



**MODUL HOSPICE HOME CARE
(NSA 637)**



Universitas
Esa Unggul

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
TAHUN 2020**

TEORI ADAPTASI ROY DALA PERAWATAN HOME CARE

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan konsep home care menurut teori keperawatan Roy
2. Menganalisa konsep adaptasi menurut Roy dalam pelayanan home care

B. Uraian Konsep *Hospice Care*

1. Konsep *Home care* secara Umum

Bentuk pelayanan kesehatan yang dikenal masyarakat dalam sistem pelayanan kesehatan adalah pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Pada sisi lain banyak anggota masyarakat yang menderita sakit karena berbagai pertimbangan terpaksa dirawat di rumah dan tidak dirawat inap di institusi pelayanan kesehatan. Praktek perawatan bagi perawat di Indonesia merupakan hak sekaligus kewajiban profesi perawat. Sebagai seorang profesi yang mandiri, perawat dituntut dapat memberikan pelayanan keperawatan yang profesional dan berkualitas kepada masyarakat. Berbagai jalan dapat dilakukan perawat untuk dapat menunjukkan hasil kerja dan kemampuannya kepada masyarakat. Praktek keperawatan dapat dilakukan di rumah sakit, klinik, puskesmas tetapi juga dapat dilakukan di rumah klien yang disebut dengan home care. (Hidayat, 2009)

Home care (HC) merupakan bagian praktek mandiri perawat dan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat di rumah pasien. Perawat melanjutkan perawatan yang pernah diterima klien dari rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya atau mungkin pasien tidak ada indikasi masuk rumah sakit sehingga hanya membutuhkan pelayanan keperawatan di rumah (Lerman dan Eric, 1993). Home Care sebagai model pelayanan yang mampu menjawab kebutuhan masyarakat saat ini mulai dilirik di Indonesia. Berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan Home Care yang diselenggarakan oleh Direktorat Pelayanan Keperawatan tahun 2000 di wilayah DKI Jakarta dengan responden pengelola program kesehatan dan konsumen, diperoleh hasil: 100% responden kelompok pengelola program dan 2 responden konsumen dan 96.7% pengelola pelayanan di RS, Puskesmas, dan Yayasan menyatakan perlu dikembangkan pelayanan keperawatan kesehatan di rumah; 91.9% menyatakan pengelola Keperawatan Kesehatan di Rumah memerlukan izin operasional dan 87.3% responden menyatakan bahwa perlu standarisasi tenaga, sarana, dan pelayanan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan, 2006).

Home care atau perawatan kesehatan merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang diterapkan di beberapa kota-kota besar di Indonesia. Pelayanan ini bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan dan memaksimalkan tingkat kemandirian serta meminimalkan komplikasi akibat dari penyakit serta memenuhi kebutuhan dasar pasien dan keluarga di rumah. Perawatan di rumah menjadikan lingkungan rumah terasa menjadi lebih nyaman bagi sebagian pasien dibandingkan dengan perawatan di rumah sakit. Hal ini berpengaruh pada proses penyembuhan pasien yang cenderung akan lebih cepat masa penyembuhannya jika mereka merasa nyaman dan bahagia. Selain alasan di atas, home care juga membantu masyarakat yang mengalami keterbatasan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan khusus pada kasus-kasus penyakit degeneratif yang memerlukan perawatan yang relatif lama (Kemenkes, 2014).

Konsep *home care* sudah seharusnya menjadi first option dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Dengan konsep homecare maka pasien yang sakit dengan kriteria tertentu (terutama yang tidak memerlukan peralatan rumah sakit) tidak lagi harus ke rumah sakit, tetapi tenaga kesehatan yang mendatangi rumah pasien dengan fokus utama pada kemandirian pasien dan keluarganya (Tribowo, 2012). Seperti halnya dengan perawatan paliatif, perawatan hospis juga tidak hanya dilakukan di rumah sakit. Perawatan hospis dan home care diberikan oleh tim multi disiplin kesehatan dimana seorang perawat menjadi koordinatornya. Rumah adalah tempat yang paling banyak dipilih oleh pasien bila mereka mengetahui bahwa penyakitnya tidak dapat disembuhkan. Perawatan di rumah bagi pasien stadium terminal ini disebut Hospice Homecare. Hospice home care merupakan pelayanan/perawatan pasien kanker terminal (stadium akhir) yang dilakukan di rumah pasien setelah dirawat di rumah sakit dan kembali kerumah. Namun demikian, perawatan stadium terminal tidak dapat dilakukan di rumah pasien bila gejala fisik berat dan memerlukan pengawasan medis atau paramedis (fase tidak stabil dan perburukan) untuk mencapai kenyamanan di akhir kehidupan (fase menjelang ajal)

2. Teori Adaptasi *Chalista Roy*

Model Adaptasi Roy berasumsi bahwa dasar ilmu keperawatan adalah pemahaman tentang proses adaptasi manusia dalam menghadapi situasi hidupnya. Roy mengidentifikasi 3 aspek dalam model keperawatannya yaitu: pasien sebagai penerima layanan keperawatan, tujuan keperawatan dan intervensi keperawatan. Masing-masing aspek utama tersebut termasuk didalamnya konsep keperawatan, manusia, sehat-sakit, lingkungan dan adaptasi.

Konsep adaptasi diasumsikan bahwa individu merupakan sistem terbuka dan adaptif yang dapat merespon stimulus yang datang baik dari dalam maupun luar individu (Roy & Andrews, 1991 dalam Tomey & Alligood, 2006).

Dengan Model Adaptasi Roy, perawat dapat meningkatkan penyesuaian diri pasien dalam menghadapi tantangan yang berhubungan dengan sehat-sakit, meningkatkan penyesuaian diri pasien menuju adaptasi dalam menghadapi stimulus. Kesehatan diasumsikan sebagai hasil dari adaptasi pasien dalam menghadapi stimulus yang datang dari lingkungan. Keperawatan menurut Roy adalah sebagai proses interpersonal yang diawali karena maladaptasi terhadap perubahan lingkungan. Tindakan keperawatan diarahkan untuk mengurangi atau menghilangkan dan meningkatkan kemampuan adaptasi manusia. Maka keperawatan menurut teori Roy adalah disiplin ilmu bidang humanistik yang memberikan penekanan pada kemampuan seseorang untuk mengatasi masalahnya. Peran perawat dalam hal ini memfasilitasi potensi klien untuk beradaptasi dalam menghadapi perubahan kebutuhan dasarnya. Sedangkan tujuan keperawatan adalah untuk meningkatkan respons adaptasi yang meliputi 4 model adaptasi, yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

Dalam asuhan keperawatan, menurut Roy sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang dipandang sebagai "holistic adaptive system" dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. System adalah suatu kesatuan yang dihubungkan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. System terdiri dari proses input, output, kontrol dan umpan balik (Tomey & Alligood, 2006).

Teori Roy yang dikenal dengan model adaptasi Roy merupakan teori model keperawatan yang menguraikan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu merubah perilaku yang inefektif. Roy menjelaskan bahwa manusia sebagai makhluk holistik yang berinteraksi secara konstan dengan perubahan lingkungan sebagai sistem adaptif sebagai satu kesatuan yang mempunyai input, kontrol, output, dan proses umpan balik.

Konsep Roy memiliki 4 konsep sentral yang meliputi : manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Empat elemen tersebut saling mempengaruhi satu sama lain karena merupakan suatu sistem, yaitu :

- a. Manusia

Sistem sebagai manusia termasuk manusia sebagai individu atau dalam kelompok, keluarga, organisasi, komunitas dan masyarakat secara keseluruhan. Sistem manusia mempunyai kapasitas pikiran dan perasaan yang berakar pada kesadaran dan pengertian dimana mereka menyesuaikan diri secara efektif terhadap perubahan lingkungan dan efek dari lingkungan. Roy mendefinisikan manusia merupakan fokus utama dalam keperawatan, penerima asuhan keperawatan, sesuatu yang hidup menyeluruh (komplek), sistem adaptif dengan proses internal (kognator dan regulator) yang aplikasinya dibagi dalam empat komponen adaptasi (fisiologi, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi). Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif yang meliputi : (Roy & Andrew, 1999 dalam tome & Alligood, 2010)

- Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan sosial yang berinteraksi dengan lingkungan secara terus menerus.
- Manusia menggunakan mekanisme pertahanan untuk mengatasi perubahan- perubahan biopsikosial. Manusia sebagai sistem adaptif, dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai masukan (input), kontrol, keluaran (output) dan proses umpan balik (feedback).

b. Input

Menurut Roy input adalah sebagai stimulus yang merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon. Selain itu sebagai suatu sistem yang dapat menyesuaikan diri dengan menerima masukan dari lingkungan dalam individu itu sendiri, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual, dan stimulus residual.

Stimulus fokal merupakan stimulus internal maupun eksternal yang secara langsung dapat menyebabkan ketidakseimbangan atau keadaan sakit yang dialami saat ini. Misalnya: penyakit ginjal kronik yang menyebabkan pasien mengalami kelebihan volume cairan.

Stimulus kontekstual merupakan semua rangasangan yang lain yang datang dalam situasi yang memberikan efek dari stimulus fokal. Dengan kata lain, stimulus yang dapat menunjang terjadinya sakit (faktor pencetus)/ keadaan tidak sehat. Keadaan ini tidak terlihat langsung pada saat ini. Misalnya ketidakpatuhan pelaksanaan terapi hemodialisis pada pasien dengan penyakit ginjal tahap akhir.

Stimulus residual adalah faktor internal maupun eksternal manusia dengan efek pada situasi saat ini yang tidak jelas. Merupakan keyakinan dan pemahaman individu yang

dapat mempengaruhi terjadinya keadaan tidak sehat atau disebut dengan faktor predisposisi sehingga terjadi kondisi fokal. Misalnya persepsi klien tentang penyakit, gaya hidup, peran dan fungsi.

c. Kontrol

Menurut Roy proses kontrol seseorang adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan untuk melakukan kontrol yang terdiri dari subsistem regulator dan kognator. Subsistem regulator mempunyai komponen : input-proses, dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator system adalah kimia, neural atau endokrin. Terjadinya refleks otonom merupakan output perilaku yang dihasilkan dari regulator sistem, banyak sistem fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku subsistem regulator.

Subsistem kognator merupakan stimulus yang berupa eksternal maupun internal. Output perilaku dari subsistem regulator dapat menjadi stimulus umpan balik untuk subsistem kognator. Proses kontrol subsistem kognator berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian, dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih perhatian, mencatat dan mengingat.

d. Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subjektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik dari sistem. Roy mengidentifikasi output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang mal adaptif. Respon adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang mampu memenuhi tujuan hidup, berupa kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi, dan menjadi manusia yang berkualitas. Sedangkan respon yang mal adaptif merupakan perilaku yang tidak mendukung tujuan seseorang.

e. Efektor

Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor, yang memiliki empat mode adaptasi yang meliputi : 1) fungsi fisiologis, 2) konsep diri, 3) penampilan peran, 4) interdependensi. Fungsi fisiologis yang berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk

mempertahankan integritas dan bagaimana proses adaptasi dilakukan untuk mengatur sembilan kebutuhan fisiologis tersebut, yaitu oksigenasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, fungsi sistem endokrin, integritas kulit, sensori/indra dan fungsi neurologis.

Konsep diri, berupa seluruh keyakinan dan perasaan yang dianut individu dalam satu waktu tertentu, berupa persepsi dan partisipasi terhadap reaksi orang lain dan tingkah laku langsung. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu the physical self dan the personal self. The physical self, yaitu bagaimana seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya. Sedangkan The personal self, berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral – etik, spiritual dan perasaan cemas diri orang tersebut.

Penampilan peran, yaitu penampilan fungsi peran yang berhubungan dengan tugas individu dilingkungan sosial/ mode fungsi peran yang mengenal pola - pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya.

Interdependensi, adalah hubungan individu dengan orang lain dan sebagai support sistem. Fokus interdependensi adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta dan kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Model fungsi interdependensi juga melihat keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima

Lingkungan.

Roy menyatakan bahwa lingkungan merupakan semua kondisi, keadaan dan pengaruh sekitarnya yang mempengaruhi perkembangan serta perilaku manusia sebagai individu atau kelompok, dengan suatu pertimbangan khusus dari mutualitas sumber daya manusia dan sumber daya alam yang mencakup stimulus fokal, kontekstual dan residual. Lingkungan merupakan masukan (input) bagi manusia sebagai sistem yang adaptif sama halnya lingkungan sebagai stimulus internal dan eksternal. Faktor lingkungan dapat mempengaruhi seseorang dan dapat dikategorikan dalam stimulus fokal, kontekstual dan residual Roy & Andrew, 1999; Tomey & Alligood, 2010).

Kesehatan

Kesehatan dipandang sebagai keadaan dan proses menjadi manusia secara utuh dan integrasi secara keseluruhan. Sehat merupakan cermin dari adaptasi, yang merupakan interaksi manusia dengan lingkungan. Definsi kesehatan menurut Roy lebih dari tidak adanya sakit tapi termasuk penekanan pada kondisi baik. Sehat bukan berarti tidak terhindarkan dari kematian, penyakit, ketidakbahagiaan dan stress akan tetapi merupakan kemampuan untuk mengatasi masalah tersebut dengan baik (Andrew & Roy, 1991; Tomey & Alligood, 2010).

Proses adaptasi termasuk fungsi holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) untuk mempengaruhi kesehatan secara positif dan itu meningkatkan integritas. Proses adaptasi termasuk semua interaksi manusia dan lingkungan dua bagian proses. Bagian pertama dari proses ini dimulai dengan perubahan dalam lingkungan internal dan eksternal yang membutuhkan sebuah respon. Perubahan-perubahan tersebut adalah stresor-stresor atau stimulus fokal dan ditengahi oleh faktor-faktor kontekstual dan residual. Bagian-bagian stressor menghasilkan interaksi yang biasanya disebut stress, bagian kedua dari stress adalah mekanisme koping yang merangsang menghasilkan respon adaptif dan inefektif. Melalui adaptasi energi individu dibebaskan dari upaya-upaya koping yang tidak efektif dan dapat digunakan untuk meningkatkan integritas, penyembuhan dan meningkatkan kesehatan. Integritas menunjukkan hal-hal yang masuk akal yang mengarah pada kesempurnaan atau keutuhan (Andrew & Roy, 1991; Tomey & Alligood, 2010).

f. Keperawatan

Model Teori Adaptasi Menurut Sister Calista Roy Pada Asuhan Keperawatan Pasien.

a. Langkah Proses Keperawatan Menurut Model Adapatasi Roy.

Menurut Roy & Andrews (1999) proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah pasien dengan mengidentifikasi stimulus dan mengkaji fungsi dari adaptasi mode. Dalam proses keperawatan ada 2 level pengkajian yaitu pengkajian prilaku dan stimulus. Langkah pertama pengkajian adalah pengkajian prilaku dengan mengkaji 4 adaptasi mode yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Langkah selanjutnya menetapkan diagnosa keperawatan, penetapan tujuan keperawatan, intervensi dan evaluasi.

1) Pengkajian prilaku (behavior).

Pengkajian prilaku (behavior) merupakan langkah pertama proses keperawatan menurut Model Adaptasi Roy. Perilaku itu dapat diamati, diukur, dan dilaporkan secara subjektif oleh seseorang, sehingga prilaku terdiri dari 2 hal yaitu prilaku yang dapat diobservasi dan prilaku yang tidak dapat diobservasi. Perawat bisa mengetahui yang sedang terjadi dengan mengetahui tingkah laku yang ditampilkan. Pengumpulan data ini dapat dilakukan dengan cara penilaian, pengukuran dan interview. Oleh karena itu, perawat memerlukan keahlian observasi, pengukuran, dan wawancara (Roy & Andrews, 1999 dalam Tomey & Alligood, 2006).

2) Pengkajian stimulus.

Langkah kedua dalam proses keperawatan menurut Roy & Andrews (1999); Tomey & Alligood (2006) adalah pengkajian stimulus. Stimulus merupakan sesuatu yang menimbulkan respon. Pengkajian stimulus diarahkan pada stimulus fokal yang merupakan perubahan prilaku yang dapat diobservasi. Stimulus kontekstual berkontribusi terhadap penyebab terjadinya prilaku atau presipitasi oleh stimulus fokal. Sedangkan stimulus residual yang mempengaruhi adalah pengalaman masa lalu. Beberapa faktor dari pengalaman masa lalu relevan dalam menjelaskan bagaimana keadaan saat ini. Hal umum yang mempengaruhi stimulus antara lain budaya (status sosial ekonomi, etnik, sistem kepercayaan), keluarga (struktur, kerja), tahap perkembangan (usia, kerja, keturunan, dan faktor genetika), mode adaptif integritas (fisiologi dan patologis, konsep diri, fungsi peran, interdependensi), efektifitas kognator (persepsi, pengetahuan, keahlian), dan pertimbangan lingkungan (pengobatan, penggunaan obat tertentu, tembakau, alkohol).

Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan menurut teori adaptasi Roy adalah sebagai suatu hasil dari pengambilan keputusan berhubungan dengan kurang mampunya adaptasi. Diagnosa keperawatan dirumuskan dengan mengobservasi tingkah laku klien terhadap pengaruh lingkungan. Menurut Roy & Andrews (1999); Tomey & Alligood, (2006), ada 3 metode dalam menetapkan diagnosa keperawatan yaitu suatu pernyataan dari prilaku dengan stimulus yang sangat mempengaruhi, suatu ringkasan tentang prilaku dengan stimulus yang relevan, serta penamaan yang meringkaskan pola prilaku ketika lebih dari satu mode kena dampak oleh stimulus yang sama. Sebelum dilakukan penetapan diagnosa keperawatan semua data sudah terkumpul. Data prilaku merupakan hasil dari pengamatan, pengukuran, dan laporan subjektif. Data lain adalah pernyataan tentang stimulus fokal, kontekstual, dan residual yang

mempengaruhi data perilaku tersebut. Setelah itu dibedakan antara 2 hal yaitu data yang termasuk adaptasi positif atau masalah adaptasi. Oleh karena itu, diagnosa keperawatan menurut Model Adaptasi Roy dapat berupa diagnosa keperawatan positif untuk adaptasi positif dan diagnosa keperawatan yang diangkat berdasarkan masalah adaptasi.

3) Penetapan Tujuan Keperawatan.

Roy menyampaikan bahwa tujuan pada intervensi keperawatan adalah untuk mempertahankan dan mempertinggi perilaku adaptif dan mengubah perilaku inefektif menjadi adaptif. Penetapan tujuan dibagi atas tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Tujuan jangka panjang meliputi: hidup, tumbuh, reproduksi dan kekuasaan. Sedangkan tujuan jangka pendek meliputi: tercapainya tingkah laku yang diharapkan setelah dilakukan manipulasi terhadap stimulasi fokal, kontekstual dan residual (Roy & Andrews, 1999; Tomey & Allgood, 2006)

4) Intervensi dan Implementasi.

Menurut Roy & Andrews (1999) dalam Allgood & Tomey (2006), intervensi keperawatan memfokuskan pada cara untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Intervensi keperawatan berisi manajemen terhadap stimulus yang mempengaruhi perilaku dan mengubah atau memanipulasi stimulasi fokal, kontekstual dan residual, juga difokuskan pada koping individu sehingga seluruh stimulasi sesuai dengan kemampuan individu untuk beradaptasi. Intervensi keperawatan dinilai efektif jika tingkah laku pasien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan dengan cara merubah, meningkatkan, menurunkan, menghilangkan, atau memelihara stimulus tersebut. Perubahan stimulus mempertinggi kemampuan mekanisme koping seseorang untuk berespon positif dan menghasilkan perilaku yang adaptif. Intervensi keperawatan ditetapkan berdasarkan 4 hal yang meliputi: apa pendekatan alternatif yang akan dilakukan, apa konsekuensi yang akan terjadi, apakah mungkin tujuan tercapai oleh alternatif tersebut, dan nilai alternatif itu diterima atau tidak. Intervensi keperawatan ini dilakukan melalui kerjasama dengan orang lain (pasien, keluarga, dan tim kesehatan lain). Roy & Andrews (1999); Allgood & Tomey (2006), Sedangkan implementasi menurut Roy & Andrews (1999); Allgood & Tomey (2006), merupakan uraian yang lebih rinci dari intervensi keperawatan yang telah terpilih. Implementasi keperawatan lebih menguraikan bagaimana tujuan keperawatan tercapai dalam manajemen stimulus yang ada.

5) Evaluasi.

Menurut Roy & Andrews (1999), evaluasi merupakan penilaian efektif terhadap intervensi keperawatan sehubungan dengan tingkah laku pasien. Oleh karena itu, evaluasi tersebut menjadi refleksi dari tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Perawat harus mengkaji tingkah laku pasien setelah diimplementasi. Intervensi keperawatan dinilai efektif jika tingkah laku pasien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan.

Penerapan Mode Pada Model Adaptasi Roy Dalam Asuhan Keperawatan. Ada 4(empat) mode dalam model adaptasi Roy yang harus diperhatikan oleh perawat pada saat pengkajian perilaku maupun stimulus.

1) Mode Fisiologis (the physiological mode).

Menurut Roy & Andrews (1999) mode adaptasi fisiologi merupakan proses tubuh manusia terhadap kerja fisik, respon interaksi dengan lingkungan baik eksternal maupun internal. Dalam penerapan asuhan keperawatan, mode fisiologis dibedakan atas dua kelompok besar yaitu 5 (lima) kebutuhan dasar pada integritas fisiologis yang terdiri dari oksigenisasi, nutrisi, eliminasi, aktifitas dan istirahat serta proteksi (perlindungan), dan 4 (empat) proses fisiologis yang membantu aktifitas regulator dan mengintegrasikan fungsi fisiologis yang terdiri dari sensasi, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis, dan fungsi endokrin.

(a). Oksigenisasi

Menurut Perry & Potter, (2005) Kebutuhan oksigenasi meliputi kebutuhan tubuh terhadap oksigen dan proses dari ventilasi, pertukaran gas, serta transportasi gas. Oksigen harus secara adekuat diterima dari lingkungan ke dalam paru-paru, pembuluh darah dan jaringan. Pada beberapa titik dalam kehidupannya, klien berisiko untuk tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen mereka. Koping mekanisme yang diharapkan adalah mempertahankan kesesuaian oksigen dan ventilasi secara terus-menerus, pertukaran gas dan transportasi gas. Roy & Andrews (1999) pada aplikasi proses keperawatannya, pengkajian ini dibagi atas 2 tipe diantaranya:

(1) Pengkajian perilaku: ventilasi meliputi: karakteristik pernapasan (tachypnea, bradypnea, apnea, respiratoryarrest) suara napas (rales, ronchi, pleural friction rub), Pengkajian perilaku pertukaran gas meliputi: pengkajian hasil analisa gas darah (Pao₂, Pco₂), sedangkan pengkajian perilaku transportasi gas meliputi: pengukuran nadi (bradycardia, tachycardia),

irama (regular, irregular, arrhythmia) tekanan darah, bunyi jantung, membran mukosa, kulit dingin, kuku tanda sianosis.

(2) Pengkajian stimulus yang berkaitan dengan ventilasi menurut Roy & Andrews (1999); Alligood & Tomey (2006), meliputi pengkajian terhadap kepatenan jalan nafas, otot bantu nafas, fungsi pusat pernafasan, dan jalur persyarafan yang berkaitan. Pengkajian stimulus terhadap pertukaran gas meliputi konsentrasi oksigen di udara, keadekuatan aliran darah ke elveoli, dan integritas membran alveolar. Sedangkan pengkajian stimulus pada transportasi gas meliputi pengkajian pompa jantung, kondisi inflamasi jantung, perdarahan, dehidrasi, penialian hasil diagnostik yang berkaitan dengan sistem respirasi dan kardiovaskular, seperti hemoglobin, hematokrit, sel darah merah, radiologi, elektrokardiografi, ekokardiografi, serta faktor lain meliputi latihan fisik, kondisi stress, perubahan suhu dll. Beberapa masalah adaptasi dalam diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada kebutuhan oksigenasi antara lain hipoksia, shock, gangguan ventilasi, pertukaran gas tidak edkuat, perubahan perfusi jaringan.

Menurut Isselbacher, (2000) dan Lewis, (2005) Pada pasien CHF bila dikaitkan dengan konsep perilaku tidak efektif yang ditampilkan pasien berkaitan dengan aspek oksigenasi antara lain sesak nafas, sesak nafas disertai batuk berdahak, sesak napas saat beraktivitas, edema paru, adanya ronkhi paru, peningkatan tekanan vena jugularis, perubahan hasil elektrkardiografi seperti adanya tanda hipertropi, perubahan hasil ekhokardiografi seperti penurunan tekanan sistolik dan diastolik yang terlihat dari penurunan, terlihat adanya kardiomegali dari hasil foto toraks, dsb. Stimulasi fokal yang menimbulkan perilaku tidak efektif pasien CHF adalah penurunan fungsi sistolik dan diastolik jantung, perubahan kontraktilitas miokardium, stimulasi kontekstualnya adalah Cardio Toracic Rasio >50%, penurunan Ejectio Fraction (EF). Sedangkan stimulus residual antara lain usia, gaya hidup, aktifitas fisik rendah serta riwayat kesehatan yang berkontribusi terhadap gagal jantung seperti hipertensi, merokok diabetes melitus hiperkolesterolemia dll. Masalah adaptasi yang utama terjadi pada pasien CHF adalah penurunan curah jantung.

(b) Nutrisi

Menurut Perry & Potter (2005) tubuh manusia memiliki kebutuhan esensial terhadap nutrisi, walaupun tubuh dapat bertahan tanpa makanan lebih lama dari pada tanpa cairan. Proses metabolik tubuh mengontrol pencernaan, menyimpan zat makanan, dan mengeluarkan produk sisa. Mencerna dan menyimpan zat makanan adalah hal yang penting dalam memenuhi

kebutuhan nutrisi tubuh. Koping mekanisme yang diharapkan menurut Roy adalah mempertahankan fungsi tubuh, meningkatkan pertumbuhan dan mengganti jaringan yang rusak, dengan cara ingesti dan asimilasi makanan. Pengkajian yang dapat dilakukan adalah:

(1) Pengkajian perilaku yang berkaitan dengan nutrisi antara lain intake yang tidak adekuat, alergi makanan, nyeri saat menelan, tinggi dan berat badan, pola makan, kondisi rongga mulut, perubahan pencernaan termasuk perubahan cara pemasukan makanan ke dalam tubuh, serta sensasi terhadap rasa dan bau.

(2) Pengkajian stimulus berkaitan dengan nutrisi antara lain pengkajian kondisi penyakit yang mempengaruhi perubahan pemasukan nutrisi, pengobatan yang mempengaruhi pemasukan makanan atau proses pencernaan, kebiasaan makan, tipe atau jenis makanan, kemampuan membeli makanan, kondisi makanan, budaya, penerimaan seseorang terhadap perubahan berat badan, kebutuhan kalori yang dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, ukuran tubuh, aktifitas, suhu tubuh, diet, ras, kehamilan, dan hormon endokrin (Roy & Andrews, 1999). Beberapa masalah adaptasi pada diagnosis keperawatan berkaitan dengan kebutuhan nutrisi antara lain anoreksia, nutrisi kurang/lebih dari kebutuhan tubuh, mual/vomiting, ketidakefektifan strategi koping terhadap penurunan ingestif. Pada umumnya perilaku tidak efektif pada pasien CHF berkaitan dengan aspek nutrisi antara lain tidak bisa menghabiskan makanannya. Hal itu distimulasi fokal oleh penurunan nafsu makan. Stimulasi kontekstualnya antara lain tidak ada nafsu makan atau nafsu makan menurun. Sedangkan stimulasi residualnya seperti perubahan pola dan menu makanan di rumah sakit, kebiasaan makan, budaya makan, dan proses penyakit dsb. Masalah adaptasinya adalah gangguan keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, atau intake nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Roy & Andrews (1999).

(c) Eliminasi

Eliminasi merupakan salah satu dari proses metabolisme. Produk sisa dikeluarkan melalui paru-paru, kulit, ginjal dan pencernaan (Perry & Potter, 2005). Mekanisme koping menurut Roy adalah terjadinya proses eksresi metabolik terutama pembuangan dari saluran cerna dan ginjal.

(1) Pengkajian perilaku yang berkaitan dengan kebutuhan eliminasi antara lain pengkajian karakteristik feses. terdiri dari banyaknya feses, warna, konsistensi, bau, dan pola defekasi, bising usus, nyeri saat buang air besar. Pengkajian terhadap eliminasi urin yang terdiri dari

karakteristik dan jumlah urin dalam 24 jam, warna, bau, frekuensi, nyeri pada saat eliminasi urin, dan pengkajian hasil diagnostik laboratorium yang berkaitan dengan eliminasi.

(2) Pengkajian stimulus terhadap kebutuhan eliminasi antara lain kondisi penyakit atau proses penyakit, keseimbangan cairan, stimulasi lingkungan, suhu dan kenyamanan ruangan, toilet, atau urinal, diet, pengobatan, nyeri, stress, kultur, dsb. Beberapa masalah adaptasi dalam diagnosa keperawatan yang dapat dimunculkan antara lain gangguan eliminasi BAB : konstipasi atau diare atau inkontinensia, gangguan pola eliminasi urin : retensi urin atau inkontinensia urin, ketidak efektifan strategi koping terhadap penurunan fungsi eliminasi. dsb. Prilaku tidak efektif yang sering ditampilkan oleh pasien CHF antara lain: stimulasi fokal yaitu penurunan eliminasi urine, stimulasi konstektual yaitu penurunan curah jantung, stimulasi residualnya adalah penyakit gagal jantung, penyakit ginjal dan peningkatan usia. Masalah adaptasi dari kondisi tersebut adalah gangguan eliminasi urin Roy & Andrews (1999).

(d) Aktifitas dan Istirahat

Setiap manusia mempunyai kebutuhan dasar fisiologis untuk istirahat teratur. Jumlah kebutuhan istirahat bervariasi, bergantung pada kualitas tidur, status kesehatan, pola aktivitas, gaya hidup dan umur seseorang. Mekanisme koping yang diharapkan adalah mempertahankan keseimbangan antara aktivitas fisik dan istirahat.

(1) Pengkajian prilaku berkaitan dengan kebutuhan aktifitas antara lain ada 2 kategori yaitu : pertama pengkajian frekuensi, intensitas dan durasi aktivitas sehari-hari. Kedua pengkajian fungsi motorik seperti massa otot, kekuatan otot, mobilitas sendi, ukuran dan fungsi sendi, postur tubuh, koordinasi motori, pergerakan abnormal atau yang tidak disadari. Sedangkan pengkajian prilaku terhadap kebutuhan istirahat antara lain kuantitas dan kualitas istirahat harian, pola tidur seperti frekuensi dan lamanya tidur, riwayat tidur sebelumnya, tanda kesulitan tidur gelisah saat mulai tidur dll.

(2) Pengkajian stimulus terhadap kebutuhan aktifitas antara lain gangguan neuromuskuler dan sistem skletal, penyakit yang memerlukan pembatasan aktifitas termasuk protokol pengobatan, enggan untuk beraktifitas, dan faktor lingkungan. Untuk kebutuhan istirahat, pengkajian stimulusnya antara lain ketidaknyamanan atau nyeri dari penyakit, istirahat yang kurang, faktor lingkungan seperti temperatur, kondisi psikologis seperti beban mental kerja, distress seperti cemas, depresi, perubahan kebiasaan tidur, penggunaan obat-obatan dan

alkohol. Beberapa masalah adaptasi dalam diagnosa keperawatan pada bagian ini antara lain ketidakdekuatan aktifitas fisik, keterbatasan mobilitas dan koordinasi, intoleransi aktivitas, immobilisasi, sleep deprivation, dan kelelahan Roy & Andrews(1999). Prilaku tidak efektif yang dimunculkan oleh pasien CHF adalah kesulitan tidur, kurangnya waktu istirahat dan tidur. Hal ini distimulasi fokal oleh adanya sesak nafas dan batuk, suasana lingkungan yang tidak tenang, banyaknya pengunjung, distimulasi kontekstual, penurunan curah jantung. Sedangkan stimulasi residualnya adalah faktor usia, kebiasaan sebelum tidur, perubahan pola tidur serta proses penyakit. . Sehingga masalah adaptasi yang sering terjadi ketika pasien dirawat adalah gangguan pola tidur, Roy & Andrews (1999)

(e). Proteksi

Menurut Roy & Andrews (1999), mekanisme koping yang diharapkan adalah untuk mempertahankan tubuh melawan infeksi, trauma dan perubahan temperatur.

(1) Pengkajian prilaku yang berkaitan dengan proteksi adalah kulit : eritema, sianosis, joundis, konjungtiva dan mukosa membran, nyeri setelah operasi, dan kondisi kulit pada area insisi, tekstur dan kualitas rambut, kulit kepala, keringat, sensitifitas terhadap nyeri dan suhu, serta pemeriksaan darah dan urine yang berhubungan dengan masalah proteksi.

(2) Pengkajian stimulus terhadap kebutuhan proteksi meliputi stimulasi lingkungan misalnya temperatur ruangan, jumlah sirkulasi dan kelembaban udara, tahap perkembangan, sistem imun dll. Beberapa masalah adaptasi yang bisa menjadi diagnosa keperawatan adalah gangguan integritas kulit, infeksi, tidak efektifnya proses imun dll, dsb. Prilaku tidak efektif pada pasien CHF adalah dapat berupa kulit yang tidak bersih, kulit kering, gatal-gatal, infeksi, lesi kulit pada daerah tertekan. Hal ini distimulasi fokal oleh kesulitan merawat diri sendiri dan mobilisasi, stimulasi kontekstual oleh kelelahan. Sedangkan stimulasi residualnya adalah peningkatan usia, penurunan sirkulasi perifer karena proses pnyalit. Masalah adaptasinya adalah gangguan integritas kulit Roy & Andrews (1999)

(f) Sensasi

Sensasi merupakan bagian dari proses fisiologis yang membantu aktifitas regulator dan mengintegrasikan fungsi fisiologis. Hal ini berkaitan dengan sistem pendengaran, system penglihatan, dan sistem somatosensoris. Mekanisme koping yang diharapkan adalah memungkinkan individu untuk berinteraksi dengan lingkungan.

(1) Pengkajian perilaku terkait dengan sensasi antara lain gerakan bola mata, reaksi pupil terhadap cahaya, hasil uji snellen chart, uji penglihatan perifer, uji buta warna, uji pendengaran seperti audiometri, uji rhinne, uji weber, uji sentuhan pada kulit, dsb.

(2) Pengkajian stimulus berkaitan dengan sensasi antara lain penyakit pada organ yang berkaitan dengan sensasi seperti gangguan neurologi, proses penyakit dari sistem lain yang berdampak pada sensasi, dsb. Masalah adaptasi yang dapat diangkat menjadi diagnosa keperawatan antara lain gangguan sensoris: penglihatan, pendengaran, nyeri dsb. Roy & Andrews (1999)

Secara umum, perilaku tidak efektif yang ditampilkan oleh pasien CHF berkaitan dengan aspek sensasi; distimulasi fokal oleh adanya sensasi nyeri gambaran retinopati, dan distimulasi kontekstual oleh penyakit seperti diabetes mellitus, dsb. Stimulasi residualnya antara lain peningkatan usia. Masalah adaptasi dari kondisi itu adalah tidak efektifnya strategi coping terhadap gangguan sensori, (Alligood & Tomey 2006) dan Ignatavicius & Workmann 2006)

(g) Cairan dan elektrolit

Tubuh manusia membutuhkan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran cairan. Pasien dari berbagai umur dapat mengalami kondisi tidak terpenuhinya kebutuhan cairan, tetapi pasien yang paling muda dan paling tua memiliki risiko terbesar. Mekanisme coping yang diharapkan menurut Roy diharapkan dapat mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dan asam basa, yang dapat memperbaiki keadaan seluler dan ekstraseluler serta fungsi sistemik (Perry & Potter, 2005).

(1) Pengkajian perilaku menurut Roy & Andrews (1999); Alligood & Tomey (2006) berkaitan dengan cairan dan elektrolit meliputi tanda dan gejala yang berhubungan dengan perubahan cairan elektrolit. Perubahan hemodinamik seperti edema paru, edema ekstremitas, turgor kulit, perubahan tekanan darah dan nadi. Serta pengkajian hasil pemeriksaan diagnostik fungsi ginjal dan fungsi jantung.

(2) pengkajian stimulusnya meliputi segala sesuatu yang berefek terhadap perubahan cairan dan elektrolit. Beberapa masalah adaptasi terkait cairan dan elektrolit adalah dehidrasi, syok, perdarahan, penurunan keluaran urin, kelebihan cairan tubuh, peningkatan/penurunan elektrolit, dsb. Aspek cairan dan elektrolit merupakan aspek yang sering dimunculkan pasien CHF dalam bentuk perilaku tidak efektif seperti urin yang kurang, rendahnya nilai elektrolit,

adanya edema, asites, dsb. Hal itu distimulasi fokal oleh penurunan curah jantung, dan distimulasi kontekstual oleh penyakit yang menyebabkan penurunan curah jantung tersebut seperti haluaran dan pemasukan cairan yang tidak seimbang, penurunan kontraktilitas miokard. Stimulus residualnya adalah usia lanjut, penyakit yang menyertai seperti penyakit ginjal, dll. Masalah adaptasi dari kondisi itu adalah kelebihan volume cairan (Ignatavicius & Workmann 2006).

(h). fungsi neurologis

Menurut Roy & Andrews (1999); Alligood & Tomey (2006), fungsi neurologis memainkan peran yang penting dalam adaptasi manusia. Fungsi neurologis termasuk bagian dari proses fisiologis yang membantu aktifitas regulator dan mengintegrasikan fungsi fisiologis. Mekanisme koping dapat terjadi menurut Roy sebagai akibat adanya koordinasi dan kontrol pergerakan tubuh, tingkat kesadaran, dan proses kognitif emosional.

(1) Pengkajian perilaku terkait dengan fungsi neurologis antara lain : pengkajian fungsi serebral (status mental, fungsi intelektual, kandungan isi pikir, status emosional, persepsi, kemampuan motorik, kemampuan bahasa, dan dampak terhadap gaya hidup. Untuk status mental, perawat melakukan pengkajian tentang penampilan dan perilaku pasien, cara berpakaian, perawatan diri, kebersihan diri, postur, gerakan isyarat, ekspresi wajah, aktifitas motorik, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang. Fungsi intelektual dinilai dari kemampuan berhitung dan uji abstrak. Fungsi saraf kranial dinilai dari uji 12 pasang saraf kranial. Sistem motorik dinilai melalui pengkajian ukuran otot, tonus, kekuatan otot, koordinasi, dan keseimbangan. Sistem sensorik dinilai dari uji sentuhan. Selanjutnya pengkajian reflek, serta nilai Glasgow Coma Scale (GCS).

(2) Pengkajian stimulusnya antara lain penyakit neurologis, penurunan tingkat kesadaran, nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, komplikasi karena kerusakan saraf seperti atropi otot atau kontraktur, Gangguan persepsi, dsb. Pasien CHF tidak menampilkan perilaku tidak efektif pada aspek ini kecuali ada penyakit neurologis sebagai penyerta. Penyakit itu misalnya hipertensi yang menyebabkan stroke. Roy & Andrews (1999); Alligood & Tomey (2006) dan Ignatavicius & Workmann (2006).

(i) Fungsi endokrin

Fungsi endokrin merupakan proses kompleks terakhir yang diidentifikasi dalam Model Adaptasi Roy.

(1) Pengkajian perilaku tentang fungsi endokrin antara lain hal-hal yang dapat diukur, diamati, dan dilaporkan terkait dengan masalah oksigenisasi, nutrisi, aktivitas dan istirahat, cairan, elektrolit dan keseimbangan asam basa, eliminasi, proteksi, dan sensasi serta fungsi neurologi sebagai efek dari gangguan fungsi endokrin yang ada hubungannya dengan pasien. Periksa laboratorium yang berkaitan dengan fungsi endokrin.

(2) Pengkajian stimulus berkaitan dengan fungsi endokrin meliputi disfungsi kelenjar yang disebabkan oleh trauma, penyakit, keganasan, dsb; dan kondisi lingkungan. Beberapa masalah adaptasi yang menjadi diagnosa keperawatan berkaitan dengan fungsi endokrin adalah, peningkatan nafsu makan, kelelahan, penurunan energi, dsb. Pasien CHF yang disertai oleh gangguan fungsi endokrin akan memunculkan perilaku tidak efektif berkaitan dengan gangguan fungsi endokrin tersebut. Kondisi itu antara lain diabetes mellitus, hipertiroidisme, dsb. Perilaku tidak efektif yang mungkin ada adalah perasaan haus, lapar, sering kencing, tremor, dsb. Keadaan tersebut di stimulasi fokal oleh peningkatan gula darah kronik atau perubahan sekresi hormon endokrin, dan distimulasi kontekstual oleh kerusakan organ endokrin. Sedangkan stimulasi residualnya adalah penyakit, kondisi, faktor risiko yang berdampak terhadap perubahan fungsi endokrin. Maka masalah adaptasinya adalah tidak efektifnya pengaturan hormon endokrin Roy & Andrews (1999); Alligood & Tomey (2006) dan Ignatavicius & Workmann (2006).

2) Mode Konsep Diri (the self-concept mode).

Model konsep diri berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Klien memerlukan perasaan stabil terhadap harga diri, maupun perasaan bahwa mereka dihargai oleh orang lain. Kebutuhan harga diri berhubungan dengan keinginan terhadap kekuatan, pencapaian, rasa cukup, kompetensi, rasa percaya diri dan kemerdekaan. Jika konsep diri klien mengalami perubahan karena penyakit atau cedera, tindakan perawatan spesifik bergantung pada sistem dukungan dan kepribadian pasien. Jika tingkat harga diri pasien sangat rendah berarti mereka gagal untuk merawat diri mereka sendiri, perawat mungkin harus membantu memenuhi kebutuhan lain seperti kebutuhan nutrisi, keselamatan dll,

sementara juga mengambil langkah untuk meningkatkan harga diri klien (Perry & Potter, 2005)

(1) Pengkajian prilaku tentang mode konsep diri meliputi hal yang dilaporkan terkait bagaimana seseorang merasakan dirinya (body sensation), bagaimana seseorang memandang dirinya (body image), apakah ada perubahan penampilan, respon yang diberikan terhadap situasi (self-consistency), apa yang akan dilakukan terhadap dirinya (self-ideal), dan apa kepercayaan yang dimilikinya (moral-ethical-spiritual self), misalnya kepercayaan klien tentang keperawatan, kepatuhan terhadap program pengobatan, tingkat motivasi. Apakah ada perasaan takut akibat kehilangan kemampuan tubuh dan perasaan tidak berdaya.

(2) pengkajian stimulusnya meliputi pengkajian tentang tumbuh kembang, pembelajaran, reaksi terhadap orang lain, persepsi, krisis maturasi, strategi koping. Beberapa masalah adaptasi yang menjadi bagian dari diagnosa keperawatan pada mode konsep diri adalah gangguan citra tubuh, disfungsi seksual, kehilangan, kecemasan, ketidakberdayaan, rendah diri, dsb.

Banyak pasien yang tidak mampu beradaptasi dengan penyakit yang dialaminya. Ketidakmampuan itu menurut Ignatavicius & Workmann, dapat dimunculkan dengan adanya rasa kecemasan dan ketidak-berdayaan terhadap penyakit dan pengobatannya. Hal itu distimulasi oleh, kurangnya pengetahuan tentang penyakit sebagai stimulasi fokal dan kurangnya terpaparnya informasi tentang penyakit, pengobatan, dan perawatannya sebagai stimulasi kontekstual. Sedangkan stimulasi residualnya adalah usia lanjut dan penyakit kronis. Maka masalah adaptasi yang muncul adalah ketidakberdayaan dan kecemasan.

3) Mode Fungsi Peran (the role function mode).

Mode fungsi peran mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam berhubungan dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder, tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya.

(1). Pengkajian prilaku tentang mode fungsi peran menurut Roy & Andrews (1999); Alligood & Tomey (2006), meliputi hal-hal yang dapat diamati dan dilaporkan berkaitan dengan pengalaman sehat dan sakit yang berdampak terhadap penampilan peran seseorang ditengah masyarakat. Pengkajiannya meliputi pengkajian instrumental seperti belajar, bekerja, menulis,

dsb, dan ekspresif seperti bermain dalam kelompok, mengungkapkan perasaannya dengan orang tua, dsb.

(2) Pengkajian stimulus terdiri dari pengkajian stimulus instrumental dan ekspresif. Keduanya memfokuskan pada pengkajian tentang keberadaan diri (consumer), penghargaan (reward), akses terhadap fasilitas, kerjasama/kolaborasi. Masalah adaptasi yang menjadi bagian dari diagnosa keperawatan pada mode ini antara lain ketidak-efektifan transisi peran, konflik peran, dan kejauhan peran. Pasien CHF dengan kelas fungsional tertentu biasanya dirawat di rumah sakit. Stimulasi dari kondisi ini menyebabkan seseorang tidak bisa berperan sebagai orang tua, kakek/nenek, dsb. Kondisi ini juga menstimulasi orang untuk tidak bisa bekerja, tidak bisa belajar, dsb. Oleh karena itu, bila pasien CHF dirawat di rumah sakit maka masalah adaptasinya adalah konflik peran

4) Mode Interdependensi (the interdependency mode).

Pada mode ini perawat mengobservasi kemandirian klien dalam melakukan semua aktivitas, keseimbangan antara kemampuan memberi dan menerima, kecemasan karena penyakit, perasaan kesepian.

(1) pengkajian perilaku terhadap mode interdependensi meliputi hasil pengamatan dan laporan subjektif tentang orang lain yang bermakna, respon memberi pada orang lain, respon menerima dari orang lain, sistem pendukung.

(2) Pengkajian stimulus terhadap mode interdependensi meliputi kebutuhan untuk mencintai dan menerima cinta, kasih sayang, perhatian, dan nilai; harapan dari suatu hubungan, penerimaan kebutuhan, keahlian interaksi, pengetahuan tentang pertemanan, dan perkembangan usia dan kerja. Pada pasien CHF biasanya merasa sendiri karena dibatasinya keluarga untuk masuk dan berkunjung di ruangan, dan kadang-kadang tidak adanya keluarga yang memberi perhatian khusus. Masalah adaptasi dari mode interdependensi yang menjadi diagnosa keperawatan adalah kesepian.

DAFTAR PUSTAKA

Araich, M. (2001), Roy' Adaptation Model : Demonstration of Theory Integration into Process of Care in Coronary Care Unit, Nursing Web Journal

Chulay, M. C., Burns, S. M, (2006), AACN : Essentials of Critical Care Nursing, International Edition, San Fransisco : McGraw-Hill.

Craven, R.F & Himle. C.J. (2000). Fundamental of nursing human health &function (3 rd ed). Philadelphia. J.B. Lippincot Company

Roy, S. C., Andrews, H. A, (1999), The Roy Adaptation Model : The Defenitive Statement, California : Appleton & Lange



Daftar Pustaka

Becker, R.(2015). *Fundamental Aspects of Paliatif care Nursung: An Evidence-Based Ahndbook for Student Nurses 2nd Edition*. Andrewa UK Limited

Carr & Johnson. 2005. *Prosedur Perawatan Di Rumah*. Jakarta : EGC.

Connor. (2009). *Hospice and Palliative Care*. Oxford University Press: New York

- Depkes, RI. 2002. Pengembangan Model Praktek Pelayanan Mandiri keperawatan. Pusgunakes. Jakarta
- Departemen Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif.
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Departemen Kesehatan, RI. 2007. Home Care : Bukti Kemandirian Perawat. Makalah dipresentasikan pada Seminar Nasional Craven, R.F., & Hirnle
- Kementerian Kesehatan R. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Kemenkes RI, Jakarta; 2014.
- Ngakili, O. R. and Mulyanto, P. M. (2016) 'Persepsi Tenaga Kesehatan Terhadap Pentingnya Keberadaan *Hospice Care* Untuk Pasien Kanker Stadium Terminal di RSUP Fatmawati Jakarta'.
- Oliver, D.P., Demiris, G., WittenbergLyles, E., Washington, K., & Porock, D. (2010). *Recruitment challenges and strategies in a home based telehealth study. Telemedicine and e-Health*, 16(7), 839-843. doi: 10.1089/tmj.2010.0017
- Tribowo. (2012). Metodologi penelitian keperawatan dan teknik analisis data. Jakarta : Salemba Medika.
- Williams & wilkins Crisp, J., & Taylor, C. (2001). Potter & perry's fundamentals of nursing. Australia: Harcourt Health Sciences.



Universitas
Esa Unggul