

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit ginjal kronis (PGK) merupakan kondisi yang ditandai dengan hilangnya fungsi nefron secara progresif dan *irreversibel*. Hal ini ditandai dengan penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) kurang dari 60 mL/menit/1,73 m<sup>2</sup> yang persisten selama 3 bulan atau lebih (Vaidya & Aeddula, 2024). Prevalensi PGK meningkat pesat secara global yaitu sebesar 33% antara tahun 1990 hingga 2017 serta mempengaruhi lebih dari 700 juta individu (Francis et al., 2024). Pada stadium akhir PGK, pasien memerlukan terapi pengganti ginjal untuk mempertahankan kehidupan dan paling umum pasien memilih hemodialisis (Bello et al., 2022). Hemodialisis (HD) menunjang kelangsungan hidup tetapi terapi ketat dialisis mingguan serta pembatasan diet khusus dan cairan harian dapat berdampak pada aktivitas dan kualitas hidup pasien (Bakhsh & Mahallawi, 2025). Kondisi ini dapat menimbulkan dampak psikososial bagi pasien.

Dampak psikososial yang dialami pasien HD telah diidentifikasi melalui berbagai studi empiris. Gangguan psikososial yang dijumpai paling signifikan adalah depresi, kecemasan, serta keterbatasan dalam partisipasi sosial dan aktivitas komunitas (Bakhsh & Mahallawi, 2025); (Ramasamy et al., 2025). Studi di Albania pada 107 pasien HD, mengidentifikasi prevalensi kecemasan mencapai 85,98% dan depresi 84.11% (Elezi et al., 2023); studi di Cina pada 160 pasien HD, mengidentifikasi prevalensi isolasi sosial sekitar 38.8% (Chen et al., 2025); sedangkan di Indonesia, sekitar 29% mengalami kecemasan dan 41.9% dengan depresi yang berdampak pada isolasi diri dan pembatasan partisipasi sosial (Darayani et al., 2023). Prevalensi yang tinggi ini, menunjukkan bahwa gangguan psikososial pada pasien HD menjadi fenomena universal.

Prevalensi gangguan psikososial yang tinggi tidak terlepas dari interaksi berbagai faktor melalui mekanisme kompleks. Faktor-faktor psikososial termasuk pengetahuan, motivasi, koping, dukungan keluarga, dan dukungan tenaga kesehatan secara simultan mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap program HD (Rondhianto et al., 2024). Studi empiris dari studi pada 95 pasien HD, menunjukkan depresi secara signifikan berkorelasi negatif dengan kepatuhan, kualitas hidup dan dukungan sosial; sebaliknya,



dukungan sosial secara signifikan berkorelasi positif dengan kepatuhan, kepuasan pengobatan dan kualitas hidup (Reyes et al., 2021). Lebih lanjut, studi meta-analisis menegaskan bahwa intervensi psikososial terbukti mengurangi depresi dan kecemasan hingga meningkatkan kualitas hidup pasien (Barello et al., 2023). Hal ini mengindikasikan perlunya kerangka teoritis yang mengintegrasikan adaptasi biologis, psikologis, dan sosial pasien secara holistik.

Model Adaptasi Roy oleh Sister Callista Roy pada tahun 1976, menawarkan kerangka konseptual yang komprehensif untuk mengatasi kompleksitas masalah psikososial pada pasien HD. Model ini mengidentifikasi empat mode adaptasi (fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi) yang saling berhubungan membentuk sistem adaptif biopsikososial (Callis, 2020). Tinjauan terhadap studi intervensi berbasis Model Adaptasi Roy pada pasien HD menunjukkan konsistensi temuan di berbagai konteks. Studi *randomized controlled trial* pada 60 sampel di Iran mengidentifikasi perbaikan signifikan ( $p < 0.05$ ) pada parameter gejala somatik, kecemasan, depresi, insomnia dan disfungsi sosial (Nobahar et al., 2020). Hasil serupa dilaporkan oleh El.Gawab et al., (2022) dalam *quasi-experimental study* dengan 105 sampel di Mesir, yang menunjukkan peningkatan signifikan pada keempat mode adaptasi Roy dengan total mean score naik dari  $218 \pm 40.3$  menjadi  $246 \pm 39.2$ . Temuan ini menunjukkan efektivitas Model Adaptasi Roy dalam praktik keperawatan hemodialisis.

Secara konseptual, adaptasi psikososial dan status fisiologis pada pasien HD merupakan dua dimensi yang saling terkait dalam mempertahankan keseimbangan adaptif. Respons adaptasi psikososial yang muncul pada mode konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi berpotensi memengaruhi respons fisiologis pasien melalui mekanisme adaptasi yang kompleks dan dinamis. Interaksi ini dibentuk oleh berbagai faktor individual dan kontekstual yang berkontribusi terhadap variasi pola adaptasi pasien. Oleh karena itu, hubungan antara adaptasi psikososial dan status fisiologis perlu dipahami sebagai suatu proses integratif dalam kerangka Model Adaptasi Roy yang menjadi landasan konseptual penting untuk memaknai proses adaptasi pasien HD utuh.



## B. Kesenjangan Penelitian

### 1. Identifikasi Kesenjangan

Efektivitas Model Adaptasi Roy dalam meningkatkan adaptasi psikososial pasien HD telah banyak dilaporkan, namun kajian yang menelaah pola interaksi antara respons adaptasi psikososial dan status fisiologis pasien masih terbatas. Literatur yang ada cenderung menitikberatkan pada evaluasi hasil intervensi, tanpa menguraikan secara deskriptif dari karakteristik respons adaptasi psikososial (adaptif dan maladaptif) pada mode konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi, serta keterkaitannya dengan status fisiologis. Akibatnya, mekanisme interaksi antara dimensi psikososial dan fisiologis dalam proses adaptasi pasien HD belum tergambar secara sistematis dan komprehensif dalam literatur yang tersedia.

### 2. Keunikan Case

Keunikan kasus pada *case series* ini terletak pada:

- a) Mewakili pasien HD dengan latar belakang sosial, ekonomi dan dukungan keluarga yang bervariasi
- b) Menunjukkan keterkaitan antar mode pada dimensi psikososial
- c) Memberikan gambaran holistik keterkaitan antara gangguan psikososial dengan status fisiologis.

## C. Tujuan Penelitian

1. Menganalisis respons adaptasi psikososial pasien HD pada mode konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi berdasarkan kerangka Model Adaptasi Roy.
2. Mengkaji keterkaitan antara respons adaptasi psikososial dengan status fisiologis pasien HD.
3. Memberikan dasar konseptual dalam memahami pola interaksi antara respons adaptasi psikososial dan status fisiologis pasien, sehingga mendukung perencanaan intervensi keperawatan yang lebih strategis, terarah, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.



## BAB II

### TINJAUAN LITERATUR

#### A. Hemodialisis pada Penyakit Ginjal Kronis Stadium Akhir

##### 1. Tinjauan tentang Hemodialisis

Penyakit ginjal kronis merupakan kondisi progresif di mana nefron mengalami kerusakan struktural dan fungsional secara bertahap. PGK pada stadium akhir (PGK G5D) mengindikasikan fungsi ginjal telah hilang lebih dari 90% dimana GFR yang persisten di bawah 15 mL/menit/1,73 m<sup>2</sup> selama lebih dari 3 bulan (Stevens et al., 2024). Pada stadium akhir ini, ginjal kehilangan kemampuan untuk mengekskresi uremik toksin (ureum, kreatinin, asam urat, fosfat); mengatur keseimbangan elektrolit (kalium, natrium, kalsium, magnesium); atau mempertahankan pH darah optimal, sehingga mengakumulasi zat-zat beracun yang merusak organ vital lainnya seperti jantung, otak, dan sistem saraf perifer (Lim et al., 2021). Oleh karena itu dibutuhkan terapi modalitas untuk mengganti fungsi ginjal.

Hemodialisis adalah terapi pengganti ginjal yang paling banyak digunakan pasien PGK stadium akhir dan bekerja melalui tiga mekanisme utama. Pertama, difusi yaitu proses memindahkan molekul uremik kecil dari darah ke dialisat melalui membran semipermeabel berdasarkan gradien konsentrasi. Kedua, ultrafiltrasi yaitu proses mengeluarkan kelebihan cairan dan solut melalui perbedaan tekanan transmembran. Ketiga, konveksi yaitu proses mengangkut solut bermolekul sedang hingga besar bersama aliran cairan melalui membran yang permeabel. Aliran darah dan dialisat yang bergerak berlawanan arah sepanjang dialiser memaksimalkan gradien konsentrasi dan efisiensi pertukaran (Fadem, 2023). Efektivitas proses-proses tersebut, salah satunya sangat bergantung pada kualitas akses vaskular yang digunakan.

Akses vaskular merupakan komponen penting dalam proses hemodialisis dan harus dipilih berdasarkan prinsip yang tepat bagi masing-masing pasien. Pemilihan akses yang optimal bertujuan untuk mencapai adekuasi dialisis dimana pada pasien yang menjalani HD tiga sesi per minggu diharapkan mencapai target Kt/V 1,2 per minggu (Rocco et al., 2015). *Arteriovenous Fistula* (AVF) tetap menjadi standar emas karena memberikan aliran yang stabil, risiko trombosis yang rendah, serta patensi



jangka panjang yang baik. *Arteriovenous Graft (AVG)* menjadi alternatif ketika pembuluh darah tidak memadai untuk pembuatan AVF, sedangkan *Central Venous Catheter (CVC)* digunakan hanya untuk akses sementara karena risiko infeksi dan stenosis yang lebih tinggi. Pemilihan jenis akses harus disesuaikan dengan kondisi klinis pasien dimana pada pasien lanjut usia atau dengan komorbiditas berat, penggunaan AVG atau CVC dapat lebih tepat dibandingkan memaksakan pembuatan AVF (Trerotola, 2020).

## 2. Epidemiologi Pasien Hemodialisis Global dan Lokal

Pelayanan terapi pengganti ginjal telah terintegrasi secara luas dalam sistem kesehatan global. Analisis sistematis global pada tahun 2023 melaporkan 4,59 juta kasus terapi pengganti ginjal dengan prevalensi 50,7 per 100.000 penduduk, menunjukkan peningkatan 38% sejak tahun 1990 dan didominasi oleh etiologi diabetes melitus (DM) serta hipertensi (Rafferty et al., 2025). Hemodialisis menjadi pilihan modalitas yang paling dominan, dimana dari 165 negara yang disurvei sekitar 162 negara (98%) menyediakan layanan hemodialisis (Bello et al., 2024). Namun, terdapat variasi global yang signifikan dalam pemanfaatan, ketersediaan, akses, kualitas, dan keterjangkauan hemodialisis, dimana tingkat penggunaan terendah terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah (Htay et al., 2021).

Dalam laporan *Indonesian Renal Registry (IRR)* tahun 2020 tentang hemodialisis, tercatat peningkatan kasus baru dari 15.128 (pada tahun 2013) menjadi 66.433 (pada tahun 2018) dan kemudian menjadi 61.786 (pada tahun 2020). Jumlah pasien aktif saat ini meningkat dari 21.759 (pada tahun 2013) menjadi 135.486 (pada tahun 2018) dan 130.931 (pada tahun 2020) sehingga menghasilkan tingkat prevalensi 499 per juta penduduk dan tingkat insidensi 251 per juta penduduk (IRR, 2020). Besarnya populasi pasien hemodialisis menghadirkan kompleksitas tantangan dalam pengelolaan terapi jangka panjang.

Berbagai kondisi dapat menjadi etiologi PGK stadium akhir, sehingga pasien memerlukan terapi dialisis. Penyebab paling umum adalah diabetes melitus dan hipertensi, sedangkan faktor lain yang juga dapat menimbulkan kebutuhan dialisis mencakup glomerulonefritis, kelainan genetik, efek obat, penyakit kardiovaskular, penyakit multisistem, obstruksi saluran kemih, infeksi, dan *Acute Kidney Injury (AKI)*



(Noble & Taal, 2019). Di Indonesia sendiri, hipertensi (35%) menjadi etiologi paling utama kemudian diikuti diabetes melitus (29%) serta etiologi lainnya seperti glomerulopati primer, nefropati obstruksi, *systemic lupus erythematosus*, pielonefritis kronik, asam urat dan ginjal polikistik (IRR, 2020). Seiring meningkatnya prevalensi berbagai etiologi tersebut, diperkirakan jumlah pasien yang menjalani dialisis akan mencapai 5,5 juta pada tahun 2030 (Filipska et al., 2021). Peningkatan jumlah pasien dialisis ini akan menambah beban fisik, emosional, dan sosial yang harus dihadapi pasien.

### 3. Dampak Psikososial pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis

Hemodialisis memberikan dampak signifikan terhadap kehidupan pasien. Prosedur ini menjadi pengalaman yang sangat berat dan mengubah hidup pasien secara permanen karena berlangsung seumur hidup serta memengaruhi berbagai aspek kehidupan psikologis dan sosial pasien (Ramírez-García et al., 2025). Depresi dan kecemasan dilaporkan sebagai kondisi psikologis paling umum sedangkan dukungan sosial dianggap dapat mengurangi dampaknya (Amoako & Owusu-Ansah, 2021). Apabila pasien tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi, maka berisiko menurunkan kepatuhan terhadap regimen pengobatan, peningkatan angka hospitalisasi, morbiditas, dan bahkan risiko mortalitas yang lebih tinggi (Saguban et al., 2025). Oleh karena itu, penanganan aspek psikologis dan sosial pasien hemodialisis menjadi salah satu prioritas penting dalam asuhan keperawatan.

#### a. Aspek Psikologis: Depresi dan Kecemasan

Depresi dan kecemasan merupakan dampak psikologis paling signifikan dialami pasien HD, berkembang secara bertahap sebagai respons terhadap berbagai stresor yang menyertai perjalanan penyakit. Stresor utama mencakup keharusan menyesuaikan aktivitas sesuai kemampuan fisik, membatasi asupan cairan, dan menjalani diet khusus untuk memastikan efektivitas terapi hemodialisis (Shouket et al., 2022). Pada fase awal terapi, pasien umumnya mengalami ketidaknyamanan fisik selama prosedur dan kekhawatiran terhadap risiko infeksi (Liu et al., 2025). Dengan progresivitas penyakit dan durasi perawatan yang berkelanjutan, distress psikologis berkembang menjadi manifestasi yang lebih kompleks meliputi kecemasan berkaitan dengan



mortalitas, perasaan bersalah karena ketergantungan pada orang lain, dan penurunan harga diri yang pada beberapa kasus dapat berkembang menjadi depresi (Ibrahim et al., 2023).

b. Aspek Sosial

Selain mengalami masalah psikologis, pasien HD juga menghadapi perubahan besar dalam kehidupan sosial mereka, termasuk perubahan peran sosial, peningkatan ketergantungan pada orang lain, dan berkurangnya kemampuan untuk berpartisipasi dalam kegiatan komunitas (Demir Çam & Uzun, 2024). *Fatigue* dan *pruritus* merupakan hambatan paling signifikan terhadap aktivitas kehidupan sehari-hari dan partisipasi sosial pasien. Hal yang menarik adalah temuan bahwa partisipasi pasien di luar rumah lebih tinggi dibandingkan di dalam rumah. Fenomena ini berkaitan dengan stigma menjadi beban keluarga, sementara situasi pada lingkungan publik memungkinkan pasien mempertahankan identitas sosial yang normal yang diperkuat oleh kebutuhan ekonomi untuk melanjutkan peran sebagai pencari nafkah (Ge et al., 2025).

## B. Pendekatan Model Adaptasi Roy

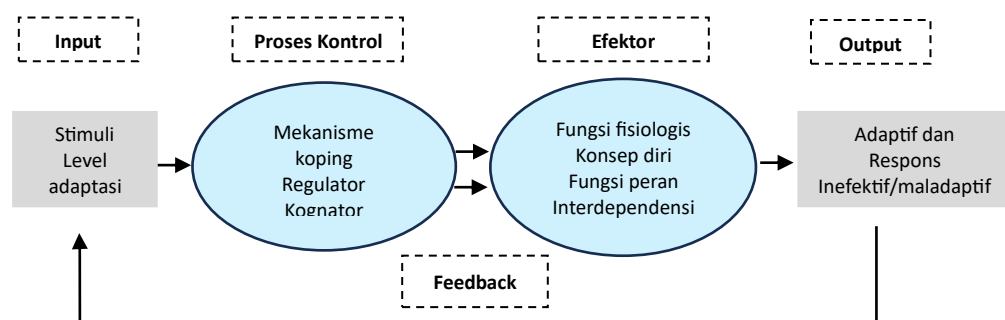
Model Adaptasi Roy memandang bahwa esensi ilmu keperawatan terletak pada kajian mengenai bagaimana individu beradaptasi terhadap berbagai situasi dan kondisi yang dialami sepanjang kehidupannya. Model ini memberikan kerangka bagi perawat untuk mendukung pasien dalam menyesuaikan diri menghadapi berbagai tantangan kesehatan, serta meningkatkan kemampuan pasien beradaptasi terhadap rangsangan atau stimulus yang memengaruhi dirinya. Respons adaptasi tersebut terwujud dalam empat mode utama, yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi, yang menjadi fokus intervensi keperawatan untuk mencapai tingkat adaptasi yang optimal (Callis, 2020).

Mode fisiologi berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya yang terdiri atas sirkulasi, respirasi dan ventilasi, eliminasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, perlindungan kulit, istirahat, fungsi saraf, fungsi sistem endokrin, dan sensori. Mode konsep diri (*self concept*) dititikberatkan pada persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan meliputi *physical self* (perasaan, sensasi, penampilan dan pandangan diri) dan



*personal self* (konsistensi diri, ideal diri dan moral etis spiritual diri). Mode fungsi peran (*role function*) ditekankan pada psikososial dalam menjalani peran sebagai individual dan sosial yang ditampilkan melalui perilaku adaptif dan respon afektif atau reaksi emosional. Mode interdependensi difokuskan pada hubungan yang berkaitan antara kebutuhan memberi dan menerima cinta, perhatian dan nilai (Alligood, 2017).

Asuhan keperawatan menurut Roy, dapat diterapkan pada individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat sebagai *holistic adaptive system* yang mengintegrasikan seluruh aspek secara utuh. Sistem ini merupakan kesatuan yang saling terkait dan saling bergantung antar komponennya untuk mencapai tujuan bersama yang dimulai dari proses input, output, kontrol, serta umpan balik. Dalam praktik keperawatan, manusia dipahami sebagai sistem adaptif (Gambar 1) yang menerima input dari lingkungan berupa informasi, materi, atau energi. Input ini dikategorikan menjadi stimulus fokal, kontekstual, dan residual, yang kemudian diproses melalui mekanisme koping meliputi regulator (kimia, neural, dan endokrin) serta kognator (pemrosesan informasi, penilaian, dan respons emosional). Hasil dari proses kontrol ini terproyeksi pada empat mode adaptasi, yang dapat dievaluasi sebagai output adaptif maupun maladaptif (Alligood, 2017).

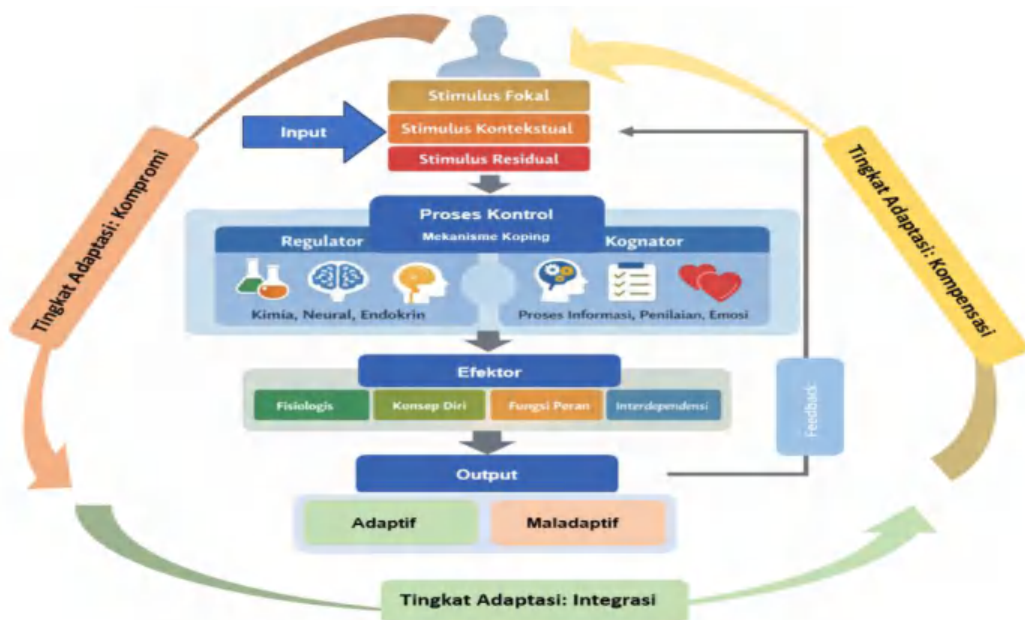


Gambar 1. Manusia Sebagai Sistem Adaptif

Dalam Model Adaptasi Roy, tingkat adaptasi adalah keadaan keseluruhan sistem adaptif sebagai hasil interaksi antara stimulus, mekanisme koping, dan respons perilaku (Gambar 2). Tingkatan ini mencerminkan seberapa jauh sistem mampu mempertahankan integritas dan mencapai tujuan kesehatan. Tingkat adaptasi Roy terdiri atas integrasi, kompensasi, dan kompromi, yang merefleksikan keberhasilan sistem adaptif dalam mempertahankan integritas



biologis-psikososialnya di bawah pengaruh stimulus internal maupun eksternal (Jennings, 2017).



Gambar 2. Tingkat Adaptasi Menurut Roy

### 1. Integrasi (*integrated level*)

Tingkat terintegrasi merupakan kondisi adaptasi optimal dimana struktur, fungsi, dan proses kehidupan bekerja secara keseluruhan untuk memenuhi kebutuhan hidup manusia. Pada tingkat ini, sistem adaptif berfungsi dengan keseimbangan penuh dan individu mampu mempertahankan integritas dalam menghadapi stimulus lingkungan tanpa memerlukan aktivasi mekanisme coping tambahan.

Pada tingkat terintegrasi, baik subsistem regulator (neural, kimia, dan endokrin) maupun subsistem kognator (kognitif dan emosional) berfungsi dengan optimal dan terintegrasi. Sistem adaptif bekerja secara otomatis dan efisien, sehingga individu dapat merespons stimulus lingkungan dengan adaptasi yang efektif tanpa memerlukan upaya kompensasi khusus.

Tingkat adaptasi integrasi ditandai dengan beberapa karakteristik penting:



Aspek fisiologis: proses kehidupan tampak stabil seperti pernapasan normal, oksigenasi adekuat, nutrisi seimbang, eliminasi teratur; keseimbangan aktivitas dan istirahat yang optimal; serta fungsi tubuh bekerja secara harmonis tanpa gangguan yang signifikan.

- b. Aspek Psikologis: Integritas psikis dan spiritual yang kuat; konsep diri positif dan rasa percaya diri yang baik; serta kemampuan memaknai pengalaman hidup secara konstruktif.
- c. Aspek Sosial: Hubungan interpersonal yang sehat dan saling mendukung; kemampuan melaksanakan peran primer, sekunder dan tersier dengan baik; serta rasa hormat dan nilai saling menghargai dalam relasi sosial (Callis, 2020); (Ursavaş et al., 2014).

2. Kompensasi (*compensatory level*)

Tingkat kompensasi terjadi ketika mekanisme koping diaktifkan sebagai respons terhadap tantangan atau stresor yang melebihi kapasitas adaptasi normal individu. Beberapa kondisi yang dapat mengaktifkan mekanisme kompensasi meliputi stres emosional, transisi kehidupan, gangguan fisik ataupun perubahan lingkungan.

Pada tingkat ini, terdapat gangguan atau ketidakseimbangan dalam sistem adaptif, namun individu masih mampu menyesuaikan diri melalui mekanisme kompensasi yang memadai dengan memicu subsistem regulator dan kognator untuk bekerja lebih keras guna mengatasi gangguan yang dialami. Dengan kata lain, ada respons usaha keras sistem untuk membangun kembali proses kehidupan yang terintegrasi dan mengembalikan adaptasi, meskipun dalam kondisi yang menantang.

Tingkat adaptasi kompensasi ditandai dengan beberapa karakteristik penting:

- a. Manifestasi kompensasi fisiologis: peningkatan laju pernapasan; akselerasi jantung sebagai respons terhadap stres; peningkatan hormon stres (kortisol); perubahan pola istirahat dan tidur; ketidaknyamanan fisik seperti nyeri gastrointestinal atau sakit kepala.
- b. Manifestasi kompensasi psikologis: penggunaan mekanisme pertahanan diri; perubahan perilaku koping; penerimaan terhadap kondisi baru dengan usaha mental yang lebih besar; kecemasan atau perasaan tertekan yang masih dapat dikelola.
- c. Manifestasi kompensasi sosial: pencarian dukungan sosial tambahan; penyesuaian peran sosial; pencarian bantuan profesional untuk mengatasi masalah (Callis, 2020).



### 3. Kompromi (*compromised level*)

Tingkat kompromi adalah kondisi adaptasi yang gagal dimana proses kehidupan yang terintegrasi dan kompensasi tidak memadai, sehingga menghasilkan masalah adaptasi yang serius. Pada tingkat ini, mekanisme kompensasi yang ada tidak lagi cukup untuk mengatasi stresor yang berkelanjutan atau intensitas stresor yang meningkat, dan individu mengalami respons yang tidak efektif. Tingkat kompromi berkembang ketika sistem adaptif mengalami kegagalan dalam mempertahankan integritas, sehingga individu harus melakukan kompromi untuk mempertahankan fungsinya meskipun dalam keadaan kurang ideal. Kondisi ini menandakan bahwa kapasitas coping individu telah terlampaui.

Tingkat adaptasi kompromi ditandai dengan beberapa karakteristik penting:

- a. Manifestasi fisiologis yang signifikan: hipoksia atau gangguan pernapasan yang tidak terkontrol; malnutrisi dan penurunan status nutrisi yang bermakna; gangguan keseimbangan elektrolit; infeksi berulang; kelelahan ekstrem yang tidak teratasi.
- b. Manifestasi psikologis yang signifikan: depresi kronis yang tidak responsif terhadap intervensi sederhana; kecemasan yang tidak terkontrol; hilangnya makna hidup atau harapan; risiko bunuh diri; gangguan konsep diri yang parah.
- c. Manifestasi sosial yang signifikan: isolasi sosial dan penarikan diri dari hubungan; kehilangan peran sosial dan ketergantungan total pada orang lain; ketidakpatuhan terhadap rencana perawatan; penurunan drastis dalam kualitas hidup (Callis, 2020).

### C. Patomekanisme Dimensi Psikososial dan Fisiologis dengan Pendekatan Model Adaptasi Roy

Dimensi psikososial merupakan aspek krusial yang sering terabaikan dalam adaptasi pasien HD karena dalam praktik klinis lebih fokus pada aspek fisiologis. Menurut Model Adaptasi Roy, gangguan psikososial pada pasien HD mencakup permasalahan pada mode konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi, yang muncul sebagai respons terhadap stres kronis dan perubahan hidup yang signifikan akibat ketergantungan pada dialisis (El.Gawab et al., 2022). Gangguan psikososial ini tidak hanya menurunkan kualitas hidup pasien, tetapi juga berkontribusi terhadap



rendahnya kepatuhan regimen pengobatan, memburuknya outcome klinis, serta meningkatnya angka mortalitas. Oleh karena itu, integrasi dimensi psikososial dalam proses adaptasi pasien HD menjadi kunci pengembangan intervensi keperawatan holistik dan berbasis teori.

## 1. Mode Konsep Diri

Mode konsep diri didefinisikan sebagai totalitas keyakinan, perasaan, serta persepsi individu terhadap eksistensi dirinya pada suatu waktu tertentu. Pada populasi pasien HD, mode ini sering kali mengalami gangguan signifikan akibat kompleksitas PGK yang tidak hanya menyerang fisik, tetapi juga mengubah identitas dan peran sosial pasien. Roy mengklasifikasikan konsep diri ke dalam dua komponen fundamental yaitu *physical self* dan *personal self* (El.Gawab et al., 2022).

### a. *Physical Self*

Bagian ini menggambarkan bagaimana pasien melihat penampilan dan merasakan apa yang terjadi pada tubuhnya.

#### 1) *Body Sensation* (Sensasi Tubuh)

Aspek ini berkaitan dengan kemampuan pasien dalam menginterpretasikan sinyal-sinyal fisik yang muncul akibat proses penyakit maupun terapi HD seperti *fatigue*, *pruritus*, kram otot, atau sesak napas.

- Respons Adaptif: Pasien mampu mengenali edema pada ekstremitas sebagai indikator kelebihan cairan tubuh, yang kemudian direspons dengan perilaku pembatasan asupan cairan secara sadar. Pasien menerima rasa lelah sebagai batasan fisik yang wajar akibat penyakitnya, namun tetap mengelola energinya untuk aktivitas yang bermakna
- Respons Maladaptif: Mengabaikan adanya edema dan mengabaikan hubungan edema dengan perilaku minum. Menyerah pada rasa lelah sehingga menolak melakukan aktivitas fisik ringan (El.Gawab et al., 2022).

#### 2) *Body Image* (Citra Tubuh)

Citra tubuh adalah gambaran mental individu terhadap penampilan fisiknya. Pada pasien HD, perubahan fisik yang sangat nampak seperti hiperpigmentasi kulit, keberadaan akses vaskular (*AV shunt*), dan bekas tusukan jarum yang sering menjadi sumber stresor utama.



- Respons Adaptif: Penerimaan terhadap AV shunt sebagai *life line* atau penyambung hidup, serta tidak ada rasa malu untuk memperlihatkan area akses vaskular.
- Respons Maladaptif: Perasaan jijik, malu, atau persepsi bahwa tubuh telah cacat dan tidak lagi menarik (Yang, 2024).

b. *Personal Self*

Komponen ini berfokus pada evaluasi internal individu terhadap karakteristik kepribadian, harapan, serta nilai-nilai spiritual yang dianutnya.

1) *Self Consistency*

Konsistensi diri merujuk pada upaya individu untuk mempertahankan stabilitas identitas dirinya di tengah perubahan kondisi kesehatan.

- Respons Adaptif: Pasien mampu menerima penyakitnya tanpa kehilangan jati diri.
- Respons Maladaptif: Pasien merasa kehilangan arah dan identitas, merasa dirinya bukan siapa-siapa lagi karena ketidakberdayaan fisiknya.

2) *Self Ideal*

Aspek ini mencakup harapan atau standar pencapaian yang ditetapkan individu terhadap dirinya sendiri.

- Respons Adaptif: Penyesuaian target hidup yang realistis sejalan dengan keterbatasan energi fisik yang dimiliki.
- Respons Maladaptif: Penetapan standar yang tidak realistis, seperti memaksakan diri bekerja dengan intensitas tinggi seperti sebelum sakit (Yılmaz & Karabulutlu, 2023).

3) *Moral Ethical Spiritual Self*

Komponen ini mengeksplorasi sistem nilai, keyakinan, dan hubungan individu dan penciptanya, termasuk bagaimana pasien memaknai penderitaannya.

- Respons Adaptif: Memaknai penyakit secara positif, misalnya sebagai ujian kesabaran atau jalan untuk lebih dekat dengan Tuhan.
- Respons Maladaptif: Mengalami *spiritual distress*, di mana pasien merasa penyakitnya adalah hukuman Tuhan atau nasib buruk (El.Gawab et al., 2022).



## 2. Mode Fungsi Peran

Mode Fungsi Peran berfokus pada perilaku yang diharapkan dari seseorang sesuai posisinya di masyarakat. Pada pasien HD, peran ini mengalami guncangan hebat karena waktu yang tersita untuk menjalani hemodialisis, kelelahan fisik, dan ketergantungan pada mesin HD.

### a. *Primary Role*

Peran primer adalah identitas dasar seseorang berdasarkan tahap perkembangan usianya seperti menjadi dewasa produktif. Pasien hemodialisis sering merasa gagal memenuhi kodratnya sebagai orang dewasa yang mandiri karena fisik yang lemah dan harus dibantu keluarga.

- Respons Adaptif: Menerima kondisi sakit dengan tetap menjalankan tanggung jawab pada hal-hal yang lebih ringan.
- Respons Maladaptif: Tidak mampu melakukan aktivitas sesuai status usia dan perkembangan, menjadi *dependent*, kehilangan otonomi dan kontrol atas hidupnya.

### b. *Secondary Role*

Peran sekunder adalah tugas-tugas spesifik yang harus dijalankan seseorang berdasarkan posisinya, seperti peran sebagai ayah/ibu, suami/istri, atau pekerja. Pasien sulit mempertahankan pekerjaan atau peran di rumah karena jadwal HD.

- Respons Adaptif: Pasien berdiskusi dengan keluarga untuk membagi tugas baru atau mengambil alih tugas ringan di rumah saat tidak ada jadwal HD.
- Respons Maladaptif: Ketidakefektifan menampilkan peran sesuai posisinya sebagai suami/istri, orang tua, anak atau pekerja (Szu et al., 2021).

### c. *Tertiary Role*

Peran tersier adalah peran sementara yang dipilih secara bebas atau situasi sesaat, seperti peran sebagai pasien HD atau anggota komunitas pasien. Menjadi pasien adalah peran baru yang harus dipelajari. Ini mencakup kewajiban mematuhi diet, datang tepat waktu ke unit HD, dan merawat akses vaskular.

- Respons Adaptif: Menerima peran sebagai pasien yang bermitra dengan perawat. Bergabung dengan komunitas sesama pasien untuk saling menguatkan



- Respons Maladaptif: Konflik peran antara status sebagai pasien dengan tuntutan peran sosial lainnya (Yilmaz & Karabulutlu, 2023).

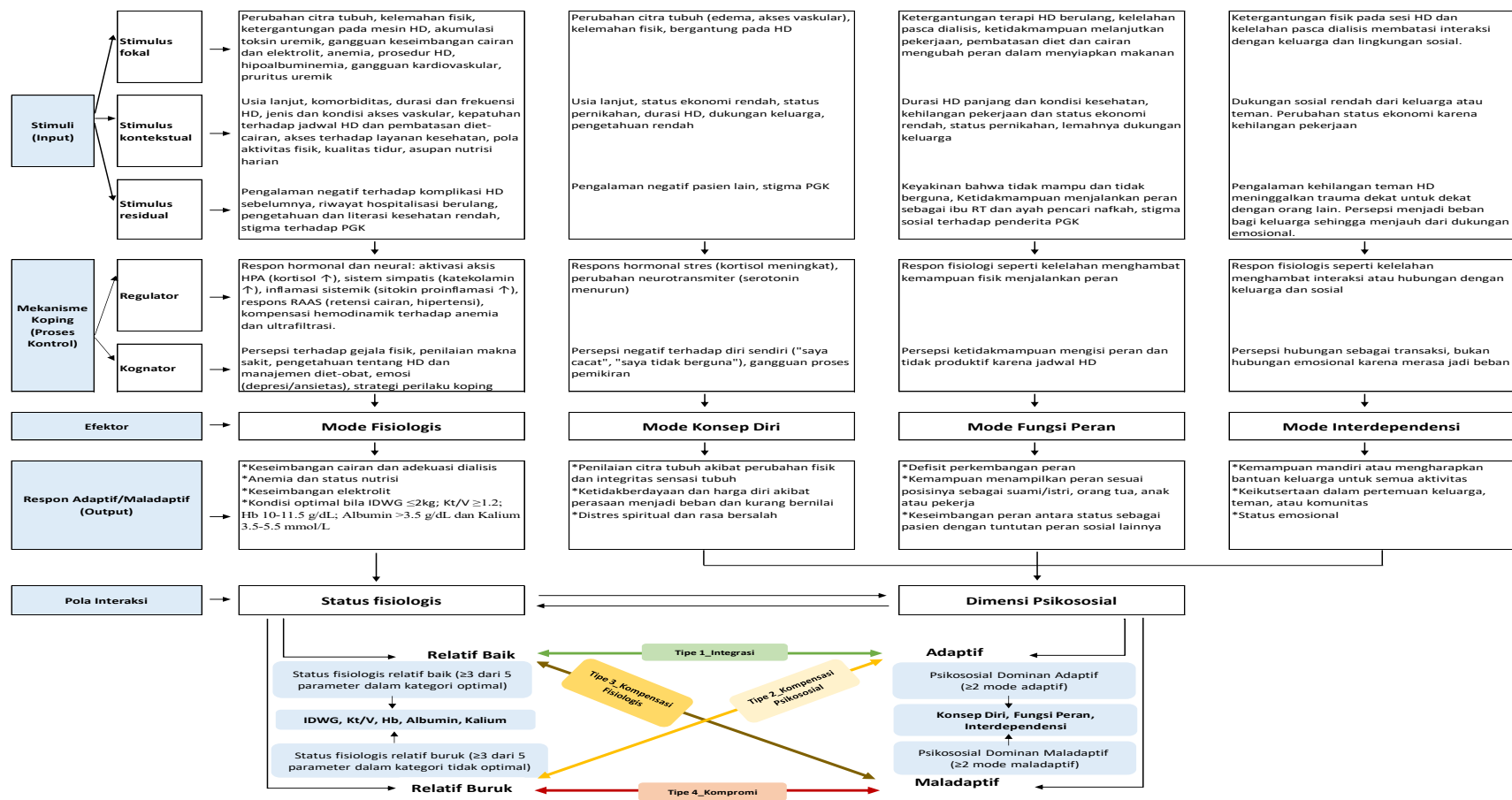
### 3. Mode Interdependensi

Mode interdependensi berfokus pada hubungan saling memberi dan menerima antara individu dengan orang lain (*support system*). Tujuannya adalah mencapai rasa aman dalam hubungan sosial melalui cinta, rasa hormat, dan nilai kebersamaan.

- Respons Adaptif:
  - ✓ Pasien mampu mengidentifikasi aktivitas yang dapat dilakukan secara mandiri dan meminta bantuan hanya pada aktivitas yang melebihi toleransi fisiknya
  - ✓ Pasien tetap memelihara kontak sosial dengan orang terdekat atau komunitas, namun menyesuaikan durasi dan intensitas aktivitas sesuai dengan tingkat energinya
  - ✓ Pasien mampu mengekspresikan perasaan cemas atau frustrasinya secara verbal (*asertif*) dan menerima dukungan emosional (*receptive behavior*) dengan sikap menghargai
- Respons Maladaptif:
  - ✓ Ketergantungan berlebihan pada keluarga dimana pasien selalu mengharapkan bantuan dapat memicu interaksi yang tidak efektif
  - ✓ Penarikan diri dari interaksi sosial dengan menghindari pertemuan keluarga, teman atau komunitas
  - ✓ Konflik relasi dengan orang terdekat dengan menunjukkan ketidakstabilan emosional, permusuhan, atau penolakan terhadap dukungan (Al Muchtari et al., 2023); (Alshraifeen et al., 2020).

Sistem adaptasi pada pasien HD secara keseluruhan diuraikan pada Gambar 3, yang memetakan dinamika proses adaptasi Model Roy. Proses dimulai dari input berupa stimuli yang memicu mekanisme kontrol internal (koping regulator dan kognator) yang kemudian bermanifestasi pada empat mode adaptasi. Interaksi antara dimensi sosial (Mode Konsep Diri, Fungsi Peran, dan Interdependensi) dengan Mode koping menghasilkan respon yang dapat bersifat adaptif atau maladaptif, dan membentuk pola-pola yang mencerminkan tingkat adaptasi pasien.





Gambar 3. Patomekanisme Pola Interaksi Respons Adaptasi Psikososial dan Status Fisiologis dengan Pendekatan Model Adaptasi Roy

(El.Gawab et al., 2022); (Yang, 2024); (Yilmaz & Karabulutlu, 2023); (Szu et al., 2021); (Al Muchtari et al., 2023); (Alshraifeen et al., 2020)

