

BAB 2

KONSEP DASAR

BAB 2

KONSEP DASAR

2.1 Konsep Talasemia

2.1.1 Definisi talasemia

Talasemia merupakan penyakit anemia hemolitik dimana terjadi kerusakan sel darah merah di dalam pembuluh darah sehingga umur eritrosit menjadi pendek (kurang dari 100 hari). (Ngastiyah, 2005)

Talasemia merupakan kelainan darah bawaan yang ditandai dengan defisiensi pada percepatan produksi rantai globin yang spesifik dalam Hb. (Wong, 2009)

Penyakit β talasemia paling sering dijumpai diantara semua jenis penyakit talasemia dan terdapat dalam tiga bentuk: bentuk heterozigot, talasemia minor atau sifat pembawa talasemia, yang menghasilkan anemia mikroskopik ringan; talasemia intermedia, yang dimanifestasikan dengan splenomegali dan anemia sedang hingga berat dalam bentuk homozigot, yakni talasemia mayor (anemia *cooley*), yang menimbulkan anemia berat kemudia diikuti dengan gagal jantung dan kematian.

2.1.2 Penyebab

Talasemia adalah penyakit hereditas yang diturunkan orang tua kepada anaknya. Anak yang mewarisi gen talasemia dari salah satu orang tua dan gen normal orang tua lain adalah seorang pembawa (*carriers*). Anak yang mewarisi

gen talasemia dari kedua orang tuanya akan menderita talasemia sedang sampai berat (Muncie & Camphell,2009).

Kelaianan yang akan ditemukan pada penderita talasemia adalah gangguan sintesis jumlah hemoglobin pada rantai alpha dan rantai beta sehingga hemoglobin yang terbentuk dalam sel darah merah mempunyai jumlah rantai protein yang tidak sempurna (kekurangan atau tidak mempunyai rantai protein). Hemoglobin adalah protein sel darah merah yang membawa oksigen. Satu hemoglobin mempunyai empat rantai polipeptida, yang didalamnya terdapat empat kompleks hem dengan ikatan besi (Fe), dan empat sisi pengikat oksigen.

2.1.3 Patofisiologi

Hemoglobin pasca natal yang normal tersusun dari rantai polipeptida 2α dan 2β . Pada penyakit β talasemia terdapat defisiensi parsial atau total pada sintesis rantai β dalam molekul Hb, sebagai akibatnya terdapat kompensasi berupa peningkatan sintesis rantai α , sementara produksi rantai β tetap aktif, menghasilkan pembentukan Hb yang cacat. Unit polipeptida yang tidak seimbang ini sangat tidak stabil, ketika terurai polipeptida akan menghasilkan anemia berat. Untuk mengimbangi proses hemolitik, akan dibentuk eritrosit dengan jumlah yang sangat melimpah kecuali bila fungsi sumsum tulang disupresi melalui terapi transfusi. Zat besi yang berlebihan akibat hemolisis sel darah merah tambahan dari transfusi dan akibat menghancurkan sel-sel cacat yang cepat akan disimpan dalam berbagai organ tubuh (*hemosiderosis*).

2.1.4 Manifestasi klinik talasemia

a. Anemia : demam yang penyebabnya tidak bisa dijelaskan, pola makan yang buruk, limpa membesar.

- b. Anemia progresif , muncul tanda-tanda hypoxia kronis: sakit kepala, nyeri precordial dan nyeri tulang, penurunan toleransi terhadap aktivitas, gelisah, anoreksia.
- c. Postur tubuh kecil, maturasi seksual terlambat, rona wajah kelabu dengan bercak kecoklatan
- d. Perubahan tulang pada anak: kepala membesar, tulang frontal dan parietal menonjol, enimensia malar menonjol, pangkal hidung datar atau melekuk ke dalam, maksila membesar, protrusio bibir dan gigi seri sentral bagian atas serta akhirnya maloklusi, penampilan oriental pada mata. (Wong, 2009)

2.1.5 Penatalaksanaan terapeutik

Saat ini belum ada obat yang tepat untuk menyembuhkan pasien talasemia. Menurut Wong 2009, terapi supportif bertujuan mempertahankan kadar Hb yang cukup untuk mencegah ekspansi sumsum tulang dan deformitas tulang yang diakibatkannya, serta menyediakan eritrosit dalam jumlah yang cukup untuk mendukung pertumbuhan dan aktifitas fisik yang normal. Transfusi darah diberikan jika kadar Hb kurang dari 6 gr% atau bila anak terlihat lemah dan tidak nafsu makan (Ngastiyah,2005). Keuntungan terapi supportif ini meliputi:

- a. Meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis karena anak mampu ikut serta dalam aktivitas normal.
- b. Penurunan kardiomegali dan hepatosplenomegali.
- c. Perubahan pada tulang lebih sedikit.
- d. Pertumbuhan atau perkembangan normal atau mendekati normal sampai usia pubertas.
- e. Frekwensi infeksi lebih sedikit.

Splenektomi dilakukan pada anak yang lebih tua dari umur dua tahun sebelum terjadi pembesaran limpa atau hemosiderosis.

2.1.6 Komplikasi pada talasemia

Talasemia dengan anemia yang berat dan lama, sering terjadi gagal jantung. Transfusi darah yang berulang-ulang dan proses hemolisis menyebabkan kadar zat besi dalam darah sangat tinggi. Pada talasemia tubuh tidak memiliki cara efektif untuk mengeliminasi zat besi yang berlebihan maka mineral tersebut akan ditimbun dalam jaringan tubuh, seperti hepar, limpa, kulit, kantung, dan lain-lain. Limpa yang membesar mudah ruptur akibat trauma ringan.

Intervensi yang dilakukan untuk meminimalkan terjadinya hemosiderosis dapat diberikan *deferoksamin*, suatu agen kelasi zat besi bersama suplemen vitamin C dalam dosis yang kecil. Deferokamin diberikan melalui intravena atau subkutan.

Sebagian anak dengan splenomegali berat yang menunjukkan peningkatan kebutuhan transfusi tindakan splenektomi mungkin dibutuhkan untuk mengurangi efek tekanan abdomen dan untuk memperpanjang usia sel darah merah yang ditambahkan lewat transfusi.

2.1.7 Pertimbangan keperawatan pada talasemia

Asuhan keperawatan yang diberikan pada anak talasemia bertujuan untuk :

- a. Meningkatkan kepatuhan dalam menjalani tranfusi dan terapi kelasi.
- b. Membantu anak-anak dalam menghadapi terapi yang dapat menimbulkan rasa cemas dan efek penyakit.
- c. Membantu menyesuaikan diri anak dan keluarganya terhadap penyakit kronis

- d. Mengamati komplikasi yang dapat muncul pada transfusi darah berulang kali.

Sebagaimana halnya setiap sakit kronis, kebutuhan keluarga harus terpenuhi agar terjadi penyesuaian yang optimal terhadap stres yang ditimbulkan oleh penyakit (Wong,2012)

2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak

2.2.1 Dasar-dasar tumbuh kembang

Tumbuh kembang merupakan satu kesatuan yang mencerminkan berbagai perubahan yang terjadi selama hidup seseorang. Dimensi yang terkait di dalamnya adalah pertumbuhan, perkembangan, maturasi dan diferensiasi. Semua proses ini saling ini saling berkaitan, terjadi bersamaan, dan kontinu. Proses ini bergantung pada serangkaian proses endokrin, genetika, konstitusional, lingkungan dan nutrisi (Seidel, dalam Wong 2009)

Pola tumbuh kembang bersifat jelas, dapat diprediksi, kontinu, teratur dan progresif. Pola ini bersifat universal namun unik dalam hal cara dan waktu pencapaiannya. Pola ini dapat dibedakan dalam kecenderungan arah, kecenderungan urutan, laju perkembangan dan periode sensitif.

Kecenderungan arah menunjukkan bahwa proses tumbuh kembang tertuju dengan arah atau tahapan yang teratur dan saling terkait, serta mencerminkan perkembangan dan maturasi fungsi neuromuskular. Pola ini meliputi: *cefalocaudal* (kepala ke kaki), *proksimodistal* (dekat ke jauh), *deferensiasi* (sederhana ke komplek). Kecendrungan urutan, dimensi tumbuh kembang terdapat urutan yang jelas dan dapat diperkirakan.

Laju perkembangan. Perkembangan memiliki urutan yang pasti, meskipun laju perkembangan tidak sama. Terdapat periode akselerasi dan deselerasi pertumbuhan. Pertumbuhan relatif lambat selama masa kanak-kanak pertengahan, meningkat secara nyata pada masa remaja, dan menurun pada masa dewasa awal.

Periode sensitif. Merupakan periode dalam kehidupan organisme ketika organisme tersebut rentan terhadap pengaruh positif atau negatif. Periode sensitif disebut juga sebagai periode sensitif, rentan, kritis dan optimal.

2.2.2 Periode usia perkembangan.

Wong, 2009 dalam buku ajar keperawatan pediatrik membagi periode usia perkembangan menjadi :

Periode pranatal. Periode ini terjd dimulai konsepsi sampai lahir. Cepatnya laju pertumbuhan dan ketergantungan yang bersifat total membuat periode ini menjadi periode yang terpenting dalam proses perkembangan. Hubungan antara kesehatan maternal dan manifestasi tertentu pada bayi baru lahir menekankan pentingnya asuhan prenatal yang adekuat demi kesehatan dan kesejahteraan bayi. Periode ini terbagi menjadi: *germinal* (konsepsi – kira-kira 2 minggu), *embrio* (2 sampai 8 minggu), *janin* (8 sampai 40 minggu / lahir).

Masa bayi. Masa ini terjadi mulai lahir sampai berusia satu tahun. Masa bayi merupakan masa perkembangan motorik, kognitif dan sosial yang cepat. Bayi membentuk dasar rasa percaya pada dunia dan dasar hubungan interpersonal di masa yang akan datang, disebut sebagai bulan pertama kehidupan yang kritis. Masa bayi dibedakan menjadi: *neonatus* (lahir sampai 27 atau 28 hari), *bayi* (1 bulan sampai kira-kira satu tahun).

Masa kanak-kanak awal. Masa ini terjadi pada usia satu sampai enam tahun. Periode ini berasal dari anak-anak dapat bergerak sambil berdiri sampai mereka masuk ke sekolah, dicirikan dengan aktifitas yang tinggi dan penemuan-penemuan, merupakan saat perkembangan fisik dan kepribadian yang besar, perkembangan motorik terjadi terus menerus. Anak-anak pada masa ini membutuhkan bahasa dan hubungan sosial yang lebih luas, mempelajari standar peran, memperoleh kontrol dan penguasaan diri, semakin menyadari sifat ketergantungan dan kemandirian, dan mulai membentuk konsep diri. Masa kanak-kanak awal terbagi menjadi: *todler* (satu sampai tiga tahun), *prasekolah* (tiga sampai enam tahun).

Masa kanak-kanak pertengahan. Masa ini terjadi pada usia enam sampai sebelas atau duabelas tahun), masa ini sering disebut sebagai “usia sekolah” , merupakan salah satu tahap perkembangan dimana anak diarahkan menjauh dari kelompok keluarga dan perpusat di dunia hubungan sebaya yang lebih luas. Pada tahap ini terjadi perkembangan fisik, mental dan sosial yang kontinu, disertai penekanan pada perkembangan kompetensi ketrampilan. Pada tahap ini kerja sama sosial dan perkembangan moral dini lebih penting dan relevan dengan tahap-tahap kehidupan berikutnya. Periode ini merupakan periode kritis dalam perkembangan konsep diri.

Masa kanak-kanak akhir. Masa ini terjadi pada usia sebelas sampai sembilan belas tahun), merupakan periode maturasi dan perubahan cepat yang membingungkan yang dikenal sebagai masa remaja, dianggap sebagai periode transisi yang dimulai pada masa pubertas dan berakhir pada saat memasuki dunia dewasa. Maturasi biologik dan kepribadian disertai dengan gejolak emosi dan

fisik yang tidak menentu, dan terdapat redefinisi konsep diri. Pada periode remaja akhir mereka mulai menginternalisasikan nilai-nilai yang telah mereka pelajari sebelumnya dan lebih berfokus pada identitas individu daripada identitas kelompok. Masa ini dibagi menjadi: *prapubertas* (10-13 tahun), *remaja* (13 sampai 18 tahun).

2.3 Konsep Keluarga

2.3.1 Definisi Keluarga

Keluarga didefinisikan dalam berbagai cara. Definisi keluarga berbeda-beda, tergantung pada orientasi teoritis “pendefinisi” yaitu dengan menggunakan penjelasan penulis cara untuk menghubungkan keluarga.

Wall (1986) mendefinisikan keluarga sebagai “kelompok yang mengidentifikasi diri” dengan anggotanya yang terdiri dari dua individu atau lebih, yang assosiasinya dicirikan oleh istilah-istilah khusus, yang boleh jadi tidak diikat oleh hubungan darah, tapi yang berfungsi sedemikian rupa sehingga mereka menganggap diri mereka sebagai sebuah keluarga. Bozett (1984) menyatukan definisi individu yang merujuk keluarga sebagai “siapa yang disebut pasien itulah keluarga”.

2.3.2 Keperawatan berbasis keluarga

Keluarga sebagai klien dalam keperawatan keluarga, Tinkham dan Voorhies percaya bahwa keluarga menyediakan sumber-sumber yang penting untuk memberikan pelayanan kesehatan yang penting bagi orang.

- a) Sebuah keluarga bentuk disfungsi (sakit, cedera, perpisahan) yang mempengaruhi satu atau lebih keluarga, dan akhirnya akan mempengaruhi

anggota keluarga yang lain dan unit secara keseluruhan. Salah satu prinsip terapi keluarga adalah adanya indeks tingkat adaptasi keluarga dalam menerima kondisi anggota keluarganya yang sakit.

- b) Peran dari keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga secara individu, mulai dari strategi sampai rehabilitasi. Mengkaji atau menilai dan memberikan perawatan kesehatan merupakan hal yang penting dalam membantu setiap anggota keluarga untuk mencapai suatu keadaan sehat (*wellness*) hingga tingkat optimum.
- c) Melalui perawatan kesehatan yang berfokus pada peningkatan, perawat dari (*self care*), pendidikan kesehatan, konseling keluarga, serta upaya-upaya yang berarti dapat mengurangi risiko yang diciptakan oleh pola hidup dan bahaya dari lingkungan.
- d) Seseorang dapat mencapai suatu pemahaman yang lebih jelas terhadap individu-individu dan berfungsinya mereka bila individu-individu tersebut dipandang dalam konteks keluarga mereka.
- e) Keluarga merupakan sistem pendukung yang vital bagi individu-individu dan hal ini perlu dinilai untuk perencanaan.

Status sehat / sakit para anggota keluargadan keluarga saling mempengaruhi satu sama lain. Suatu penyakit dalam keluarga mempengaruhi seluruh keluarga dan sebaliknya mempengaruhi jalannya suatu penyakit dan status kesehatan keluarga. (Gilliss, 1989; Wright dan Leahey,1984).

Filosofi asuhan berpusat keluarga menunjukkan keluarga bersifat konstan dalam hidup anak.

Tabel 2.1 Elemen penting asuhan berpusat keluarga

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

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

Saling bertukar informasi yang lengkap dan jelas antara anggota keluarga dan professional dengan cara supportif di setiap saat

Menggabungkan pemahaman dan penghormatan terhadap keanekaragaman budaya

Mengenali dan menghormati metode koping yang berbeda dalam pelayanan untuk memenuhi kebutuhan keluarga yang berbeda-beda

Mendorong dan memfasilitasi dukungan dan kerja sama keluarga dengan keluarga

Menetapkan bahwa rumah, rumah sakit, dan pelayanan masyarakat untuk anak-anak bersifat fleksibel, dapat diakses dan komprehensif sesuai kebutuhan keluarga yang berbeda-beda.

Menghargai keluarga sebagai keluarga dan anak-anak sebagai anak-anak. Mengakui bahwa mereka memiliki beragam kekuatan, perhatian, emosi dan keinginan untuk mendapatkan layanan, dukungan kesehatan dan perkembangan khusus

Sumber: Wong, 2009

2.3.3 Teori perkembangan keluarga

Pendekatan perkembangan keluarga didasarkan pada observasi bahwa keluarga adalah kelompok berusia panjang dengan suatu sejarah alamiah, siklus kehidupan, yang perlu dikaji dan interpretasikan secara penuh dan akurat.

Asumsi dasar tentang teori perkembangan keluarga Andolus (1978) adalah:

- a) Keluarga berkembang dan berubah dari waktu ke waktu dengan cara-cara yang sama dan dapat diprediksi.
- b) Manusia menjadi matang dan berinteraksi dengan orang lain, mereka memulai tindakan-tindakan dan juga reaksi terhadap tuntutan lingkungan
- c) Keluarga melakukan tugas tertentu yang ditetapkan oleh mereka sendiri atau oleh konteks budaya dan masyarakat.
- d) Terdapat kecenderungan pada keluarga untuk memulai dengan sebuah awal dan akhir yang kelihatan jelas.

1. Siklus kehidupan keluarga

Keluarga sebagai sebuah unit yang mengalami tahap-tahap perkembangan yang berturut turut yang dapat diprediksi. Tahap siklus kehidupan menurut Duval dan Miller (1985):

- Tahap I : Keluarga pemula (merujuk pasangan menikah tau tahap pernikahan)
- Tahap II : Keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua adalah bayi sampai umur 30 bulan)
- Tahap III : Keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2 – 6 tahun)

- Tahap IV : Keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berumur 6 – 13 tahun)
- Tahap V : Keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13 – 20 tahun)
- Tahap VI : Keluarga yang melepas anak dewasa muda (mencakup anak pertama sampai meninggalkan rumah)
- Tahap VII : Orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiunan)
- Tahap VIII : Keluarga dalam masa pensiunan dan lansia (merujuk pada anggota keluarga yang berusia lanjut atau pensiunan hingga pasangan yang sudah meninggal dunia).

Setiap tugas perkembangan keluarga mempunyai tugas yang spesifik, pada masing-masing tahap tugas keluarga harus terpenuhi sampai merasa puas sehingga dapat masuk ke tahap perkembangan selanjutnya. Masing-masing perkembangan keluarga harus memenuhi tiga aspek penting kebutuhan perkembangan yaitu : (1) kebutuhan biologis keluarga, (2) imperative budaya keluarga, dan (3) aspirasi dan nilai-nilai keluarga.

2. Tugas perkembangan keluarga

Tugas ini merupakan tanggung jawab yang harus dicapai oleh keluarga dalam tiap tahap perkembangannya, sehingga dapat memenuhi kebutuhan biologis, imperative budaya keluarga, dan nilai-nilai keluarga (Duvall,1977). Tugas perkembangan keluarga juga spesifik pada setiap tahap yang melekat dalam pelaksanaan lima fungsi dasar keluarga.

Tabel 2.2 Tugas keluarga sesuai tahap perkembangannya

Tahap siklus kehidupan keluarga	Tugas perkembangan keluarga
Tahap pemula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membangun perkawinan yang saling memuaskan 2. Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis. 3. Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)
Tahap sedang mengasuh anak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (bayi baru ke dalam keluarga) 2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan 3. Memperluas persahabatan dengan keluarga besar menambahkan peran orang tua dan kakek/nenek
Keluarga dengan anak prasekolah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan 2. Mensosialisasikan anak 3. Mengintegrasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan 4. Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua anak) dan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
Keluarga dengan anak usia sekolah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mensosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat 2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan 3. Memenuhi kebutuhan fisik keluarga
Keluarga dengan anak usia remaja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri. 2. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan 3. Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anaknya

Keluarga melepaskan anak dewasa muda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak 2. Melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan 3. Membantu orang tua sakit-sakitan dari suami maupun istri
Orang tua usia pertengahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan 2. Mempertahankan hubungan-hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua, lansia dan anak-anak 3. Memperkokoh hubungan perkawinan
Keluarga lansia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan 2. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun 3. Mempertahankan hubungan perkawinan 4. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan 5. Mempertahankan ikatan keluarga atau generasi 6. Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan dan integrasi hidup)

Sumber: Freedman, 2010

2.3.4 Area pengkajian fungsi keluarga dalam kesehatan anak (Wong, 2010)

a) Interaksi dan peran keluarga

Interaksi adalah cara anggota keluarga saling berhubungan. Masalah utama adalah keintiman dan kedekatan antar anggota keluarga khususnya pasangan. Peran-peran merupakan perilaku individu pada status atau kondisi berbeda.

b) Kekuasaan, pembuatan keputusan, dan pemecahan masalah

Kekuasaan adalah kontrol individu terhadap orang lain dalam keluarga, dimanifestasikan melalui pembuatan keputusan keluarga dan

pemecahan masalah. Masalah utama adalah kejelasan hambatan tentang kekuatan antar orang tua dan anak.

c) Komunikasi

Memperhatikan kejelasan dan arah pola komunikasi. Siapa yang berbicara, adanya hak saling menghormati saat anggota keluarga berbicara, adanya pemahaman keluarga terkait topik atau masalah yang sedang dikomunikasikan.

d) Ekspresi perasaan dan individualitas

Memperhatikan ruang pribadi dan kebebasan untuk bertumbuh dalam batasan dan struktur yang diperlukan untuk pedoman. Mengobservasi pola komunikasi yang memberikan petunjuk seberapa bebas perasaan diungkapkan.

Fungsi keluarga dianggap komponen terpenting dalam menentukan kesehatan keluarga. Selain mengobservasi dan mewawancarai keluarga untuk mengkaji fungsi keluarga, terdapat metode lain yang dapat digunakan untuk mencapai pengkajian yang komprehensif, salah satunya adalah APGAR keluarga. APGAR keluarga adalah kuisioner atau pengkajian yang berisi tentang pertanyaan yang berkaitan dengan kepuasan anggota keluarga terhadap status fungsional keluarga (Smilkstein, Asworth dan Montano, 1982). APGAR adalah *Adaptasi*, *Partnership* (kemitraan), *Growth* (Pertumbuhan), *Afeksi* (kasih saying), dan *Resolve* (penyelesaian)/ komitmen.

Tabel 2.3 Tabel APGAR keluarga

Definisi	Fungsi yang diukur oleh APGAR Keluarga
<i>Adaptasi</i> adalah penggunaan sumber-sumber intra dan ekstra keluarga untuk menyelesaikan masalah jika keseimbangan keluarga tertekan selama krisis	Bagaimana sumber-sumber dibagi atau seberapa besar derajat kepuasan anggota keluarga terhadap bantuan yang diterima ketika sumber-sumber keluarga dibutuhkan.
<i>Partnership</i> (kemitraan) adalah pembagian pengambilan keputusan dan memupuk tanggung jawab dari keluarga	Bagaimana keputusan dibagi, atau bagaimana kepuasan anggota keluarga terhadap mutualitas dalam komunikasi dan penyelesaian masalah keluarga
<i>Growth</i> (pertumbuhan) adalah kematangan fisik dan emosional dan pemenuhan diri sendiri yang dicapai oleh anggota keluarga melalui dukungan dan panduan yang mutual.	Bagaimana pembagian pengasuhan, atau kepuasan anggota keluarga terhadap kebebasan yang tersedia di dalam keluarga untuk mengubah peran dan mencapai pertumbuhan atau kematangan fisik dan emosional
<i>Afeksi</i> (kasih sayang) adalah hubungan saling peduli atau saling mencintai yang terdapat diantara anggota keluarga	Bagaimana emosional dibagi, atau kepuasan anggota keluarga terhadap keintiman dan interaksi emosional yang ada di dalam keluarga
<i>Resolve</i> (penyelesaian) adalah komitmen untuk memberikan kesempatan pada anggota keluarga untuk perawatan fisik dan emosional. Hal ini juga biasanya melibatkan suatu keputusan untuk berbagi kekayaan dan uang	Bagaimana waktu (dan ruang dan uang) dibagi, atau kepuasan anggota keluarga terhadap komitmen waktu yang telah dibuat oleh anggota keluarga untuk keluarga

Sumber: Wong, 2009

2.3.5 Faktor orang tua yang mempengaruhi transisi ke masa menjadi orang tua.

a. Usia orang tua

Usia yang paling memuaskan untuk membesarkan anak adalah antara usia 18-35 tahun. Pada usia ini orang tua dianggap berada pada kondisi optimum, usia ini adalah usia harapan hidup yang memungkinkan waktu yang cukup dan memadai untuk membangun sebuah keluarga.

b. Keterlibatan ayah

Peran ayah dalam mengurangi distress pada anak sering kali lebih berhasil dibanding peran ibu. Ikatan yang kuat pada ayah dapat membantu mengimbangi konsekuensi ikatan yang kurang kuat pada ibu.

c. Pendidikan menjadi orang tua

Pasangan yang baru pertama kali menjadi orang tua yang lebih banyak mendapatkan bantuan dalam mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua mengalami lebih sedikit stres dalam masa transisi daripada mereka yang tidak memiliki bantuan (Gage dan Christensen, 1991).

d. Sistem pendukung

Keberhasilan adaptasi terhadap stres transisi menjadi orang tua melibatkan dua sumber keluarga (Mc Clubbin, 1998). Pertama, sumber internal keluarga (adaptasi dan integrasi). Adaptasi direfleksikan dalam cara belajar menjadi sabar, lebih teratur dan lebih fleksibel, integrasi melibatkan upaya pasangan untuk meneruskan beberapa aktivitas yang telah mereka lakukan sebelum mereka menjadi orang tua.

Jenis sumber kedua untuk coping terhadap stres adalah penggunaan mekanisme coping yang memperkuat organisasi dan fungsi keluarga. Hal ini termasuk penggunaan sumber-sumber komunitas, penggunaan dukungan sosial, dan adopsi orientasi di masa depan.

2.4 Konsep Pengetahuan

2.4.1 Definisi pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003).

Penilaian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan semua kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi. Menurut Notoatmojo tahun 2003 kriteria untuk menilai dari tingkatan pengetahuan menggunakan nilai:

Baik : 76 – 100 %

Cukup : 56 – 75 %

Kurang : < 56 %

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita selesaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas. Notoatmodjo juga membagi tingkat pengetahuan menjadi 6 yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik di seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima oleh karena itu tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain : menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang telah diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain, misalnya dapat menggunakan prinsip siklus pemecahan, masalah (*problem solving cycle*) jadi dalam pemecahan masalah dari kasus yang diberikan.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur

organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja : menggambarkan (memuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokan dan sebagainya.

5. Sintesa (*Synthesis*)

Sintesa menunjukan kepada suatu kemampuan untuk meletakan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dengan kata lain sintesa itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada untuk menilai tingkatan pengetahuan menggunakan nilai (Notoatmodjo. 2003)

2.4.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

1. Pendidikan

Tokoh pendidikan abad 20 M. J. Largevelt yang dikutip oleh Notoatmojo (1993) mendefinisikan bahwa pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan, dan bantuan yang diberikan kepada anak yang tertuju kepada kedewasaan. GBHN Indonesia mendefinisikan lain, bahwa pendidikan sebagai suatu usaha dasar untuk menjadi kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. (Notoatmodjo, 2003).

2. Minat

Minat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu dengan adanya pengetahuan yang tinggi didukung minat yang

cukup dari seseorang sangatlah mungkin seseorang tersebut akan berperilaku sesuai dengan apa yang diharapkan.

3. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu peristiwa yang dialami seseorang (Brook, 1974) yang dikutip oleh Azwar mengatakan bahwa tidak adanya suatu pengalaman sama sekali. Suatu objek psikologis cenderung akan bersikap negatif terhadap objek tersebut untuk menjadi dasar pembentukan sikap pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan, pengalaman akan lebih mendalam dan lama membekas (Azwar, 2002).

4. Kebudayaan/lingkungan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Dalam suatu wilayah pasti mempunyai budaya untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang (Azwar, 2002).

5. Informasi

Informasi adalah keseluruhan makna, dapat diartikan sebagai pemberitahuan seseorang adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan sugestif dibawa oleh informasi tersebut apabila arah sikap tertentu. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggunakan kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi yang berpengaruh perubahan perilaku, biasanya digunakan melalui media masa (Azwar, 2002).

6. Usia

Usia individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya, makin tua seseorang maka makin kondusif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi (Azwar, 2002).

2.5 Focus Group Discussion (FGD)

FGD adalah suatu metode riset yang oleh Irwanto (1988) didefinisikan sebagai “suatu proses pengumpulan informasi mengenai suatu permasalahan tertentu yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok” (Irwanto, 1988). Dengan perkataan lain FGD merupakan proses pengumpulan informasi bukan melalui wawancara, bukan perorangan, dan bukan diskusi bebas tanpa topik spesifik. Metode FGD termasuk metode kualitatif. Seperti metode kualitatif lainnya (*direct observation, indepth interview, dsb*) FGD berupaya menjawab jenis-jenis pertanyaan *how-and why*, bukan jenis-jenis pertanyaan *what-and-how-many* yang khas untuk metode kuantitatif (survei, dan sebagainya). FGD dan metode kualitatif lainnya sebenarnya lebih sesuai dibandingkan metode kuantitatif untuk suatu studi yang bertujuan “*to generate theories and explanations*” (Morgan and Kruger, 1993)

Kegiatan FGD mengharuskan peneliti bertindak sebagai moderator yang tugas utamanya memimpin diskusi sehingga dapat berlangsung lancar.

Moderator tidak boleh berpihak (bahkan terhadap dirinya) tetapi memperlakukan peserta secara setara (dan peserta harus memperoleh kesan ini). Studi FGD tidak terlalu bebas dalam arti harus diarahkan untuk memperoleh informasi sesuai dengan studi.

Irwanto (1988) dalam bukunya mengatakan bahwa keterampilan substantif adalah kemampuan untuk “mendengarkan dengan baik”. Moderator dituntut untuk memiliki sejumlah keterampilan khusus yaitu: (a) keterampilan untuk melakukan klarifikasi terhadap apa yang disampaikan mitra bicara, (b) keterampilan untuk melakukan refleksi terhadap pernyataan mitra bicara, (c) keterampilan memberikan motivasi dan *probing* yakni mengupayakan agar peserta meneruskan cerita dan membangun kesan bahwa moderator tertarik untuk mendengarkan, dan (d) keterampilan untuk mengembangkan sensitivitas.

Keterampilan proses adalah keterampilan khusus untuk memulai diskusi, melakukan *blocking* dan distribusi pembicaraan, melakukan *refocussing* untuk menjaga diskusi tetap pada jalur yang benar, meleraikan perdebatan, melakukan *reframing* jika diskusi tidak menemukan solusi, menegosiasikan waktu, dan menutup diskusi dengan baik

2.5.1 Tahapan *focus group discussion* (FGD)

Tahap pertama adalah tahap diskusi dengan melibatkan berbagai anggota FGD. Penentuan peserta berdasarkan beberapa pertimbangan, yaitu: (a) pengalaman praktis dan kepedulian terhadap fokus masalah; (b) “pribadi terlibat” dalam fokus masalah; (c) tokoh atau ahli terhadap kasus yang didiskusikan; (d) masyarakat atau pihak yang terlibat secara lebih

luas, misalnya keluarga atau masyarakat; (e) masyarakat awam yang tidak tahu menahu dengan masalah tersebut namun ikut merasakan persoalan sebenarnya.

Tahap kedua adalah tahap diskusi dengan melibatkan anggota FGD secara terbatas berdasarkan kemampuan dan kompetensi formal serta kompetensi penguasaan fokus masalah FGD. Penentuan peserta berdasarkan beberapa pertimbangan, yaitu: (a) keahlian atau kepakaran seseorang dalam kasus yang akan didiskusikan; (b) tokoh otoritas terhadap kasus yang didiskusikan; (c) tim teknis di lapangan; (d) standar pelayanan kesehatan di tatanan klinik.

2.6 Konsep Teori Keperawatan *Self Ccare* Orem

2.6.1 Teori *self care*

Teori ini memandang bahwa seorang individu akan selalu menginginkan adanya keterlibatan dirinya terhadap perawatan diri, dan bahwa individu tersebut juga mempunyai keinginan untuk dapat merawat dirinya secara mandiri. Kebutuhan seorang individu untuk terlibat dan merawat dirinya sendiri inilah yang disebut sebagai *self care therapeutic demand* atau disebut juga *self care requisites* (Parker, 2001). *Self care* merupakan sesuatu yang dapat dipelajari dan kemampuan individu untuk menentukan tindakan yang diambil sebagai respon dari adanya kebutuhan.

Self care requisite terdapat tiga macam yaitu: *universal self care requisite*, *developmental self care requisite*, dan *health deviation self care requisite* (Ladner, 2002). *Universal self-care requisites* adalah kebutuhan dasar setiap manusia yaitu

kebutuhan akan: udara, makanan, air, eliminasi, keseimbangan aktivitas dan istirahat, keseimbangan untuk menyendiri dan berinteraksi sosial, bebas dari ancaman, dan pengembangan pribadi dalam kelompok sesuai dengan kemampuan masing-masing individu (Alligood, 2010). *Developmental self-care requisites* terbagi atas tiga bagian yaitu: penurunan kondisi yang memerlukan suatu pengembangan, keterlibatan dalam pengembangan diri, perlindungan terhadap kondisi yang mengancam pengembangan diri (Alligood, 2010). *Health deviation of self-care requisites* adalah kebutuhan akan *self-care* yang muncul karena seseorang dalam keadaan sakit atau terluka, mempunyai bentuk patologis yang spesifik termasuk ketidakmampuan dan berada pada diagnosa dan penatalaksanaan medis tertentu (Alligood, 2006).

Kebutuhan *self-care* yang harus dipenuhi dalam jangka waktu tertentu disebut dengan *therapeutic self-care demand*. Untuk memenuhi *therapeutic self-care demand* digunakan 2 metode yaitu: mengatur faktor yang diidentifikasi mengalami kekurangan yang akan mengganggu fungsi seorang manusia (air, udara, makanan), dan memenuhi elemen aktifitas (*maintenance*, promosi, *preventif*, dan *provision*).

Seorang individu mempunyai kekuatan untuk melaksanakan perawatan diri sendiri, kekuatan tersebut dinamakan *self care agency*. *Self care agency* dapat berubah setiap waktu dipengaruhi oleh kondisi kesehatan seorang individu. Ketika terjadi ketidakseimbangan antara *self care agency* dengan *therapeutic self-care demand*, maka terjadilah *self care deficit* (Parker, 2001). Seseorang yang mempunyai kemampuan untuk melakukan tindakan *self-care* disebut sebagai *agen*. Seorang manusia dewasa yang dapat memenuhi *therapeutic self-care*

demand bagi dirinya maupun orang lain yang tergantung padanya disebut dengan *dependent-care agent*.

2.6.2 Teori *self care deficit*

Self care deficit merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum dimana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak mampu atau terbatas untuk melakukan *self care* nya secara terus menerus. *Self care deficit* dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan *self care*, baik secara kualitas maupun kuantitas. Orem memiliki metode dalam pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain.

2.6.3 Teori sistem keperawatan

Kemampuan yang berkembang dari seseorang yang mempunyai pendidikan perawat untuk membantu pemenuhan *therapeutic self-care demand* dan melatih kemampuan *self-care* dari seseorang yang mempunyai penurunan kemampuan *self-care*. Komponen dari *self-care* dan *self-care deficit* tergabung dalam teori sistem keperawatan. Teori sistem keperawatan inilah yang menghubungkan antara tindakan dan peran perawat dengan tindakan dan peran pasien (Hartweg, 1995). Sistem keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang berkoordinasi dengan pasien untuk mengenali dan memenuhi

kebutuhan akan *therapeutic self-care* serta menjaga kemampuan pasien untuk melaksanakan *self-care* (Alligood, 2010).

Teori sistem keperawatan ingin menyatakan bahwa keperawatan adalah suatu tindakan manusia; sistem keperawatan adalah sistem tindakan yang direncanakan dan dihasilkan oleh perawat. Sistem keperawatan tersebut dihasilkan melalui pengalaman mereka merawat orang dengan penurunan kesehatan atau ketidakmampuan berhubungan dengan kesehatan dalam merawat diri sendiri, atau orang yang mengalami ketergantungan (Alligood, 2010).

Peran profesional yang dilaksanakan perawat sebelum dan sesudah menegakkan diagnosa dan melaksanakan tindakan keperawatan yang terdiri dari penilaian praktik tentang kondisi klien disebut sebagai *nursing design*. *Nursing design* dimaksudkan untuk memandu perawat mencapai tujuan tertentu melalui tindakan keperawatan (Alligood, 2010).

2.6.4 Penjelasan skema model konsep

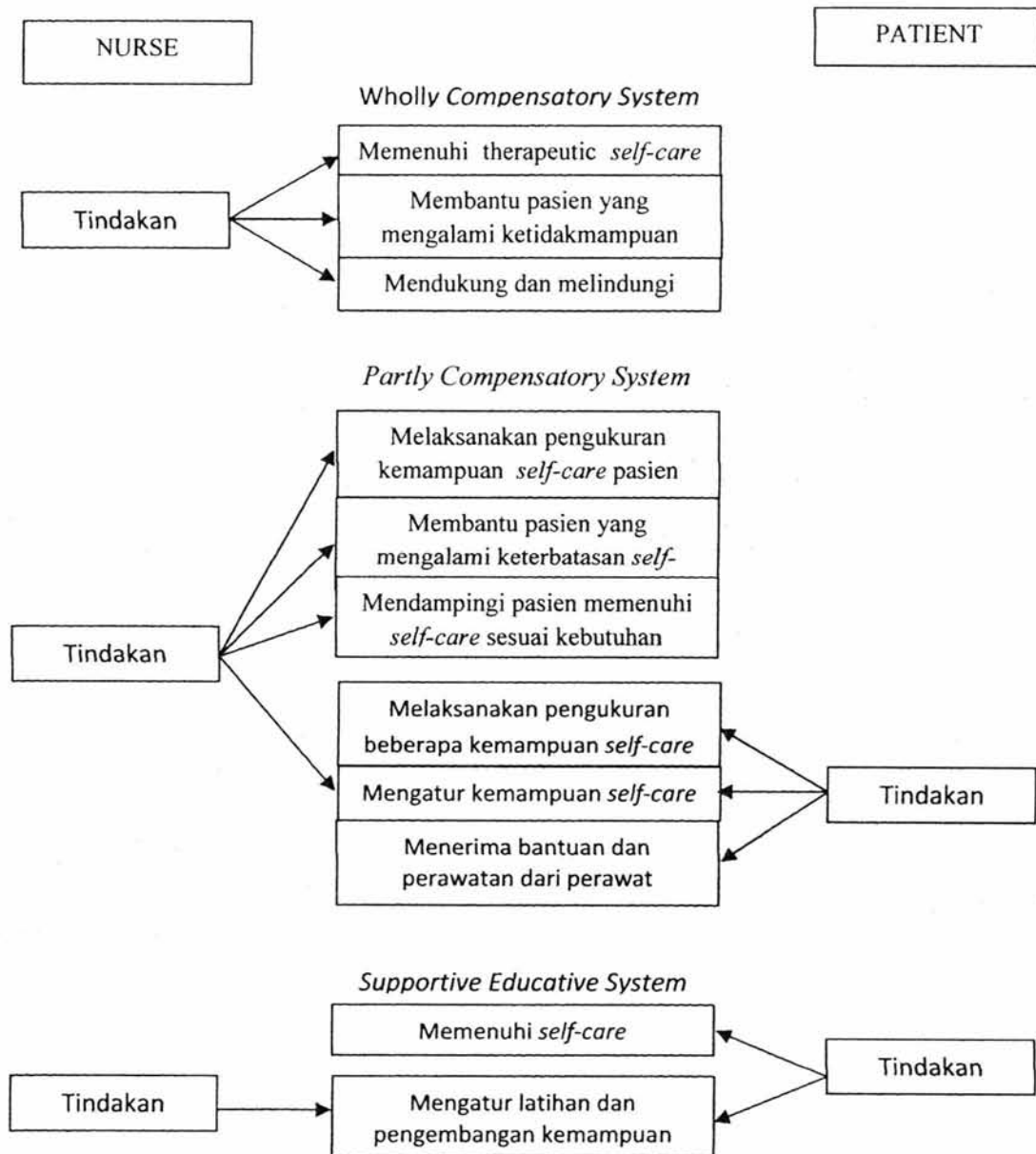
a) Teori sistem keperawatan

Teori sistem keperawatan merupakan teori yang menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri. Orem memberikan identifikasi dalam sistem pelayanan keperawatan (gambar 2.2) diantaranya:

1. Sistem bantuan secara penuh (*wholly compensatory system*), merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mandiri.

2. Sistem bantuan sebagian (*partially compensatory system*), merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri sendiri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal.

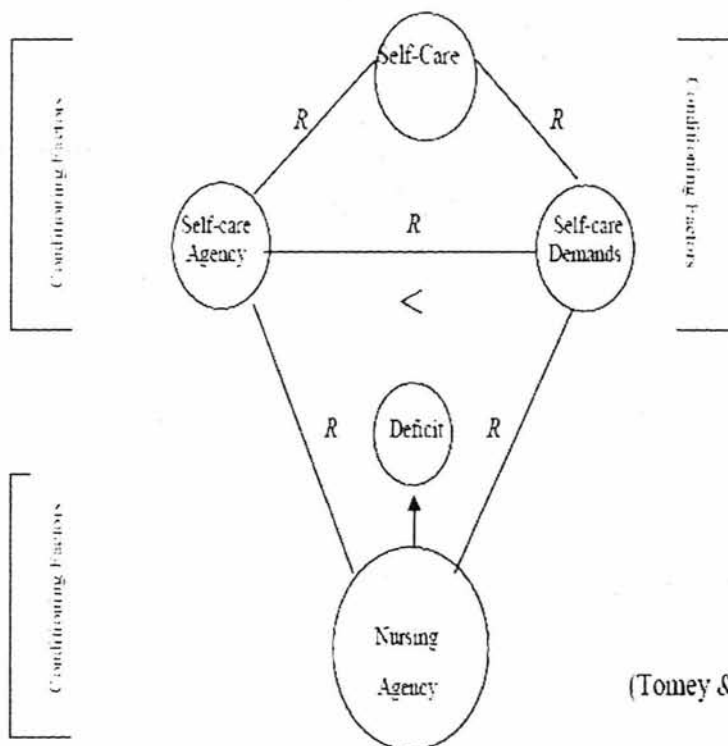
3. Sistem *supportif* dan *edukatif*, merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri.



Gambar 2.1. *Basic nursings system (from Orem, D , 2001). Nursing: Concept of Practice (6th Ed). St.Louis: Mosby)*

Orem menciptakan konsep umum tentang keperawatan. Konsep umum tersebut memungkinkan pemikiran induktif dan deduktif dalam keperawatan. Bentuk dari teori disajikan dalam berbagai model yang dikembangkan oleh Orem dan ahli lain. Salah satu contoh model konsep umum tersebut tampak pada gambar 2.2 Orem mendeskripsikan model dan pentingnya model tersebut untuk pengembangan dan pemahaman terhadap realitas yang ada. Model konsep umum di atas secara operasional dapat dilaksanakan untuk membangun system keperawatan dan system keperawatan bagi individu, unit perawatan dependen atau komunitas (Alligood, 2006)

Gambar 2.2 Konsep keperawatan menurut Orem



(Tomey & Alligood, 2002, p. 192)

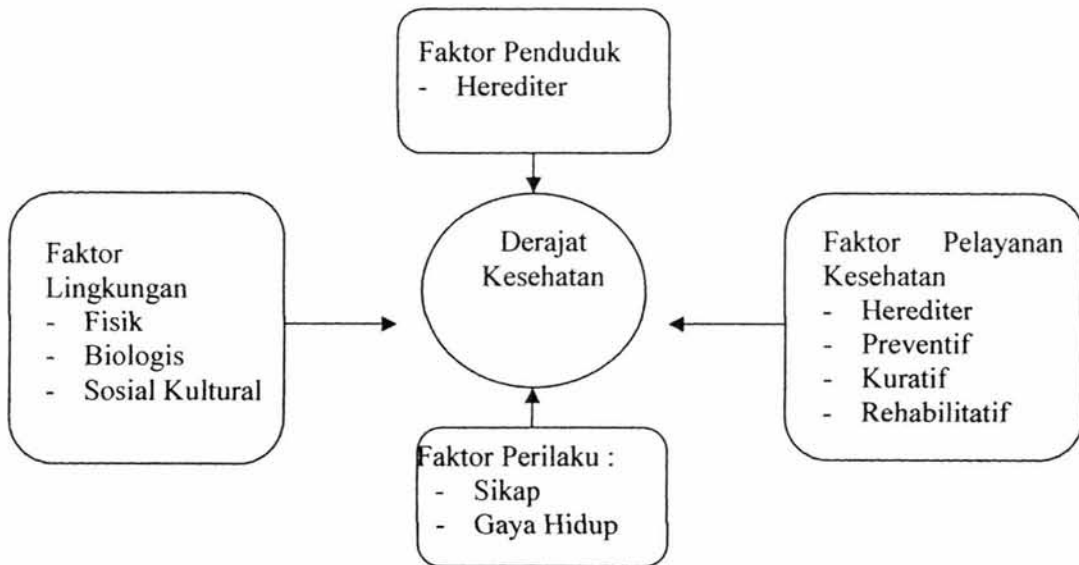
2.6.5 Asumsi mayor

Orem menetapkan lima asumsi dasar untuk teori keperawatan, yaitu:

- 1) Manusia membutuhkan masukan secara kontinyu untuk dirinya dan lingkungannya sehingga dapat memenuhi kebutuhan alaminya.
- 2) *Human agency*, yaitu kemampuan manusia dilatih untuk melaksanakan perawatan pada dirinya sendiri dan orang lain serta mengenali dan menyediakan kebutuhan yang diperlukan.
- 3) Manusia dewasa mengalami kekurangan dalam bentuk ketidakmampuan melaksanakan perawatan diri sendiri dan orang lain serta terlibat dalam mempertahankan kehidupan dan pengaturan fungsi masukan.
- 4) *Human agency* dilatih untuk menemukan, mengembangkan, dan menyampaikan cara dan maksud dalam mengidentifikasi kebutuhan dan memenuhi kebutuhan untuk diri sendiri dan orang lain
- 5) Kelompok manusia yang berhubungan satu dengan lainnya mempunyai tugas dan kewajiban untuk memenuhi perawatan diri bagi anggota kelompok yang mengalami kekurangan, memenuhi kebutuhan untuk diri sendiri dan orang lain.

2.7 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat.

Blum menggambarkan bahwa kesehatan manusia terdiri dari 3 dimensi yaitu : fisik, mental dan sosial. Ketiga dimensi tersebut bersifat *integrative*, artinya ketika salah satu dimensi diatas tidak dapat dimiliki oleh seseorang maka orang tersebut tidak dapat dikatakan sehat sepenuhnya.



Gambar 2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat menurut L. H Blum

Gambar di atas menyatakan bahwa derajat kesehatan seseorang / masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor, yaitu:

- (1) *Environment* (lingkungan). Lingkungan ini meliputi lingkungan fisik (baik natural atau buatan manusia), dan sosio kultural (ekonomi , pendidikan, pekerjaan dan lain-lain). Pada lingkungan fisik, kesehatan akan dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan dimana manusia itu berada. Lingkungan sosial berkaitan dengan kondisi perekonomian suatu masyarakat. Semakin miskin individu / masyarakat maka akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik akan semakin sulit. Demikian juga dengan tingkat pendidikan individu/ masyarakat, semakin tinggi pendidikan individu/ masyarakat maka pengetahuan untuk hidup sehat akan semakin baik.

- (2) *Life Style*, gaya hidup individu / masyarakat sangat mempengaruhi derajat kesehatan. Gaya hidup pada individu atau masyarakat juga dapat mengakibatkan transisi epidemiologis dari penyakit menular ke penyakit degeneratif.
- (3) *Heredity*, faktor genetik ini sangat berpengaruh pada derajat kesehatan. Beberapa penyakit yang diturunkan lewat genetik, seperti talasemia. Faktor hereditas sulit untuk diintervensi karena hal ini merupakan bawaan dari lahir dan jika dapat diintervensi maka harga yang dibayar sangat mahal.
- (4) *Health Care Service*, pelayanan kesehatan juga mempengaruhi derajat kesehatan. Pelayanan kesehatan disini adalah pelayanan kesehatan yang paripurna dan *integrative* antara *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitative*. Semakin mudah akses individu / masyarakat terhadap pelayanan kesehatan maka derajat kesehatan masyarakat akan semakin baik.