berwibawa, sehingga bagi individu yang sering bergaul dengan orang lain, perilaku merokok sulit untuk dihindari.

c. Faktor lingkungan sosial

Lingkungan sosial berpengaruh terhadap sikap, kepercayaan dan perhatian individu pada perokok. Seseorang akan berperilaku merokok dengan memperhatikan lingkungan sosialnya.

d. Faktor demografis

Faktor ini meliputi umur dan jenis kelamin. Orang yang merokok pada usia dewasa semakin banyak (Smet, 1994) akan tetapi pengaruh jenis kelamin zaman sekarang sudah tidak terlalu berperan karena baik pria maupun wanita sekarang sudah merokok.

e. Faktor sosial-kultural

Kebiasaan budaya, kelas sosial, tingkat pendidikan, penghasilan, dan gengsi pekerjaan akan mempengaruhi kebiasaan merokok pada individu (Smet, 1994).

f. Faktor sosial politik

Menambahkan kesadaran umum berakibat pada langkah-langkah politik yang bersifat melindungi bagi orang-orang yang tidak merokok dan usaha melancarkan kampanye-kampanye promosi kesehatan untuk mengurangi perilaku merokok. Merokok menjadi masalah yang bertambah besar di negara-negara berkembang seperti Indonesia (Smet, 1994).

3. Bahaya merokok

Penyakit yang diakibatkan oleh merokok berhubungan dengan paru-paru dan jantung. Penyakit paru-paru akibat merokok yaitu bronkitis, emfisema, kanker paru-paru, dan penyakit jantung, wanita hamil yang merokok juga membahayakan bayi yang di kandungnya (Saktiyono, 2008).

a. Bronkitis

Tar yang terdapat dalam asap tembakau menyebabkan dua reaksi dalam paru-paru. Reaksi tersebut yaitu terbentuknya lendir yang lebih banyak dan kerusakan sel-sel epitelium bersilia (rambut getar) didalam saluran pernafasan, kedua, reaksi ini menyebabkan terkumpulnya lendir didalam bronkus. Bakteri dan virus akan terkumpul dan berkembang biak didalam lendir. Akibatnya, terjadilah penyakit yang disebut bronkitis atau "Batuk perokok".

b. Emfisema

Penyakit ini dapat berkembang dari penyakit bronkitis pada perokok. Bahan beracun dalam tembakau merangsang dihasilkannya enzim pencerna protein oleh sel-sel tertentu. Enzim ini merusak kelenturan dinding alveoli. Hilangnya kelenturan paru-paru

menyebabkan pertukaran udara didalam paru-paru terhambat. Penderita emfisema harus berjuang hanya untuk bernafas. Penderita emfisema menjadi sangat tergantung pada respirator untuk membantu pernafasan.

c. Penyakit jantung

Laki-laki perokok memiliki resiko yang lebih tinggi terkena penyakit jantung dari pada wanita perokok. Nikotin dan karbon monoksida merupakan faktor utama yang menyebabkan penyakit jantung. Penyakit jantung dapat mengakibatkan kematian pada perokok. Nikotin menyebabkan jantung berdetak lebih cepat, meningkatkan tekanan darah, dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah. Akibatnya, jumlah darah yang mengalir ke jaringan tubuh berkurang. Jantung harus memompa darah lebih kuat untuk mendorong mengalirnya darah melalui sistem peredaran darah. Karbon monoksida menurunkan kandungan oksigen didalam darah. Hal ini terjadi karena hemoglobin dalam darah lebih mudah meningkat karbon monoksida daripada oksigen. Akibatnya, suplai oksigen ke organ termasuk jantung menjadi berkurang. Para perokok lebih mudah lelah daripada bukan perokok.

d. Kanker paru-paru

Suatu substansi dalam rokok yang memacu terjadinya kanker adalah benzopiren, tar, dan resein. Benzopiren menyebabkan terbentuknya sel-sel kanker diparu-paru, tar dan resein mengandung suatu zat yang membantu sel-sel kanker tumbuh lebih cepat. Penderita paru-paru memiliki napas pendek dan akan batuk lendir serta darah. Mereka juga akan kehilangan kekuatan dan berat badan. Para penderita kanker paru-paru rentan mengalami kanker kerongkongan, laring, mulut, dan pankreas. Mengingat bahaya dari asap rokok maka

untuk melindungi orang-orang yang bukan perokok dari para perokok, perlu ada aturan-aturan tentang boleh tidaknya seseorang merokok. Misalnya, mengharuskan di tempat-tempat umum seperti mall, supermarket, bioskop dan tempat-tempat umum lainnya disediakan tempat khusus bagi perokok. Di bus-bus umum, kereta api, pesawat, atau kendaraan umum lainnya perlu diberlakukan larangan merokok (Saktiyono, 2008).

4. Kandungan pada rokok

a. Tar

Tar terkumpul diparu-paru karena asap rokok akan mendingin setelah diisap dan masuk ke dalam paru-paru. Tar akan bercampur dengan bahan-bahan kimia beracun yang lain. Beberapa diantaranya merupakan karsinogen (suatu substansi penyebab kanker).

b. Nikotin

Nikotin dikenal salah satu racun yang paling kuat. Nikotin membuat seseorang ketagihan tembakau. Tidak adanya tembakau dapat mengakibatkan gejala-gejala perasaan yang tidak menyenangkan. Gejala-gejala ini dapat terjadi pada seseorang yang mencoba untuk berhenti merokok. Nikotin merangsang pelepasan hormon adrenalin ke dalam darah. Hormon adrenalin menyebabkan peningkatan detak jantung dan peningkatan tekanan darah. Dalam jangka waktu lama, tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan masalah yang berkaitan dengan sistem peredaran darah. Masalah tersebut misalnya penyakit jantung.

c. Karbon monoksida

Karbon monoksida merupakan gas yang lebih mudah terikat dengan hemoglobin dibandingkan dengan oksigen. Akibatnya, kandungan oksigen didalam darah menurun sehingga jantung harus bekerja lebih keras untuk menyediakan oksigen didalam tubuh. Dalam jangka waktu lama, kandungan karbon monoksida yang tinggi dapat menyebabkan pengerasan pembuluh darah. Pengerasan ini terutama pada pembuluh darah yang membawa oksigen ke otot jantung (Saktiyono, 2008).

d. Timah hitam (Pb)

Timah hitam (Pb) yang dihasilkan oleh sebatang rokok sebanyak 0,5 µg. Sebungkus rokok (isi 20 batang) yang habis dihisap dalam satu hari akan menghasilkan 10 µg. Sementara ambang batas bahaya timah hitam yang masuk kedalam tubuh adalah 20 µg per hari (Sitepoe, 1997 dalam Siam, 2016).

5. Kebiasaan merokok

Kebiasaan (folkways) kebiasaan mempunyai kekuatan mengikat yang lebih tinggi daripada cara. Kebiasaan diartikan sebagai perbuatan yang diulang-ulang dalam bentuk yang sama sebab orang banyak menyukai perbuatan tersebut (Astuty, 2015).

Menurut kamus New World Webster, definisi “kebiasaan” adalah, “pola tindakan yang didapatkan secara sangat otomatis, sehingga sulit untuk dihilangkan”. Kebiasaan itu ada yang bersifat “negatif” dan ada yang bersifat “positif”. ada kebiasaan buruk dan kebiasaan baik. Ada kebiasaan tidak produktif dan kebiasaan produktif. Tetapi sebagian besar dari kita cenderung menganggap kata “kebiasaan” itu selalu berkonotasi “negatif” (Waryanano, 2007).

Menurut para ulama mendefinisikan kebiasaan dengan berbagai definisi, berikut ini definisi-definisi yang terpenting yaitu:

- a. Kebiasaan adalah pengulangan sesuatu secara terus menerus atau dalam sebagian besar waktu dengan cara yang sama dan tanpa hubungan akal. Atau dia adalah sesuatu yang tertanam didalam jiwa dari hal-hal yang berulang kali terjadi dan diterima tabiat.
- b. Kebiasaan adalah hal yang terjadi berulang-ulang tanpa hubungan akal (dalam pengertian hukum fiqih dan ushul fiqih) “Hal” disini mencakup kebiasaan perkataan dan perbuatan. “Berulang-ulang” menunjukkn bahwa sesuatu tersebut terjadi berkali-kali. Dengan demikian, sesuatuyang terjadi satu kali atau jarang terjadi tidak masuk dalam pengertian kebiasaan.
- c. Kebiasaan adalah mengulangi melakukan sesuatu yang sama berkali-kali dalam waktu rentang yang lama dalam waktu berdekatan.
- d. Kebiasaan adalah keadaan jiwa yang mendorongnya untuk melakukan perbuatan-perbuatannya tanpa berpikir dan menimbang.
- e. Kebiasaan adalah keadaan jiwa yang menimbulkan perbuatan perbuatan dengan mudah tanpa perlu berpikir dan menimbang, kalau keadaan itu menimbulkan perbuatan-perbuatan baik dan terpuji menurut syariat dan akal, itu disebut akhlak yang baik. Kalau yang muncul adalah perbuatanperbuatan yang buruk, keadaan itu (yang merupakan sumbernya) dinamakan akhlak buruk (Sayyid, 2007).

B. Perilaku Merokok

1. Pengertian Perilaku

Suwarno (1993 dalam Kemala 2007) mendefinisikan prilaku sebagai sesuatu yang dilakukan oleh individu satu dengan individu lain dan sesuatu itu bersifat nyata. Walgito (1994) mendefinisikan perilaku

atau aktifitas kedalam pengertian yang luas yaitu perilaku yang tampak (over behavior) dan perilaku yang tidak tampak (innert behavior), demikian pula aktifitas tersebut disamping aktifitas motoris juga termasuk aktifitas emosional dan kognitif.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah segala sesuatu yang dilakukan oleh manusia dalam menanggapi stimulus lingkungan, yang meliputi aktifitas motoris, emosional, dan kognitif (Kemala, 2007).

2. Definisi perilaku merokok

Menurut Sumarno dan Mulyadi (2007 dalam Siam 2016), ada dua cara merokok yang umum dilakukan, yaitu: pertama menghisap lalu menelan asap rokok kedalam paru-paru dan menghembuskan kembali asap rokok tersebut, sedangkan cara kedua yaitu hanya menghisap sampai mulut lalu dihembuskan melalui mulut atau hidung. Menurut Levy (2004 dalam Siam 2016) perilaku merokok adalah perilaku yang dilakukan seseorang berupa membakar dan menghisapnya serta dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang disekitarnya.

3. Tipe perilaku merokok

Menurut Komasari dan Helmi (2008 dalam Siam 2016), terdapat 4 tahap dalam perilaku merokok sehingga seorang individu benar benar menjadi perokok, yaitu:

a. Tahap preparatory

Tahap preparatory merupakan tahap dimana seseorang mendapatkan gambaran yang menyenangkan mengenai merokok sehingga menimbulkan minat untuk merokok.

b. Tahap initiation

Tahap initiation merupakan tahap dimana seseorang memilih akan meneruskan atau tidak terhadap perilaku merokok.

c. Tahap becoming a smoker

Tahap becoming a smoker merupakan tahap apabila seseorang telah mengkonsumsi rokok sebanyak 4 batang per hari maka orang tersebut mempunyai kecenderungan menjadi seorang perokok aktif.

d. Tahap maintenance of smoking

Tahap maintenance of smoking merupakan tahap dimana merokok sudah menjadi salah satu bagian dari cara pengaturan diri dan merokok dilakukan untuk memperoleh efek fisiologis yang menyenangkan.

4. Dampak perilaku merokok

Ogden (2000 dalam Kemala, 2007) membagi dampak perilaku merokok menjadi dua, yaitu :

a. Dampak Positif

Merokok menimbulkan dampak positif yang sangat sedikit bagi kesehatan. Graham (dalam Ogden, 2000) menyatakan bahwa perokok meyebutkan dengan merokok dapat menghasilkan mood positif dan dapat membantu individu menghadapi keadaan-keadaan yang sulit. Smet (1994) menyebutkan keuntungan merokok (terutama bagi perokok) yaitu mengurangi ketegangan, membantu berkonsentrasi, dukungan sosial dan menyenangkan.

b. Dampak negatif

Merokok dapat menimbulkan berbagai dampak negatif yang sangat berpengaruh bagi kesehatan (Ogden, 2000). Merokok bukanlah penyebab suatu penyakit, tetapi dapat memicu suatu jenis penyakit sehingga boleh dikatakan merokok tidak menyebabkan kematian, tetapi dapat mendorong munculnya jenis penyakit yang dapat mengakibatkan kematian.

Berbagai jenis penyakit yang dapat dipicu karena merokok dimulai dari penyakit di kepala sampai dengan penyakit di telapak kaki, antara lain (Sitepoe, 2001): penyakit kardiovaskular, neoplasma (kanker), saluran pernafasan, peningkatan tekanan darah, memperpendek umur, penurunan fertilitas (kesuburan) dan nafsu seksual, sakit maag, gondok, gangguan pembuluh darah, penghambat pengeluaran air seni, ambliopia (penglihatan kabur), kulit menjadi kering, pucat dan keriput, serta polusi udara dalam ruangan (sehingga terjadi iritasi mata, hidung dan tenggorokan).

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

MODEL *COMMUNITY AS PARTNER*

A. Konsep Model Keperawatan Keluarga: *Community As Partner*

Keperawatan komunitas merupakan sintesis dari praktik keperawatan dan praktik kesehatan yang diaplikasikan pada promosi dan preventif pada kelompok populasi, yang tidak terbatas pada umur tertentu dimana kegiatannya berupa health promotion, health education, manajemen dan koordinasi dan perawatan yang berkelanjutan pada individu, kelompok, dan komunitas (Anderson & McFarlane, 2011).

1. Pengkajian keperawatan

Pada pengkajian, komunitas didefinisikan sebagai sebuah sistem keseluruhan yang berfungsi karena saling ketergantungan dari bagian-bagiannya. Sebuah komunitas juga merupakan entitas keseluruhan yang berfungsi karena saling ketergantungan dari bagian-bagiannya, atau subsistem. Roda pengkajian komunitas memiliki tiga bagian yaitu inti komunitas, subsistem komunitas, dan persepsi.

- a. *Core* (inti) meliputi sejarah, demografi, visual statistik, nilai/keyakinan, dan agama.
- b. Lingkungan fisik meliputi lingkungan sekolah dan tempat tinggal yang dapat mempengaruhi kesehatan, batasan wilayah, kegiatan penduduk pada pagi/ siang/ malam, kesehatan lingkungan.
- c. Pendidikan meliputi status pendidikan masyarakat, ketersediaan dan keterjangkauan sarana pendidikan, pendidikan formal, dan informal terkait pengetahuan, sikap, dan kebiasaan.
- d. Komunikasi meliputi median informasi yang dimanfaatkan, bagaimana komunikasi masyarakat yang sering dipakai, orang-orang

- yang berpengaruh, keikutsertaan dalam pendidikan kesehatan.
- e. Pelayanan kesehatan dan sosial meliputi ketersediaan pelayanan kesehatan, bentuk pelayanan, pemanfaatan, keberlangsungan, dan keterjangkauan.
 - f. Keamanan dan transportasi meliputi kondisi keamanan yang dapat mempengaruhi stres, transportasi yang digunakan, sistem keamanan/ perlindungan masyarakat pemadam kebakaran, polisi, tingkat kriminalitas.
 - g. Ekonomi meliputi rata-rata penghasilan, status pekerjaan, jenis pekerjaan, sumber penghasilan, bantuan dan untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat.
 - h. Politik dan pemerintahan meliputi kebijakan yang ada terkait kesehatan masyarakat.
 - i. Rekreasi meliputi kebiasaan rekreasi, sarana penyaluran bakat, tempat rekreasi.

2. Analisa dan diagnosa keperawatan

Dengan menganalisis data berdasarkan parameter intik komunitas, subsistem komunitas, dan persepsi bersama dengan komunitas akan mengarahkan diagnosis keperawatan komunitas. Diagnosis keperawatan komunitas menjadi dasar untuk menentukan tujuan dan intervensi keperawatan. Tujuan keperawatan diperoleh dari pengurangan atau penghilangan stresor atau penguatan resistensi komunitas melalui penguatan garis pertahanan. Dengan menyatakan derajat reaksi, perawat dapat merencanakan intervensi untuk menguatkan gairs resistensi dengan menerapkan salah satu jenis pencegahan.

3. Perencanaan

Model komunitas sebagai mitra dalam menyusun intervensi keperawatan dianggap bersifat preventif, terbagi menjadi pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer bertujuan untuk menguatkan garis pertahanan dan melakukan perlawanan terhadap stressor sehingga stresor tidak dapat masuk dan tidak menimbulkan reaksi. Intervensi pada pencegahan sekunder yaitu mendukung garis pertahanan dan resistensi untuk meminimalkan derajat reaksi terhadap stresor, diterapkan setelah stresor memasuki komunitas. Pencegahan tersier dilaksanakan setelah stresor memasuki garis pertahanan dan muncul derajat reaksi, ketika telah terjadi ketidakseimbangan sistem. Pencegahan tersier bertujuan untuk mencegah ketidakseimbangan tambahan dan meningkatkan keseimbangan sistem.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan meliputi peningkatan rasa memiliki dalam komunitas, melaksanakan program terpadu, berfokus pada pencapaian masyarakat sehat, dan melaksanakan tingkatan pencegahan (primer, sekunder, dan tersier).

5. Evaluasi

Pengkajian merupakan awal pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif. Parameter yang digunakan untuk pengkajian juga digunakan untuk evaluasi. Umpan balik dari komunitas merupakan dasar untuk mengevaluasi intervensi perawat kesehatan komunitas, dan keterlibatan anggota komunitas dalam seluruh langkah proses keperawatan meyakinkan adanya kesesuaian dengan komunitas. Tujuan dari CAP ini adalah untuk keseimbangan sistem, menghasilkan sebuah

komunitas yang sehat, dan termasuk didalamnya pemeliharaan serta promosi kesehatan komunitas.

B. Konsep Keperawatan Keluarga

1. Pengertian keluarga dan pengertian keperawatan keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan, Nora (2018).

Menurut Duval keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan upaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik mental, emosional dan sosial dari tiap anggota keluarga (Yohanes, 2013).

Menurut Helvie keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat. Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Farid, dkk. 2015).

Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan melalui ikatan perkawinan, darah, adopsi serta tinggal dalam satu rumah. ikatan darah yang tinggal dalam satu rumah dan saling berinteraksi satu sama lain dalam perannya

masing-masing untuk menciptakan atau mempertahankan suatu budaya. (Friedman,2010).

Keperawatan kesehatan keluarga adalah keperawatan kesehatan yang ditujukan atau dengan sasaran pada keluarga sebagai unit atau satu kesatuan yang dirawat, yang dilakukan oleh perawat profesional yang berpedoman pada standar praktik keperawatan yang berlandaskan etik dan etika keperawatan dalam lingkup dan wewenang serta tanggung jawab keperawatan yohanes,yasinta (2013).

2. Struktur keluarga

a. Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusuan melalui jalur ayah.

b. Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu

c. Matriloka

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.

d. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.

e. Keluarga kawin

Hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri. (Andarmoyo, 2012).

3. Ciri-ciri struktur keluarga

a. Teroganisasi

Saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga

b. Ada keterbatasan

Setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing

c. Ada perbedaan kekhususan

Setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsi masing-masing. Salah satu pendekatan dalam asuhan keperawatan keluarga adalah pendekatan struktural fungsional. Struktur keluarga menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit-unit ditata dan saling terkait satu sama lain. (Andarmoyo, 2012)

4. Tipe keluarga

a. Keluarga tradisional

- 1) Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak-anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orang tua campuran atau orang tua tiri
- 2) Pasangan suami-istri, terdiri atas suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier tunggal atau karier keduanya
- 3) Keluarga dengan orang tua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.
- 4) Bujangan dewasa sendiri
- 5) Keluarga besar, terdiri dari keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan

- 6) Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak anaknya sudah berpisah.

b. Keluarga non tradisional

- 1) Keluarga dengan orang tua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak
- 2) Pasangan yang memiliki anak tetapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.
- 3) Menikah kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah.
- 4) Keluarga gay atau lesbian, orang yang berjenis kelamin yang sama dan hidup bersama sebagai pasangan yang menikah
- 5) Keluarga komuni, terdiri lebih dari satu pasangan monogami dengan anak secara bersama sama menggunakan fasilitas, sumber yang sama (Andarmoyo, 2012)

5. Tugas dan fungsi keluarga

Friedman dalam buku (Andarmoyo, 2012) mengidentifikasi 5 fungsi dasar keluarga, yakni :

a. Fungsi efektif

Fungsi keluarga yang berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang bahagia. Ada beberapa komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk memenuhi fungsi afektif, adalah :

- 1) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang mendapat kasih sayang dan dukungan, maka kemampuannya untuk memberi akan meningkat