

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Stroke atau CVD (*Cerebro Vaskuler Disease*) merupakan defisit neurologis secara mendadak susunan saraf pusat yang disebabkan oleh peristiwa iskemik atau hemoragik mempunyai etiologi dan patogenesis yang multi kompleks. Stroke menjadi penyebab utama kecacatan fisik atau mental pada usia lanjut maupun usia produktif dan dengan sifat-sifatnya tersebut, menempatkan stroke sebagai masalah serius di dunia (Hinkle & Cheever, 2014). Penyakit ini dapat mempengaruhi semua aspek kehidupan individu dan menimbulkan gejala sisa sehingga menyebabkan pasien dan keluarga belum dapat menanganinya (Abubakar & Isezuo, 2012).

Dari data *American Stroke Assosiation* (ASA) tahun 2014, setiap tahun di Amerika Serikat > 690.000 orang dewasa mengalami stroke (Kernan, et al, 2014) meningkat sesuai dengan usia dan diperkirakan jumlah pasien stroke akan meningkat sebesar 30% antara tahun 1983 dan 2023 (Prlic, Kadojic, & Kadojic, 2012). Di beberapa negara, stroke menjadi penyebab terbesar kematian ketiga setelah jantung dan kanker, dan menyebabkan kecacatan fungsional yang dapat mempengaruhi kualitas hidup (Almborg & Berg, 2009). Faktor resiko terjadinya peningkatan insiden stroke dipengaruhi oleh usia, jenis stroke dan penyakit penyerta lainnya serta kepatuhan terhadap terapi dan pencegahan (Kernan, et al, 2014). Faktor resiko lainnya adalah sosial masyarakat rendah, dan meningkat 60% dibandingkan dengan sosial masyarakat tinggi (Prlic, Kadojic, & Kadojic, 2012). Morbiditas terbesar stroke adalah adanya komplikasi akibat kerusakan neurologi, psikologi dan sosial yang mengakibatkan penurunan kesehatan serta resiko terjadinya kekambuhan (Kernan, et al, 2014).

Hasil dari data Riset Kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2013 menunjukkan penyakit stroke pada kelompok yang didiagnosis tenaga kesehatan atau gejala meningkat sesuai bertambahnya umur, tertinggi pada umur ≥ 75 tahun sebesar 67,0 %. Berdasarkan wilayah di Indonesia, angka kejadian stroke tertinggi di Sulawesi Selatan (17,9 %), DIY (16,9 %), Sulawesi Tengah (16,6 %) dan Sulawesi Utara (10,8 %) (Litbangkes, DepKes RI, 2013). Jika dilihat dari sosial ekonomi, prevalensi stroke lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah sebesar 32,8 %, pada daerah perkotaan sebesar 12,7 % dan pada masyarakat yang tidak bekerja sebesar 18 % (DepKes, 2013).

Manifestasi klinis dari stroke dilihat dari aspek fisik adalah kehilangan kemampuan motorik, gangguan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan disfungsi kandung kemih, secara psikologi ditemukan adanya depresi, kecemasan, masalah kognitif, perilaku dan penurunan emosi akibat kerusakan otak. Masalah sosial yang muncul akibat stroke antara lain isolasi sosial, perubahan peran dengan lingkungan dan beban biaya yang tinggi (Smeltzer, et al, 2010). Manifestasi klinis yang dapat muncul dari aspek fisik, psikologis dan sosial memerlukan penanganan secara cepat dan tepat pada fase rehabilitasi yang berdampak pada kualitas hidup. Pasien stroke yang memiliki keterbatasan fisik, kognitif dan sosial dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup (Prlic, Kadojic, & Kadojic, 2012).

Kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang kehidupan dalam konteks budaya dan nilai hidup untuk mencapai tujuan hidup. Kualitas hidup dapat juga didefinisikan sebagai perasaan seseorang untuk sejahtera dalam hidup, kemampuan untuk mengambil peran yang bermanfaat dan kemampuan untuk berpartisipasi (Prlic, Kadojic, & Kadojic, 2012). Menurut *World Health Organization* (WHO, 2014), kualitas hidup didefinisikan persepsi individu dalam konteks budaya dan sistem nilai, tujuan, harapan dan standar hidup

yang meliputi kesehatan fisik, status psikologis, tingkat ketergantungan dan hubungan sosial dengan pengukuran bervariasi dan berubah selama bertahun-tahun (Badaru, Ogwumike, & Adeniyi, 2014).

Kualitas hidup (*Quality of Life/ QOL*) merupakan indeks yang berhubungan dengan kesehatan untuk membantu memahami kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Kim, et al, 2015). Pengukuran kualitas hidup dengan menggunakan Medis Studi 36-item (*Short-Form/ SF-36*), merupakan laporan diri standar generik tentang status kesehatan untuk mengevaluasi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan fisik dan mental kehidupan (*Health Related Quality of Life/ HRQOL*) (Almborg A. B., 2009). Penilaian kualitas hidup pada pasien pasca stroke penting dalam praktek klinis, penelitian dan kebijakan kesehatan klinis serta evaluasi program (Kim, et al, 2015).

Metode penanganan stroke khususnya tahap pemulihan telah berkembang pesat (Sydney & Dorianne, 2012) dengan adanya kemajuan dalam perawatan fase akut (Kim, et al, 2015). Fokus manajemen pasien stroke adalah “*menambahkan tahun untuk hidup*” untuk “*menambahkan kehidupan ke tahun*”, artinya kualitas hidup dapat diukur dengan memperhatikan perkembangan kehidupan dan waktu untuk meningkatkan kehidupan (Sydney & Dorianne 2012). Oleh karena itu, salah satu tujuan dari rehabilitasi stroke adalah untuk meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan sehingga dapat mencapai tujuan dan kesejahteraan hidup pasien dan keluarga dengan perawatan *Palliative homecare* (Badaru, Ogwumike, & Adeniyi, 2014). Pendekatan terbaru dari perawatan *Palliative homecare* adalah pemberian tindakan transisi bertahap dengan menggabungkan perawatan *Palliative homecare* secara paralel dengan tindakan pengobatan secara bertahap (Gardiner, et al, 2014).

Evaluasi kualitas hidup pasien penting dalam penilaian hasil fisik, psikologis dan sosial dari penyakit. Pasien yang mencapai kualitas hidup baik akan memperoleh kembali ke situasi kehidupan normal sekarang dan akan datang. Penelitian oleh Niemi, (2000), dikatakan bahwa pasien pasca stroke yang memiliki keterbatasan fisik, psikologis dan sosial, mengalami kecacatan yaitu hemiparese atau kelemahan dari salah satu sisi tubuh dapat mencapai kualitas hidup meningkat dengan penekanan pada aktivitas fisik, hubungan keluarga dan lingkungan.

Palliative Homecare merupakan pelayanan kesehatan dan perawatan secara terpadu yang diberikan oleh tim kesehatan pada pasien di rumah. Perawatan *Palliative homecare* tidak harus dilihat sebagai alternatif layanan yang berkaitan dengan pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi pasien stroke tetapi harus dilihat sebagai tindakan penting dalam mengoptimalkan pengambilan keputusan dalam perubahan pemeliharaan kesehatan dan meminimalkan penderitaan (Gardiner, et al, 2014). Pelayanan Perawatan *Palliative homecare* ini dapat diberikan kepada pasien yang membutuhkan pelayanan keperawatan yang komprehensif di tatanan rehabilitasi medis (Baumann, et al, 2014). Layanan perawatan *Palliative homecare* mulai pada periode pasca stroke akut sampai stabil, dengan terapis fisik, terapi wicara, sedangkan perawat berfokus pada penilaian, pendidikan, dan intervensi terapi untuk mengoptimalkan dan melatih mobilisasi, aktivitas sehari-hari (*Activity Daily Living/ ADL*), penilaian kemampuan menelan, komunikasi dan evaluasi motorik (Gardiner, et al, 2014). Layanan perawatan *Palliative homecare* dapat meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke dengan memperpanjang kemampuan untuk hidup mandiri di rumahnya. Perawatan pasca stroke yang mendukung pasien dan perawat dapat memenuhi kebutuhan dan tuntutan pasien secara positif dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka. Oleh karena itu, meningkatkan layanan perawatan *Palliative*

homecare memberikan kesempatan untuk berinteraksi memungkinkan kolaborasi yang lebih efektif antara pasien, tenaga medis dan sosial.

Penelitian terkait yang telah dilakukan pada pasien dengan stroke yang memerlukan perawatan *Palliative homecare* diantaranya adalah : penelitian oleh Baumann, et al, (2014) bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman pasien setelah 2 tahun pasca stroke yang mendapat pelayanan perawatan *Palliative homecare* : (1) hubungan antara kualitas hidup dan karakteristik sosial ekonomi dan gangguan fungsional ; dan (2) hubungan antara kualitas hidup dan ketidakpuasan tentang pelayanan perawatan homecare (Baumann, et al, 2014). Hasilnya kualitas hidup dengan pendidikan dan pendapatan rendah memiliki gangguan fungsional dan kualitas hidup rendah, domain kualitas hidup yang sangat terkait dengan ketidakpuasan dengan informasi tentang stroke dan konsekuensinya / perubahan dari waktu ke waktu, akurasi informasi yang diperoleh, membantu menerima, koordinasi antara layanan perawatan dan kemungkinan menerima bantuan dari perawatan *Palliative homecare*.

Pelayanan *Palliative homecare* di Indonesia sangat pesat, hal ini dikarenakan semakin kompleksnya dan bergesernya trend masalah kesehatan dari penyakit infeksi menjadi penyakit degenerative dan kronik, tingginya kebutuhan masyarakat akan akses pelayanan kesehatan yang terjangkau, terbatasnya sumber pelayanan kesehatan, pentingnya pelayanan kesehatan berkelanjutan serta sudah lama berkembang di negara maju dan didukung oleh pemerintah (Campbell, 2012).

Penatalaksanaan pelayanan *Palliative homecare* di Indonesia berkembang mulai tahun 1992 di RS Dr Soetomo (Surabaya), RS Cipto Mangunkusumo (Jakarta), RS Kanker Dharmais (Jakarta), RS Dr Sudirohusodo (Makassar), RS Dr Sardjito (Yogyakarta), RS Sanglah

(Denpasar). Pada tahun 2007 didirikan Masyarakat Paliatif Indonesia (MPI) dan adanya SK Menkes No 812/ Menkes/ SK/VII/2007 Tentang Kebijakan Perawatan Paliatif (Tejawinata, S, 2006). Salah satu pelayanan *Palliative homecare* di Indonesia adalah RS Kanker Dharmais (Jakarta), yang memberikan pelayanan *Palliative homecare* secara khusus dengan pelayanan secara holistik dengan tujuan untuk memperoleh kualitas hidup yang optimal bagi pasien maupun keluarga dan prioritas diberikan berupa pengendalian dan terapi simptomatik dan pengayoman terhadap pasien secara holistik yang meliputi aspek psikologis, sosial dan spiritual. Bentuk pelayanan *Palliative homecare* disesuaikan dengan kondisi keluarga, serta ketersediaannya sumber daya yang ada. Model pelayanan homecare yang diterapkan dalam rawat inap rumah sakit (*Hospital Care*) yang meliputi rawat singkat (*one day care*) dan rawat inap, hospice dan pelayanan paliatif di rumah (*Hospice Homecare*) yang meliputi Keluarga terlatih, Home visit tim paliatif, Hotline Service.

Prevalensi pasien stroke yang dilakukan perawatan homecare di Unit Paliatif Care RS kanker Darmais Jakarta pada tahun 2014 ada 7 orang, yang mengalami komplikasi ada 3 orang, yang meninggal 3 orang, sembuh 1 orang, sedangkan tahun 2015 sejumlah 9 orang, dimana kasus tersebut yang mengalami komplikasi ada 3 orang dan 1 orang sembuh (RM RS Kanker Darmais, 2016). Unit Paliatif Care RS Kanker Darmais Jakarta merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang menyediakan perawatan paliatif dengan pendekatan model pelayanan homecare dari perawatan di rumah sakit dan perawatan paliatif di rumah.

Berdasarkan kebijakan SK Menkes No 812/ Menkes/ SK/VII/2007 Tentang Kebijakan Perawatan Paliatif, pada saat ini, pelayanan kesehatan di Indonesia belum menyentuh kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan tersebut, terutama pada stadium lanjut dimana prioritas pelayanan tidak hanya pada penyembuhan tetapi juga perawatan agar

mencapai kualitas hidup yang terbaik bagi pasien dan keluarganya.

Berdasarkan pengalaman peneliti, kebutuhan pelayanan *Palliative homecare* dibutuhkan oleh masyarakat dimana pasien dalam kondisi adaptasi dengan perubahan penyakit yang dialami. Fenomena tersebut jika ditinjau dari besarnya kebutuhan *Palliative homecare* dari pasien, minimnya jumlah dokter dan perawat yang mampu memberikan pelayanan perawatan *Palliative homecare* juga masih terbatas, sarana dan prasarana pelayanan perawatan *Palliative homecare* di Indonesia masih belum merata sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, komprehensif dan holistik, termasuk fasilitas biaya kesehatan (BPJS) yang belum ada kebijakan tentang biaya *Palliative homecare*, maka diperlukan perubahan kebijakan perawatan paliatif di Indonesia yang memberikan arah bagi sarana pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan perawatan *Palliative homecare*. Salah satu cara untuk merubah kebijakan tersebut, perlunya data informasi yang akurat atau fenomena tentang perawatan *Palliative homecare* yang mampu meningkatkan kualitas hidup pasien terutama pasien stroke, maka dari itu penulis tertarik dengan penelitian tersebut.

Peran perawat dalam perawatan *Palliative homecare* di fokuskan dalam pencegahan komplikasi dan mengurangi terjadinya stroke berulang, memberikan pendidikan kesehatan terkait perubahan gaya hidup dan pemberdayaan keluarga. Keluarga sebagai *caregiver* merupakan pendamping pasien dalam pemberian pelayanan perawatan kesehatan yang kompleks selama perawatan pasien pasca stroke (Gardiner, et al, 2014). Sedangkan peran utama perawat terhadap keluarga pasien stroke yaitu meningkatkan koping keluarga melalui penyuluhan kesehatan (Smeltzer, et al, 2010). Keluarga pasien berperan besar dalam tahap pemulihan, sehingga sejak awal perawatan keluarga diharapkan ikut terlibat pada penanganan pasien stroke.

Dukungan untuk keluarga pasien harus diberikan melalui sebuah usaha interdisiplin, yang melibatkan perawat, dokter, pasien dan keluarga serta pemerintah untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang holistik (Baumann, et al, 2014). Melihat berbagai fenomena terkait dengan kualitas hidup pasien yang diberikan layanan *Palliative homecare*, peneliti tertarik untuk mengeksplorasi lebih dalam bagaimana kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare*. Penelitian ini akan dilakukan dengan pendekatan fenomenologi karena masih sangat sedikit penelitian terkait kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare* yang dilakukan dengan desain kualitatif. Selain itu, dengan menggunakan pendekatan fenomenologi akan diperoleh informasi baru yang lebih banyak secara komprehensif dan mendalam terkait fenomena kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare* yang belum tentu dapat diperoleh melalui desain penelitian lain.

Beberapa penelitian tentang kualitas hidup pasien yang diberikan pelayanan *Palliative homecare*, memberikan gambaran atau dampak dari kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare* yang mampu meningkatkan kondisi kesehatan pasien menjadi lebih baik dan berkualitas, hal ini dikarenakan perkembangan perawatan *Palliative homecare* masih terbatas di lima ibukota propinsi dan terbatasnya pengalaman perawat dalam perawatan *Palliative homecare*. Menurut Matzo, (2014), penelitian tentang kualitas hidup pasien jumlahnya terbatas dan tidak menggali bagaimana dampak perawatan terhadap kondisi kesehatan atau kualitas hidup pasien. Sedangkan penelitian tentang pengalaman perawat dalam memberikan perawatan paliatif pada anak dengan kanker di wilayah Jakarta tahun 2011, hal ini sangat berbeda dengan kualitas hidup pasien stroke yang diberikan pelayanan *Palliative homecare*. Peneliti menitik beratkan pada pelayanan perawatan *Palliative homecare* yang dilakukan akan dapat mempengaruhi

kualitas hidup pasien khususnya aspek fisik, psikologis dan sosial sehingga mampu berkontribusi dalam fakta pentingnya perawatan *Palliative homecare* dalam dunia keperawatan dan meningkatkan program Palliative dalam tatanan keperawatan. Hasil penelitian dapat membantu kebijakan publik untuk meningkatkan praktek profesional, pemangku kebijakan kesehatan nasional, kualitas perawatan, dukungan dan kualitas hidup pasien.

Manusia bertindak dan mendasarkan tindakannya pada pemikiran bahwa dirinya harus mempertahankan keseimbangan hidup dengan membuat penyesuaian dengan lingkungan maupun sebaliknya yaitu memanipulasi lingkungan untuk menciptakan keseimbangan. Dalam konteks paradigma keperawatan ini setiap manusia dalam hidupnya akan mengalami situasi dimana dia mampu memenuhi kebutuhannya, membutuhkan bantuan atau bahkan membutuhkan orang lain untuk melakukannya, khususnya tindakan dengan pendekatan teori keperawatan.

Pendekatan pelayanan *Palliative homecare* diaplikasikan dengan teori keperawatan Adaptasi oleh Roy dimana konsep utama dari model adaptasi roy adalah adaptasi sebagai tujuan dari keperawatan, *nursing* (keperawatan) yang berfungsi untuk meningkatkan adaptasi dan kesehatan, *person* (individu) yang merupakan sistem adaptif, lingkungan sebagai stimulus dan kesehatan sebagai hasil dari adaptasi (Alligood, 2014: Mc Ewen, 2011). Fokus dari model roy adalah konsep adaptasi individu dengan konsepnya, keperawatan, individu, kesehatan dan lingkungan saling berkaitan dengan konsep sentral ini tujuan dari keperawatan adalah untuk meningkatkan adaptasi terhadap individu dan kelompok disetiap empat model adaptasi yang berkontribusi terhadap kesehatan, kualitas hidup.

Oleh karena itu peneliti menekankan penelitian dengan pendekatan kualitatif menggunakan rancangan desain fenomenologi, dengan melihat gambaran bagaimana kualitas hidup pasien stroke yang diberikan pelayanan *Palliative homecare*.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan pada kajian literatur yang telah dilakukan, maka masalah utama yang dihadapi pasien stroke yaitu bagaimana keluarga, lingkungan dan tenaga medis mampu memberikan dan memenuhi kebutuhan perawatan pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare*. Karena membutuhkan pendampingan untuk meningkatkan kemampuan dirinya walaupun dalam keterbatasan, sehingga kualitas hidupnya menjadi bermakna.

Perawatan yang diberikan dapat dilakukan secara berkesinambungan, dengan perawatan *Palliative homecare* yang berkualitas. Maka kondisi pasien dengan stroke dapat memberikan efek membaik pada fisik maupun psikologisnya. Perawat sangat berperan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien stroke.

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah di atas, maka yang menjadi pertanyaan penelitian ini :

1. “Bagaimanakah kualitas hidup dari aspek domain fisik pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare*”
2. “Bagaimanakah kualitas hidup dari aspek domain psikologis pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare*”
3. “Bagaimanakah kualitas hidup dari aspek domain sosial pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare*”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dilakukannya penelitian ini adalah tereksplorasi makna kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare*.

1.3.2. Tujuan Khusus

Dan secara khusus, tujuan dari penelitian ini adalah:

1.3.1. Teridentifikasi kualitas hidup dari aspek domain fisik pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare*.

1.3.2. Teridentifikasi kualitas hidup dari aspek domain psikologis pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare*.

1.3.3. Teridentifikasi kualitas hidup dari aspek domain sosial pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare*.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Pasien

Hasil penelitian dapat membantu memberikan bukti bahwa pendekatan keperawatan *Palliative homecare* sangat penting dan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien stroke, caregiver dan keluarga yang mendampingi pasien selama pelayanan *Palliative homecare* pasien mampu beradaptasi dengan teori keperawatan Adaptasi Roy yang sesuai dengan pendekatan perawatan penerapan teori keperawatan yang sesuai sehingga perawat mampu menggunakan konsep tersebut dalam pelayanan perawatan *Palliative homecare* khususnya pasien stroke.

1.4.2. Bagi Pengembangan Praktik Keperawatan

Penelitian ini dapat berkontribusi terhadap praktik keperawatan terkait kualitas pelayanan perawatan *Palliative homecare* dalam memberikan kebijakan tentang peraturan perundangan yang menjamin dan memonitor pelaksanaan *Palliative homecare* secara global dan implementasi dari perundangan agar dapat dilaksanakan sesuai kebutuhan masyarakat. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi adanya kebijakan baru terkait masalah sumber daya, biaya dan fasilitas yang diperlukan dalam perawatan *Palliative homecare* sehingga makna kualitas hidup pasien stroke dapat dieksplorasi untuk membantu tercapainya pelayanan keperawatan secara holistik dengan menggunakan konsep Adaptasi Roy.

1.4.3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan program pendidikan dengan standart secara global dengan menghadapi tantangan MEA, langkah untuk pembenahan kurikulum serta menciptakan perawat yang mampu memberikan perawatan *Palliative homecare* dengan meningkatkan ketrampilan khusus sehingga dapat berdaya saing di dunia global khususnya pelayanan perawatan *Palliative homecare* pasien stroke dengan menggunakan konsep Adaptasi Roy.

1.4.4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian dapat melihat kesesuaian pelayanan *Palliative homecare* dalam konteks kualitas hidup pasien stroke, sehingga dapat dikembangkan pendekatan pelayanan keperawatan *Palliative homecare* pada pasien dengan penyakit lain. Disamping itu, peneliti mampu membuktikan bahwa pelayanan *Palliative homecare* dapat menjadi bahan

acuan pendekatan pelayanan keperawatan sebagai suatu model pelayanan yang perlu dan penting untuk ditindak lanjuti bagi kualitas pelayanan yang komprehensif dan berkelanjutan.

1.5. Ruang Lingkup

Penelitian ini mengeksplorasi tentang makna kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare* dilaksanakan di Unit Paliatif Care RS Kanker Darmas Jakarta Barat dengan pendekatan Teori Calista Roy pada bulan Maret- April 2016 dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian ini dilakukan karena fenomena yang terjadi di unit Unit Paliatif Care RS Kanker Darmas Jakarta Barat yang memberikan perawatan homecare pada pasien dengan stroke untuk mengeksplorasi makna kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *Palliative homecare* aspek domain fisik, psikologis dan sosial sehingga diharapkan mampu membantu tercapainya pelayanan keperawatan secara holistik dengan menggunakan konsep Adaptasi Roy.