

TESIS

**EFEKTIVITAS INTERVENSI MULTIMODAL TERHADAP
TINGKAT KEPATUHAN *HAND HYGIENE* PADA PERAWAT
DI RUMAH SAKIT: A *SYSTEMATIC REVIEW***



ECE

R012181006

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

Halaman Pengajuan Tesis

**EFEKTIVITAS INTERVENSI MULTIMODAL TERHADAP
TINGKAT KEPATUHAN *HAND HYGIENE* PADA PERAWAT
DI RUMAH SAKIT: A *SYSTEMATIC REVIEW***

Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan
Fakultas keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

(ECE)
R012181006

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**EFEKTIVITAS INTERVENSI MULTIMODAL TERHADAP TINGKAT
KEPATUHAN *HAND HYGIENE* PADA PERAWAT
DI RUMAH SAKIT: *A SYSTEMATIC REVIEW***

Disusun dan diajukan oleh

**ECE
R012181006**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
pada tanggal 03 Februari 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Svahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D
NIP. 19820419 200604 1 002

Pembimbing Pendamping,



Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D
NIP. 19800717 200812 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Dr. Elly L. Siattar, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002

Dean Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bahwa ini:

Nama : Ece
NIM : R012181006
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Jenjang : S2
Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul

Efektivitas Intervensi Multimodal terhadap Tingkat Kepatuhan *Hand Hygiene* Pada Perawat di Rumah Sakit: A *Systematic Review*

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain, bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Februari 2021

Yang menyatakan,



ECE

KATA PENGANTAR

Puji Syukur senantiasa penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis penelitian dengan judul “Efektivitas Intervensi Multimodal Terhadap Tingkat Kepatuhan *Hand hygiene* Pada Perawat Di Rumah Sakit: *A Systematic Review*” ini dengan baik sebagai salah satu persyaratan untuk mencapai gelar pendidikan sebagai Magister Keperawatan di Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis juga menyadari tanpa adanya bantuan dan partisipasi dari berbagai pihak baik keluarga, pembimbing, maupun teman sejawat, tesis ini tidak mungkin dapat terselesaikan seperti yang diharapkan. Untuk itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada Bapak **Syahrul, S.Kep., Ns., M.Kes.,Ph.D** selaku pembimbing I dan Ibu **Rini Rachmawati, S.Kep, Ns., MN.,Ph.D** selaku pembimbing II atas segala bimbingan dan arahan yang selama ini telah diberikan kepada penulis dari awal hingga akhir penulisan tesis ini.

Penulis menyadari tesis ini jauh dari kesempurnaan sehingga penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk memperbaiki kekurangan tesis ini. Akhir kata semoga tesis ini dapat memberi manfaat bagi kita semua khususnya bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian selanjutnya di Program Studi Megister Ilmu Keperawatan (PSMIK) Universitas Hasanuddin.

Makassar, Februari 2021

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: *Hand hygiene* (HH) merupakan salah satu upaya yang paling efektif dalam mencegah terjadinya HAIs (*Healthcare Associated Infection*). Peningkatan kepatuhan HH pada perawat atau petugas kesehatan menjadi penting dan mendasar. Salah satu strategi mencegah terjadinya HAIs dan meningkatkan kepatuhan HH adalah intervensi multimodal. Meskipun intervensi multimodal telah banyak digunakan namun belum ada kajian secara sistematis terkait seberapa besar tingkat kepatuhan perawat untuk melakukan HH dengan menggunakan intervensi multimodal.

Tujuan: Untuk mengetahui efektivitas intervensi multimodal dalam meningkatkan kepatuhan HH pada perawat di rumah sakit

Metode: Kami melakukan pencarian literatur pada database: PubMed, Proquest, Scopus, Science Direct, dan Garuda yang diterbitkan dalam bahasa Inggris dan Indonesia. Kami mengidentifikasi 140 artikel dari database elektronik yang diterbitkan dari tahun 2010-2020, selanjutnya mengekskusi 88 artikel yang tidak sesuai dengan pertanyaan penelitian, 21 artikel yang duplikat, 5 artikel yang tidak *full text*, dan 15 artikel yang tidak sesuai dengan *outcome* yang diharapkan, sehingga tersisa 11 artikel yang dimasukkan dalam analisis sebagai referensi utama yang terdiri dari 4 artikel dengan *pre-post interventional study*, 3 studi dengan quasi eksperimen dan 4 studi observasional.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi multimodal baik yang menggunakan 3 komponen maupun yang 5 komponen yaitu perubahan sistem, pelatihan/pendidikan, pengingat di tempat kerja, iklim keamanan institusi, evaluasi dan umpan balik dapat meningkatkan kepatuhan HH perawat di rumah sakit dari 11,6% sampai dengan 40,11%. Selain itu, desain yang digunakan dalam ulasan ini adalah *pre-post interventional study*, quasi eksperimen dan observasional, lama intervensi mulai 3 minggu sampai 2 tahun dengan frekuensi pengukuran outcome 2 kali sampai 4 kali, yang menggunakan instrumen HH *guidelines* yang dikembangkan oleh WHO. Adapun pihak yang terlibat dalam intervensi multimodal yaitu tim PPI, direktur/pimpinan RS, komite HH dan multi disiplin.

Kesimpulan: Intervensi multimodal baik yang 3 komponen maupun yang 5 komponen dapat meningkatkan kepatuhan HH perawat di rumah sakit dan menurunkan HAIs, menghemat biaya dan hari masuk pasien per tahun. Namun, bila dilihat dari *level evidence* dan kualitas artikel intervensi multimodal yang menggunakan 5 komponen lebih efektif dibandingkan dengan 3 komponen yang bisa diterapkan di negara maju maupun negara berkembang.

Kata Kunci: *Hand hygiene*, Intervensi Multimodal, Perawat

ABSTRAC

Background: Hand hygiene (HH) is one of the most effective efforts to prevent HAIs (Healthcare Associated Infection). Increasing HH compliance on nurses or health workers is important and fundamental. One of the strategies to prevent the occurrence of HAIs and improve HH compliance is multimodal intervention. Although multimodal interventions have been widely used, there has not been a systematic study of the level of compliance of nurses to practice HH using multimodal interventions.

Objective: This is to determine the effectiveness of multimodal interventions to increase HH compliance on nurses in hospital.

Methods: This study used data-based research through PubMed, Proquest, Scopus, Science Direct, and Garuda which were published in English and Indonesian. A published electronics published from 2010 to 2020 identified 140 articles. Then 88 articles that were not in accordance with the research question, 21 duplicate articles, 5 not full text articles, and 15 articles that were not in accordance with the expected outcome were excluded. Therefore, there were 11 remaining articles included in the analysis as the main reference consisting of four articles with pre-post interventional studies, three studies with quasi-experimental and four observational studies.

Results: The results of the research indicate that multimodal interventions with both three components and five components, namely the change of system, training and education, reminders at workplace, institutional safety climate, evaluation and feedback are effective to increase HH nurses' compliance in hospitals ranging from 11.6% to 40.11%. The study also indicated that the designs used in this review were pre-post interventional studies, quasi-experimental and observational studies, duration of intervention from 3 weeks to 2 years with a frequency of measuring outcomes 2 times to 4 times, using the HH instrument guidelines developed by WHO. The parties involved in the multimodal intervention are the PPI team, hospital directors or leaders, HH and multidisciplinary committees.

Conclusion: Multimodal interventions with both three components and five components can to increase HH nurses' compliance of nurses in hospital and reduce HAIs, saving costs and annual patient admission days. However, when viewed from the level of evidence and quality of articles, multimodal intervention that use five components more effective than three components and it can be applied in both developed and developing countries.

Keywords: hand hygiene, multimodal intervention, nurse

DAFTAR ISI

COVER	
LEMBAR PENGESAHAN	i
PERNYATAAN KEASLIAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	viv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR SINGKATAN	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
E. Pernyataan Originalitas Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Teori Kepatuhan <i>Hand Hygiene</i>	9
B. Konsep <i>Hand Hygiene</i>	11
C. Konsep Intervensi Multimodal.....	17
D. Tinjauan <i>Systematic Review</i>	18
E. Kerangka Teori.....	21
BAB III METODE PENELITIAN.....	22
A. Kriteria Studi yang Dipilih.....	22
B. Informasi Pencarian	23
C. Strategi Pencarian.....	23
D. Seleksi Artikel.....	23
E. Pengkajian Kualitas.....	24
F. Resiko Bias.....	25
G. Ekstraksi Data	25
H. Sintesis Hasil	25

BAB IV HASIL.....	26
A. Seleksi Studi.....	26
B. Karakteristik Studi.....	28
C. Hasil Penilaian Kualitas Artikel.....	38
D. Hasil Studi.....	41
E. Hasil Tambahan.....	62
E. Penilaian Resiko Bias.....	62
BAB V DISKUSI.....	65
A. Ringkasan Bukti.....	65
B. Penerapan Intervensi Multimodal di Negara Berkembang	78
B. Implikasi Dalam Keperawatan.....	81
C. Keterbatasan	82
BAB V PENUTUP.....	82
A. Kesimpulan.....	82
B. Saran.....	82
C. Pendanaan.....	83
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 4.1	Hasil Pencarian Artikel.....	27
Tabel 4.2	Ringkasan Karakteristik Studi.....	30
Tabel 4.3	Studi yang Memiliki Perbandingan Intervensi Tambahan..	30
Tabel 4.4	Hasil Penilaian Kualitas Artikel berdasarkan CASP.....	39
Tabel 4.5	Pengkajian Kualitas Studi yang Diulas.....	40
Tabel 4.6	Level Evidence dan Quality Guides.....	41
Tabel 4.7	Analisis Efek intervensi multimodal.....	42
Tabel 4.8	Komponen Intervensi Multimodal pada Setiap Studi.....	46
Tabel 4.9	Intervensi dari Masing-Masing Komponen Multimodal...	50
Tabel 4.10	Hasil Studi Tentang Intervensi Multimodal.....	57
Tabel 4.11	Hasil Tambahan Tentang Intervensi Multimodal.....	62
Tabel 4.12	Studi penilaian resiko bias untuk studi intervensi non acak..	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 2.1 5 momen untuk <i>hand hygiene</i>	12
Gambar 2.2 Teknik mencuci tangan dengan <i>hand rub</i> berbasis alkohol	13
Gambar 2.3 Teknik mencuci tangan dengan menggunakan air dan sabun	14
Gambar 2.4 Kerangka Teori.....	21
Gambar 4.1 Alogaritma Hasil Pencarian Artikel.....	28

DAFTAR SINGKATAN

ABHR	: <i>Alcohol Based Handrub</i>
ACRS	: <i>Attention, relevance, confidence, and satisfaction</i>
CASP	: <i>Critical Appraisal Skills Programe Tools</i>
CI	: <i>Confidence Interval</i>
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
IPCLN	: <i>Infection prevention and control link nurse</i>
IPCN	: <i>Infection prevention and control nurse</i>
HH	: <i>Hand hygiene</i>
HHC	: <i>Hand hygiene compliance</i>
HAIs	: <i>Healthcare associated infectionsi</i>
HR	: <i>Hand rub</i>
HW	: <i>Hand washing</i>
ICU	: <i>Intensive care unit</i>
LOS	: <i>Length of stay</i>
MMI	: <i>Multimodal intervention</i>
PICOS	: <i>Participants, interventions, comparisons, outcomes and study design</i>
PPI	: <i>Pencegahan dan pengendalian infeksi</i>
PRISMA	: <i>Preferred reporting items for systematic reviews and meta- analyses</i>
SNARS	: <i>Standar nasional akreditasi rumah sakit</i>
SR	: <i>Systematic review</i>
TPB	: <i>Theory of planned behavior</i>
TTM	: <i>Transtheoretical model</i>
UGD	: <i>Unit gawat darurat</i>
WHO	: <i>World health organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Strategi pencarian pada database elektronik

Lampiran 2: Prisma *Checcklist*

Lampiran 3: Tools Penilaian Kualitas Artikel

Lampiran 4: *Evidence Level and Quality Guide*

Lampiran 5: Tools Penilaian Risiko Bias

Lampiran 6: Hasil Penilaian Risiko Bias

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hand hygiene (HH) merupakan salah satu upaya yang paling efektif dalam perawatan kesehatan terkait pencegahan infeksi. Pencegahan penularan infeksi dapat terwujud dengan baik bila petugas kesehatan memiliki tingkat kepatuhan HH yang ketat (Mathur, 2011). Namun, fenomena yang ada tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan HH dinilai masih rendah dengan rata-rata tingkat kepatuhan petugas secara keseluruhan hanya sebesar 40% dan kepatuhan diantara perawat 48% (Erasmus et al., 2010). Studi lain, kepatuhan melakukan HH seperti di Saudi Arabia untuk petugas kesehatan hanya 42,4% dan perawat 44,6% (Alsubaie et al., 2013), di Etopia petugas pelayanan kesehatan memiliki kepatuhan HH yang baik hanya 14,9% (Engdaw et al., 2019) dan di Amerika kepatuhan petugas untuk melakukan HH masih dibawah 50% (McGuckin et al., 2009). Sedangkan kepatuhan HH perawat di beberapa negara Asia Tenggara seperti Vietnam hanya 39% (Le et al., 2019), Philipina 16% (Malundo & Berba, 2017) dan Indonesia sendiri 35% (Ernawati et al., 2014). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan HH diantara petugas kesehatan masih sangat rendah.

Kepatuhan HH yang rendah adalah salah satu faktor penyebab terjadinya HAIs (*Healthcare Associated Infections*). HAIs merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), infeksi yang terjadi terkait pelayanan kesehatan di negara maju sebesar 5%-15% di ruang rawat inap dan 9%-37% di ruang intensif, dapat menyebabkan kematian sekitar 12%-80% (WHO, 2009). Menurut J. M. Gould & Coffin (2018) bahwa setiap tahun, sekitar 1 dari 25 pasien rumah sakit AS didiagnosis dengan setidaknya satu infeksi yang terkait dengan perawatan rumah sakit. Sedangkan di Indonesia angka kejadian HAIs

sebesar 6-16% dengan rerata 9,8% yang diperoleh dari 10 RSUD pendidikan yang mengadakan *surveillance* aktif (Ditjen Pelayanan Kesehatan, 2017).

Kejadian HAIs dapat berpengaruh pada keselamatan pasien dan apabila tidak diatasi dengan segera akan berdampak pada beberapa masalah seperti peningkatan risiko morbiditas, kematian (J. M. Gould & Coffin, 2018), lama tinggal di rumah sakit (LOS) dan penambahan biaya perawatan (Arefian et al., 2016). Berdasarkan studi Kritsotakis et al., (2017) memperkirakan prevalensi HAIs harian rata-rata 9,1% dan 5,2% setiap tahun serta dengan adanya HAIs secara signifikan dapat meningkatkan penambahan *length of stay* (LOS) rata-rata 4,3 hari dan risiko kematian meningkat sebesar 80% pada pasien dengan HAIs. Selanjutnya, data dari *World Health Organization* (WHO) tentang perkiraan biaya perawatan yang terkait dengan infeksi diberbagai negara seperti di Inggris £ 1 miliar per tahun, Meksiko mendekati US \$ 1,5 miliar (WHO, 2006) dan Amerika antara US \$ 28 miliar sampai US \$ 45 miliar per tahun (Kingston et al., 2016). Untuk mengatasi dampak tersebut dibutuhkan suatu strategi yang efektif dalam meningkatkan kepatuhan HH pada petugas kesehatan.

Konsep peningkatan kepatuhan HH bukanlah hal baru dalam perawatan kesehatan. *World Health Organization* (WHO) menggunakan pendekatan “*My 5 Moments for Hand Hygiene*” yang meliputi: 1) sebelum menyentuh pasien, 2) Sebelum prosedur bersih / aseptik, 3) Setelah paparan / risiko cairan tubuh, 4) Setelah menyentuh pasien, dan 5) Setelah menyentuh lingkungan pasien. Dengan adanya pendekatan “*My 5 Moments for Hand Hygiene*” tingkat kepatuhan perawat untuk melakukan HH dapat diobservasi secara *real time* untuk perilaku mencuci tangan dengan cara pengamat/*observer* mencatat peluang potensial untuk HH oleh petugas kesehatan dan tindakan HH yang dilakukan serta pengukuran dilakukan dengan berdasarkan formulir observasi WHO yang berisi 5 indikasi untuk HH (WHO, 2009a). Tindakan ini sangat penting untuk melindungi pasien, petugas kesehatan dan lingkungan perawatan terhadap penyebaran patogen dan pada akhirnya mengurangi HAIs (WHO, 2009b). Untuk mengurangi insiden HAIs, The Joint Commission dan SNARS telah menetapkan Program Akreditasi

Pusat Perawatan dimana salah satu tujuannya adalah mengurangi risiko infeksi terkait perawatan kesehatan dengan meningkatkan HH staf layanan kesehatan dengan memastikan kepatuhan dalam melakukan HH untuk meningkatkan keselamatan pasien yang berpedoman pada *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dan / atau WHO melalui program komprehensif yang menyediakan kebijakan kebersihan tangan, menumbuhkan budaya kebersihan tangan, memantau kepatuhan, dan memberikan umpan balik (The Joint Commission, 2020; SNARS, 2018). Namun masih banyak fasilitas kesehatan di seluruh dunia yang belum mulai melakukan penanganan peningkatan HH secara sistematis terutama yang berkaitan dengan infrastruktur dan sumber daya yang diperlukan (WHO, 2009a). Menurut Chassin, Mayer, & Nether (2015) beberapa hambatan yang dialami oleh petugas kesehatan untuk mematuhi praktik HH seperti penempatan *alcohol based hand rub* (ABHR) yang tidak efektif, kurangnya akuntabilitas, pendidikan yang tidak efektif atau tidak lengkap, situasi darurat, beban kerja yang berat, budaya keselamatan yang tidak memadai atau iritasi kulit dari produk pembersih tangan. Sementara, kepatuhan terhadap praktik HH secara rutin sangatlah penting bagi semua petugas kesehatan, pasien, pengunjung maupun anggota masyarakat. Oleh karena itu, strategi peningkatan kepatuhan HH diantara petugas kesehatan sangatlah dibutuhkan.

Strategi untuk meningkatkan kepatuhan HH adalah dengan melakukan tindakan atau intervensi kepada petugas kesehatan seperti pemberian edukasi, umpan balik kinerja, isyarat dan penempatan ABHR (Gould, Moralejo, Drey, Chudleigh, & Taljaard, 2017). Namun berbagai intervensi yang bersifat tunggal (unimodal) hanya memiliki keberhasilan yang terbatas seperti peningkatan kepatuhan HH pada perawat dalam pemberian edukasi hanya sebesar 15% (Quilab et al., 2019), *feed back* (umpan balik) 7-9% di *intensive therapy unit* (Fuller et al., 2012), isyarat visual seperti *hand sanitizer* dispenser yang ditempatkan dilokasi biasa (*baseline*) sebesar 36,7% (Nevo et al., 2010). Selain itu, kampanye informasi dengan pelatihan khusus menunjukkan efek positif dalam meningkatkan HH dari 46,1% menjadi 48,6% setelah intervensi, namun kampanye informasi tanpa pelatihan tidak

meningkatkan kepatuhan HH (Dierssen-sotos et al., 2010). Dari berbagai intervensi tersebut menggambarkan bahwa kepatuhan HH merupakan hal yang sangat kompleks sehingga membutuhkan intervensi dan strategi yang lebih kompleks.

Salah satu strategi yang lebih kompleks untuk mencegah terjadinya HAIs dan peningkatan kepatuhan HH adalah intervensi multimodal yang merupakan suatu strategi dan komponen inti dari program pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif ditingkat pelayanan kesehatan (WHO, 2009a). Intervensi multimodal pertamakali diluncurkan oleh WHO pada tahun 2009 dengan tujuan untuk meningkatkan praktik HH di seluruh dunia, yang membahas 5 komponen utama yaitu: (1) perubahan sistem, (2) pelatihan/edukasi, (3) pemantauan dan umpan balik, (4) Peningkat di tempat kerja (5) iklim keamanan institusi. Menurut Martín-Madrado et al (2012) penerapan intervensi multimodal secara signifikan meningkatkan kepatuhan personel untuk melakukan HH. Beberapa studi telah membuktikan bahwa penerapan strategi WHO tentang HH yang tepat dan efektif dapat meningkatkan kepatuhan HH yang mengarah pada pengurangan HAIs (Rodriguez et al., 2015; Pfäfflin et al., 2017). Hasil studi Pfäfflin et al (2017) menunjukkan bahwa intervensi multimodal meningkatkan kepatuhan HH pada petugas kesehatan yaitu 1,4% pada fase awal dan meningkat menjadi 11,7% pada *follow up* pertama dan 13,1% *follow up* kedua. Demikian juga dengan studi Laskar et al (2018) yang menyatakan bahwa kepatuhan HH dapat meningkat secara signifikan melalui intervensi multimodal yang sistematis dengan melibatkan semua petugas kesehatan dimana tingkat kepatuhan HH diantara perawat meningkat dari 3,6% dalam fase pra-intervensi menjadi 80,7% dalam fase pasca-intervensi.

Di Indonesia pelaksanaan intervensi multimodal telah dilakukan di beberapa rumah sakit namun belum maksimal seperti RSI Jemursari Surabaya telah menerapkan 76,47% indikator intervensi multimodal sesuai rekomendasi WHO (Novita, 2019). Dari hasil studi yang dilakukan oleh Novita (2019) bahwa intervensi multimodal yang telah dilakukan antara lain: (1) Perubahan sistem: adanya wastafel cuci tangan disetiap ruangan dan penempatan *hand*

rub di setiap titik perawatan. (2) Pelatihan atau edukasi: ketersediaan sumber daya dalam melakukan edukasi terkait HH dan penyelenggaraan seminar secara berkala terkait HH. (3) Evaluasi dan umpan balik: evaluasi HH dengan observasi langsung, adanya tanggapan atau umpan balik oleh Komite PPI dan unit yang bersangkutan. (4) Peningkat di tempat kerja: peningkat verbal dan media cetak. (5) Iklim keamanan institusi: komitmen direktur rumah sakit dan kepala unit serta pertemuan rutin tingkat unit. Adapun indikator yang belum terlaksana berupa penyediaan *alcohol based handrub portable*, evaluasi dengan memantau konsumsi *hand rub* berbasis alkohol, memberikan penghargaan kepada petugas kesehatan yang memiliki kepatuhan HH tertinggi dan komunikasi elektronik (Novita, 2019). Hal ini berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan perawat untuk melakukan HH, dimana studi yang dilakukan oleh Pratama, Koeswo, & Rokhmad (2015) bahwa tingkat kepatuhan perawat untuk melakukan HH berdasarkan 5 momen HH hanya sebesar 36% karena dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, fasilitas dan peningkat. Sementara hasil studi Nurfikri & Karnadipa (2020) menyatakan bahwa strategi yang efektif dalam membangun budaya *hand hygiene* belum ada, dimana organisasi Tim PPI setelah akreditasi tidak berjalan sehingga usulan anggaran belanja dari tiap unit tidak menggambarkan kebutuhan program yang mencakup pelatihan, pengadaan bahan habis pakai, dan edukasi baik kepada petugas maupun pasien. Sementara dalam SNARS Program PPI akan efektif apabila mempunyai pimpinan yang ditetapkan, pelatihan dan pendidikan staf yang baik, metode untuk mengidentifikasi serta proaktif pada tempat yang berisiko infeksi, kebijakan dan prosedur yang memadai, serta melakukan koordinasi ke seluruh rumah sakit (SNARS, 2018).

Hasil wawancara dengan ketua tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di salah satu rumah sakit sekaligus pengurus himpunan perawat pencegah dan pengendali infeksi cabang Sulawesi Selatan menyatakan bahwa intervensi multimodal telah diterapkan dirumah sakit namun tidak semua rumah sakit menerapkannya secara maksimal terutama rumah sakit non pendidikan. Hal ini disebabkan banyak faktor seperti dukungan manajemen yang kurang terhadap kinerja PPI dalam hal dukungan material dan finansial,

kebijakan yang ditetapkan oleh rumah sakit terkadang tidak sepenuhnya mendukung tim PPI. Selain itu, keterlambatan penyediaan fasilitas, *feedback* dan evaluasi yang kurang, efek samping mencuci tangan dan kesadaran petugas yang kurang juga merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat untuk melakukan HH. Menurut beliau, untuk meningkatkan kesadaran petugas dalam melakukan HH diperlukan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan dengan mengadakan *in house training*, pemberian *reward* dan *punishment*, pemberdayaan kepala ruangan sebagai *infection prevention and control link nurse* (IPCLN) dan adanya kerjasama yang baik antara manajemen, PPI, IPCLN dan IPCN (*infection prevention and control nurse*).

Berdasarkan fenomena tersebut, penerapan intervensi multimodal sangat penting dalam meningkatkan kepatuhan perawat untuk melakukan HH. Meskipun demikian, belum banyak ulasan studi secara sistematis yang menilai efektivitas intervensi multimodal terhadap kepatuhan perawat untuk melakukan HH di rumah sakit. Kepatuhan HH perawat berperan penting dalam mencegah penularan patogen dan pencegahan penyakit menular karena perawat sebagai bagian dari tim layanan kesehatan yang berinteraksi dengan pasien lebih lama dibanding profesi lain (Labrague et al., 2012). Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan ulasan sistematis untuk melihat apakah intervensi multimodal efektif dalam meningkatkan kepatuhan HH perawat.

B. Rumusan Masalah

Hand hygiene (HH) merupakan salah satu upaya yang paling efektif dalam perawatan kesehatan terkait pencegahan infeksi, namun bila petugas kesehatan memiliki tingkat kepatuhan HH yang rendah dapat menjadi penyebab terjadinya HAIs yang berpengaruh terhadap keselamatan pasien, dan apabila tidak diatasi dengan segera akan berdampak pada beberapa masalah seperti peningkatan risiko morbiditas, kematian, lama tinggal di rumah sakit (LOS) dan penambahan biaya perawatan.

Beberapa penelitian sebelumnya, intervensi multimodal terbukti efektif meningkatkan kepatuhan HH petugas kesehatan. Meskipun intervensi multimodal telah banyak digunakan namun belum ada kajian secara sistematis terkait seberapa besar tingkat kepatuhan perawat untuk melakukan HH dengan

menggunakan intervensi multimodal. Berdasarkan hal tersebut, maka pertanyaan penelitian dalam ulasan sistematik ini adalah “apakah intervensi multimodal efektif meningkatkan kepatuhan HH pada perawat di rumah sakit”?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari studi ini adalah untuk mengetahui efektivitas intervensi multimodal dalam meningkatkan kepatuhan HH pada perawat di rumah sakit.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari studi ini adalah untuk menganalisis studi berdasarkan: desain penelitian, komponen intervensi multimodal, lama intervensi, tingkat kepatuhan, instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan HH dan pihak yang terlibat dalam intervensi tersebut.

D. Manfaat

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Sebagai referensi ilmiah dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam pencegahan dan pengendalian infeksi

2. Manfaat Aplikatif

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi tentang pentingnya HH dan efektivitas intervensi multimodal terhadap tingkat kepatuhan perawat di rumah sakit sehingga bisa menjadi bahan evaluasi untuk memperbaiki kualitas asuhan keperawatan dan peningkatan keselamatan pasien.

E. Pernyataan Originalitas Penelitian

Ulasan sistematik tentang intervensi yang dapat meningkatkan kepatuhan HH secara umum telah dilakukan seperti keefektifan intervensi untuk meningkatkan kepatuhan HH perawat dalam pengaturan rumah sakit (Doronina et al., 2017), kepatuhan HH di ICU (Lambe et al., 2019) dan intervensi untuk meningkatkan kepatuhan HH dalam perawatan pasien (D. Gould et al., 2017). Namun belum ada ulasan yang membahas secara khusus tentang efektivitas

intervensi multimodal terhadap tingkat kepatuhan HH pada perawat di rumah sakit. Oleh karena itu, originalitas dari penelitian ini adalah memberikan ulasan sistematis tentang efektivitas intervensi multimodal yang di analisis berdasarkan: desain penelitian, lama intervensi, komponen multimodal yang digunakan dalam penelitian, tingkat kepatuhan, instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan HH dan pihak yang terlibat dalam intervensi tersebut. Mengingat bahwa kepatuhan HH pada perawat sangat penting dalam perawatan pasien sehingga ulasan sistematis ini akan meninjau artikel dengan populasi (P) perawat, intervensi (I) intervensi multimodal, tidak ada pembandingan atau dengan *any comparator* (C), *outcome* (O) kepatuhan HH pada perawat dengan desain studi (S) eksperimen, quasi eksperimen dan observasional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Kepatuhan *Hand Hygiene* (HH)

Beberapa teori tentang kepatuhan HH yang telah diungkapkan oleh beberapa ahli yaitu:

1. *Transtheoretical Model* (TTM)

Menurut Prochaska (1992) dalam Al-Tawfiq & Pittet (2013) bahwa *transtheoretical model* dikembangkan dalam terapi dan pengubah diri (*self-changer*) dalam perubahan perilaku kesehatan yang memiliki lima tahapan yaitu: prakontemplasi (tidak ada niat untuk mengubah perilaku), kontemplasi (seseorang mulai mempelajari perubahan pada suatu waktu dalam waktu dekat), persiapan (orang tersebut membuat jadwal untuk berubah segera), tindakan (orang yang terlibat dalam perubahan perilaku), dan fase pemeliharaan (keadaan perubahan perilaku). Tahapan tersebut merupakan suatu siklus dimana setiap tahap saling terkait ketahap sebelumnya dan selanjutnya yaitu setelah tahap prakontemplasi, pelajar bergerak ketahap kontemplasi dimana mulai memahami risiko dan manfaat HH, kemudian terlebih dahulu mengeksplorasi pilihan dan strategi berbeda dari HH sebelum beralih dari persiapan tindakan menjadi tindakan aktual (fase aksi). Setelah tindakan ditetapkan, maka pemantauan terus menerus dan umpan balik dapat lebih meningkatkan kepatuhan. TTM membantu menyesuaikan intervensi untuk memprediksi dan memotivasi aksi individu untuk berubah.

2. *Attention, Relevance, Confidence, And Satisfaction* (ARCS) Model

Model ARCS merupakan pendekatan pemecahan masalah dengan empat langkah untuk mempromosikan dan mempertahankan motivasi meliputi: perhatian, relevansi, kepercayaan diri, dan kepuasan (Keller, 1987). Komponen ini bisa jadi terkait dengan peningkatan HH. Perhatian pembelajar bisa ditingkatkan dengan merangsang persepsi (kejutan, keraguan, inovasi), dengan melibatkan penyelidikan (teka-teki, pertanyaan, dilema), dan dengan mengembangkan berbagai pengalaman belajar

(contoh, model, latihan, dan presentasi yang berbeda). Relevansi bergantung intervensi atau tujuan perilaku kepada peserta didik untuk meningkatkan motivasi. Relevansi bisa dicapai dengan penggunaan pemodelan, penggunaan strategi yang berbeda, dampak dari perilaku yang diinginkan, dan mengapa hal itu penting untuk mematuhi HH. Membangun kepercayaan pada petugas kesehatan untuk mampu berubah dan mematuhi kebersihan tangan adalah sebuah langkah penting dan bisa menjelaskan kemungkinan sukses, memberikan kendali pelajar, dan umpan balik. Langkah terakhir, kepuasan, terkait dengan motivasi; ini bisa berupa penghargaan intrinsik (internal) atau ekstrinsik (eksternal)

3. *Theory of Planned Behavior (TPB)*

TPB merupakan teori mengandalkan faktor tambahan untuk prediksi perilaku — kontrol yang dirasakan dari perilaku yang dimaksudkan, yang dalam hal ini adalah kepatuhan HH. Karena kepercayaan memainkan peran utama dalam perilaku apa pun, modifikasi dan perubahan keyakinan petugas kesehatan dapat mengakibatkan modifikasi perilaku, dalam hal ini TPB mengaitkan sikap dan perilaku (Ajzen et al., 2009). Oleh karena itu, niat petugas kesehatan dapat diprediksi untuk melakukan HH berdasarkan sikap dan keyakinan, tekanan sosial atau teman sebaya (norma subjektif), dan kontrol perilaku yang dirasakan (persepsi). Tingkat kontrol yang dirasakan adalah pandangan seseorang tentang sejauh mana melakukan kebersihan tangan itu mudah atau sulit. Seseorang cenderung lebih mudah mengubah perilaku jika mereka memiliki kendali atas perilaku tersebut. Untuk perubahan perilaku terjadi harus ada niat untuk berubah sedangkan kontrol perilaku yang dirasakan biasanya dipengaruhi oleh unsur internal dan alasan eksternal. Melakukan HH di rumah sakit yang diprediksi oleh keyakinan perawat akan manfaat tindakan, tekanan teman sebaya dari senior dokter dan administrator, dan pemodelan peran (Whitby et al., 2006).

B. Konsep *Hand Hygiene* (HH)

Hand hygiene (HH) merupakan salah satu upaya yang paling efektif dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi dalam perawatan kesehatan. HH adalah suatu perilaku penting dalam upaya mengurangi penyebaran patogen dari orang ke orang, objek ke orang, orang ke objek, atau objek ke objek (Ellingson et al., 2014). Selain itu, HH diidentifikasi sebagai komponen penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dan untuk pencegahan infeksi patogen (Salama et al., 2013). Tindakan HH meliputi semua tindakan yang bertujuan untuk menghilangkan kotoran/kontaminasi dari tangan dengan menggunakan formulasi *hand-rub* berbasis alkohol atau sabun, air, dan bahan pengering seperti kertas tissue sekali pakai atau handuk kain (Longtin et al., 2011). ABHR dengan khasiat antimikroba yang optimal biasanya mengandung 75 hingga 85% etanol, isopropanol, n-propanol, atau kombinasi produk-produk tersebut (Longtin et al., 2011)

Indikasi untuk HH telah dijelaskan oleh WHO dengan pendekatan “*My 5 Moments for Hand Hygiene*” yang merupakan hal penting untuk melindungi pasien, petugas kesehatan dan lingkungan perawatan terhadap penyebaran patogen dan pada akhirnya mengurangi HAIs (WHO, 2009). Adapun indikasi HH yang harus dilakukan oleh petugas kesehatan yaitu:

1. Sebelum menyentuh pasien

Untuk mencegah penularan silang dari satu pasien ke pasien lain, petugas layanan kesehatan harus melakukan HH segera sebelum menyentuh pasien atau ketika memasuki zona pasien (Pittet et al., 2006; Longtin et al., 2011). Selain itu, HH harus dilakukan dekat dengan tempat perawatan untuk menghindari kontaminasi ulang bila tangan petugas bersentuhan dengan benda yang jauh dari pasien, seperti gagang pintu (Sax, Allegranzi, Uc, & Pittet, 2007; Longtin et al., 2011). Kebersihan tangan pada indikasi ini akan mencegah potensi kolonisasi silang dengan patogen luar (Salmon et al., 2015).

2. Sebelum prosedur bersih / aseptik

Tindakan HH di zona pasien akan mencegah paparan infeksi baik kulit, mukosa, atau lingkungan dan sebelum kontak dengan area kritis (Salmon et al., 2015)

3. Setelah paparan / risiko cairan tubuh

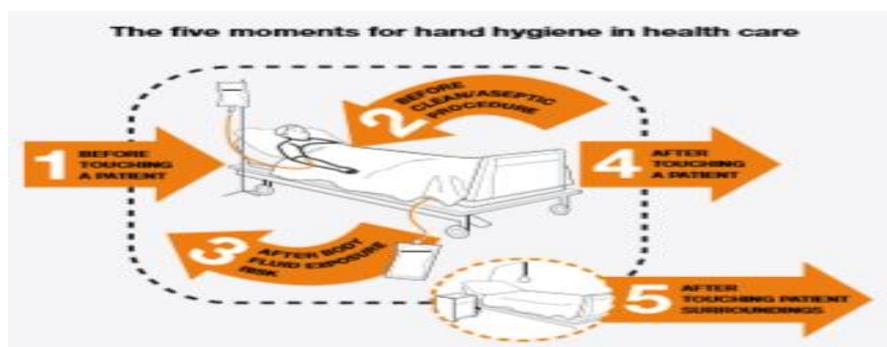
Untuk mencegah infeksi dan kolonisasi, HH harus dilakukan segera setelah menyelesaikan tugas yang terkait dengan risiko pajanan tangan terhadap cairan tubuh, bahkan tanpa adanya kotoran yang terlihat dan ketika sarung tangan telah digunakan (Longtin et al., 2011; Salmon et al., 2015)

4. Setelah menyentuh pasien

Petugas kesehatan meninggalkan zona pasien dan sebelum menyentuh permukaan di zona perawatan kesehatan dibutuhkan kepatuhan untuk melakukan HH dengan tujuan untuk menghindari penyebaran patogen ke dalam tempat perawatan kesehatan (Salmon et al., 2015)

5. Setelah menyentuh lingkungan pasien

Kebersihan tangan juga harus dilakukan sesaat setelah meninggalkan pasien dan sebelum menyentuh benda apa pun yang terletak di luar zona pasien (Sax et al., 2007). Penyelesaian langkah ini akan membatasi risiko penyebaran kuman ke lingkungan perawatan kesehatan. Karena lingkungan terdekat pasien juga terkontaminasi oleh flora kulit pasien, kontak dengan benda-benda yang terletak di lingkungan pasien, seperti monitor, meja samping tempat tidur, atau rel tempat tidur, harus diikuti dengan penggunaan kebersihan tangan bahkan jika tidak ada langsung kontak dengan pasien (Longtin et al., 2011).

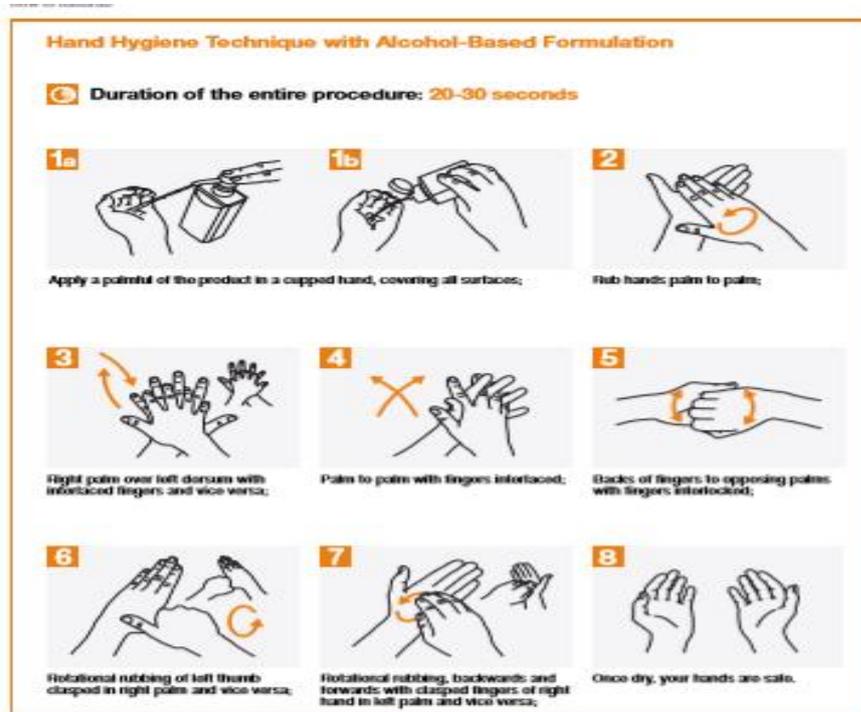


Gambar 2.1 5 momen untuk *hand hygiene*

Ada dua teknik yang dikenal untuk melakukan HH yaitu menggosok tangan dengan formulasi *hand rub* berbasis alkohol dan mencuci tangan dengan sabun dan air (WHO, 2009b). Adapun prosedurnya sebagai berikut:

1. Menggosok tangan dengan formulasi *hand rub* berbasis alkohol

Untuk melakukan penggosokan tangan, oleskan *hand rub* berbasis alkohol ke tangan yang ditangkupkan dan gosok tangan bersama untuk menutupi semua permukaan. Lalu gosok tangan lagi, telapak tangan ke telapak tangan. Untuk mencapai daerah interdigital punggung tangan, gosok jari-jari satu tangan di atas dorsum tangan lain dan jalin jari-jari. Ulangi prosedur di sisi telapak tangan untuk mencapai area palmar interdigital. Untuk membersihkan aspek dorsal falang distal, gosok bagian belakang jari-jari di telapak tangan lainnya dengan jari-jari saling bertautan. Dekontaminasi ujung jari dan daerah subungual dengan memutarnya ditelapak tangan yang lain. Untuk membersihkan pangkal ibu jari, jepit ditelapak tangan yang lain dan putar ibu jari. Setiap urutan harus diulangi di kedua tangan. Seluruh prosedur harus diselesaikan selama 20 hingga 30 detik dan tangan harus digosok sampai kering.



Gambar 2.2 Tehnik mencuci tangan dengan *hand rub* berbasis alkohol

2. Mencuci tangan dengan sabun dan air

Untuk mencuci tangan, basahi dengan air dan oleskan jumlah sabun yang diperlukan untuk menutupi semua permukaan. Gosok tangan dengan kuat bersama untuk menutupi semua permukaan dan menyelesaikan prosedur dengan mengikuti langkah-langkah yang dijelaskan untuk menggosok tangan. Ketika tangan telah benar-benar didekontaminasi, bilas dengan air dan keringkan dengan menggunakan handuk kertas sekali pakai, handuk kain, atau pengering udara panas. Tepuk-tepuk kulit dengan lembut daripada menggosoknya untuk melindungi tangan dari keretakan. Hindari handuk yang dapat digunakan kembali, karena merupakan sumber infeksi silang yang mungkin terjadi. Ketika tangan kering, matikan keran menggunakan handuk kertas untuk mencegah kontaminasi ulang. Seluruh prosedur harus diselesaikan setidaknya 40 hingga 60 detik.



Gambar 2.3 TehnGambar 2.3 Tehnik mencuci tangan dengan menggunakan air dan sabun

Kepatuhan *Hand Hygiene* (HH)

Secara teknis, kepatuhan HH dihitung sebagai rasio jumlah tindakan yang dilakukan terhadap jumlah peluang (Allegranzi et al., 2017). Adapun faktor yang mempengaruhi kepatuhan HH pada petugas kesehatan antara lain:

a. Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya HH dikalangan petugas kesehatan seperti indikasi HH, cara melakukan HH dengan benar, dan prosedur standar yang berlaku perlu disosialisasikan pada seluruh petugas kesehatan. Pemberian sosialisasi dalam bentuk intervensi pendidikan berhasil meningkatkan kepatuhan HH di antara semua petugas kesehatan di unit yang berisiko tinggi terhadap HCAs (Phan et al., 2018). Pengetahuan yang cukup dikalangan petugas kesehatan tentang risiko transmisi silang patogen dari dan kepada pasien dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap setiap indikasi HH yang dihadapi selama mengelola pasien (Tschudin-Sutter et al., 2010). Oleh karena itu, langkah awal dalam memperkenalkan perilaku mencuci tangan secara efektif dibutuhkan pemberian informasi dan usaha menanamkan kesadaran diri bagi petugas kesehatan (Tschudin-Sutter et al., 2010).

b. Penggunaan sarung tangan

Penggunaan sarung tangan dapat mencegah kontaminasi pada tangan terutama saat kontak dengan cairan tubuh pasien (Allegranzi et al., 2017) dan mengurangi risiko petugas kesehatan mendapatkan infeksi dari pasien (Longtin et al., 2011). Namun, Penggunaan sarung tangan tidak menggantikan kebutuhan untuk melakukan kebersihan tangan (Sax et al., 2007; WHO, 2009b). Mencuci tangan dengan antiseptik tetap harus dilakukan sebelum dan sesudah menggunakan sarung tangan (Longtin et al., 2011). Hasil studi yang dilakukan oleh Flores & Pevalin (2006) menyatakan kepatuhan HH secara signifikan lebih buruk setelah penggunaan sarung tangan yang tidak tepat. Penggunaan sarung tangan juga bisa berdampak negatif terhadap kepatuhan HH karena bisa

menghabiskan waktu dan sebagian petugas kesehatan beranggapan bahwa menggunakan sarung tangan akan meniadakan HH (Cusini et al., 2015).

c. Fasilitas yang kurang atau tidak memadai

Tidak tersedianya fasilitas untuk melaksanakan HH seperti air mengalir, sabun antiseptik, lap tangan sekali pakai dan dispenser alkohol menyebabkan petugas kesehatan tidak dapat melakukan HH sesuai dengan rekomendasi yang ada. Sebaliknya, ketersediaan produk-produk untuk HH seperti *hand rub* berbasis alkohol (ABHR) pada area perawatan sangat penting untuk kepatuhan HH (Salmon et al., 2015)

d. Dukungan institusi dan umpan balik

Intervensi tunggal dalam meningkatkan kepatuhan mencuci tangan sering gagal sehingga diperlukan pendekatan seperti pemantauan secara rutin oleh supervisor dan pemberian umpan balik. Hasil study Storey et al (2014) melaporkan bahwa pemberian umpan balik dianggap cukup efektif dalam meningkatkan kepatuhan HH pada petugas kesehatan. Namun demikian pemberian umpan balik ini harus dilakukan secara berkala dan berkesinambungan.

e. Beban kerja

Kelebihan beban kerja telah ditetapkan sebagai salah satu dari banyak hambatan yang membatasi kepatuhan terhadap rekomendasi HH. Beban kerja yang lebih tinggi dapat meningkatkan frekuensi ketidakpatuhan terhadap kebersihan tangan (Garus-Pakowska, 2011).

f. Efek samping mencuci tangan

Kekeringan, iritasi kulit, atau dermatitis kontak alergi merupakan reaksi kulit akibat mencuci tangan yang banyak dilaporkan oleh berbagai penelitian. Selain terganggu oleh gejala yang muncul, petugas kesehatan yang mengalami masalah kulit juga mempunyai risiko terpapar mikroorganisme saat kontak dengan pasien atau cairan tubuh. Hal ini dapat menyebabkan keengganan petugas kesehatan untuk melakukan HH sehingga kepatuhan petugas terhadap HH menjadi menurun.

C. Konsep Intervensi Multimodal

Promosi untuk meningkatkan kepatuhan HH dibutuhkan penerapan dari berbagai strategi. WHO telah memperkenalkan strategi multimodal untuk peningkatan HH sebagai sarana untuk mencapai dan mempertahankan perilaku HH yang optimal (WHO, 2009a). Secara singkat, lima (5) elemen untuk strategi multimodal yang telah diperkenalkan oleh WHO yaitu:

1. Perubahan sistem (*system change*): memastikan bahwa infrastruktur yang diperlukan tersedia untuk memungkinkan petugas kesehatan mempraktikkan HH. Ketersediaan elemen ini sangat penting dan harus berkelanjutan seperti penyediaan air bersih, handuk dan sabun yang berkelanjutan. Selain itu, *handrub* berbasis alkohol yang mudah diakses pada titik perawatan
2. Pelatihan/pendidikan: memberikan pelatihan rutin tentang pentingnya kebersihan tangan, berdasarkan pada pendekatan "*My 5 Moments for Hand Hygiene*", dan prosedur yang benar untuk mencuci tangan bagi semua pekerja kesehatan.
3. Evaluasi dan umpan balik: memantau praktik, infrastruktur, persepsi dan pengetahuan HH , sambil menyediakan hasil dan umpan balik bagi petugas kesehatan
4. Pengingat di tempat kerja: mendorong dan mengingatkan petugas kesehatan tentang pentingnya kebersihan tangan, indikasi dan prosedur yang tepat untuk melakukannya
5. Iklim keamanan institusi: menciptakan lingkungan dan persepsi yang memfasilitasi peningkatan kesadaran tentang masalah keselamatan pasien sambil menjamin pertimbangan peningkatan HH sebagai prioritas tinggi di semua tingkatan, termasuk partisipasi aktif di tingkat kelembagaan dan individu, kesadaran akan kapasitas individu dan institusi untuk berubah, kemitraan dengan pasien dan organisasi pasien.

D. Tinjauan *Systematic review* (SR)

Systematic review merupakan jenis sintesis penelitian yang dilakukan oleh kelompok peninjau dengan keterampilan khusus, untuk mengidentifikasi dan mengambil bukti internasional yang relevan dengan pertanyaan tertentu, menilai dan mensintesis hasil pencarian (Munn, Peters, et al., 2018). SR memberikan tingkat pemahaman yang lebih luas dan lebih akurat daripada tinjauan literatur secara tradisional karena dilakukan secara sistematis dengan mengikuti tahapan dan protokol yang memungkinkan proses penulisan artikel terhindar dari bias dan pemahaman yang bersifat subyektif dari penelitiannya (Delgado-Rodríguez & Sillero-Arenas, 2018). Dalam SR bukti tentang efek intervensi dapat berasal dari tiga kategori studi utama yaitu studi eksperimental, quasi-eksperimental dan studi observasional (JBI, 2020).

Adapun tujuan dari SR adalah untuk merangkum bukti terbaik yang tersedia menggunakan metode yang ketat dan transparan (Aromataris & Pearson, 2014). Studi lain yang dikemukakan oleh (Delgado-Rodríguez & Sillero-Arenas, 2018) bahwa tujuan umum dari tinjauan sistematis yaitu untuk penilaian konsistensi studi utama, memperoleh penafsiran secara keseluruhan dari suatu asosiasi, mengidentifikasi subkelompok tempat pemaparan dan penilaian kualitas studi utama dalam menawarkan panduan untuk studi masa depan.

Indikasi untuk tinjauan sistematis secara umum menurut Munn, Stern, et al (2018) adalah sebagai berikut:

1. Mengungkap bukti internasional
2. Mengkonfirmasi praktik saat ini/mengidentifikasi praktik baru
3. Mengidentifikasi dan menginformasikan bidang untuk penelitian masa depan
4. Mengidentifikasi dan menyelidiki hasil yang bertentangan
5. Menghasilkan pernyataan untuk memandu pengambilan keputusan

Menurut Aromataris & Pearson (2014) karakteristik yang menentukan dari tinjauan sistematis dan pelaksanaannya yaitu:

1. Tujuan dan pertanyaan yang diartikulasikan secara jelas untuk diatasi

2. Kriteria inklusi dan eksklusi, ditetapkan dalam protokol yang menentukan kelayakan studi
3. Pencarian komprehensif untuk mengidentifikasi semua studi yang relevan, baik yang diterbitkan maupun yang tidak diterbitkan
4. Menilai kualitas studi yang disertakan, penilaian validitas hasil, dan pelaporan setiap pengecualian berdasarkan kualitas
5. Analisis data yang diekstraksi dari penelitian yang disertakan
6. Presentasi dan sintesis dari temuan yang diekstraksi
7. Pelaporan yang transparan tentang metodologi dan metode yang digunakan untuk melakukan tinjauan

Langkah-langkah yang dilakukan dalam suatu tinjauan sistematis menurut Aromataris & Pearson (2014) yaitu:

1. Meninjau pertanyaan ulasan dan kriteria inklusi

Tinjauan sistematis secara ideal bertujuan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan spesifik, mensintesis dan meringkas pengetahuan yang ada sehingga penelitian yang relevan harus sudah ada pada topik. Kelayakan studi untuk dimasukkan dalam ulasan (berdasarkan elemen PICO dari pertanyaan ulasan) dan metode yang digunakan untuk melakukan tinjauan. Selain unsur-unsur PICO, kriteria inklusi harus menentukan desain penelitian atau jenis studi yang ditinjau sehingga penetapan “desain penelitian” sebagai elemen tambahan untuk dimasukkan sebagai bagian dari kriteria inklusi mengubah mnemonik PICO standar menjadi PICOS (Aromataris & Pearson, 2014).

2. *Searching for studies*

Searching for studies bertujuan untuk mengidentifikasi sebanyak mungkin studi tentang topik yang diminati, dan strategi pencarian yang komprehensif harus dikembangkan dan disajikan kepada pembaca (Moher et al., 2009). Strategi pencarian menggunakan kata kunci yang berasal dari pertanyaan ulasan. Pencarian pendahuluan ini membantu mengidentifikasi istilah pencarian yang optimal, termasuk kata kunci lebih lanjut dan judul subjek, yang kemudian digunakan ketika mencari semua *database* yang relevan. Selain itu, pencarian manual dilakukan

dari daftar referensi di semua artikel yang diambil untuk mengidentifikasi studi yang tidak terjawab selama pencarian *database* (Aromataris & Pearson, 2014).

3. Seleksi studi dan *critical appraisal*

Elemen PICO dapat membantu dalam menentukan kriteria inklusi yang digunakan untuk memilih studi untuk tinjauan sistematis. Kriteria inklusi menempatkan pertanyaan tinjauan dalam konteks praktis dan bertindak sebagai panduan yang jelas untuk tim peninjau karena mereka menentukan studi mana yang harus dimasukkan. Setelah ditentukan studi mana yang harus dimasukkan, kualitas artikel harus dinilai dengan *critical appraisal*.

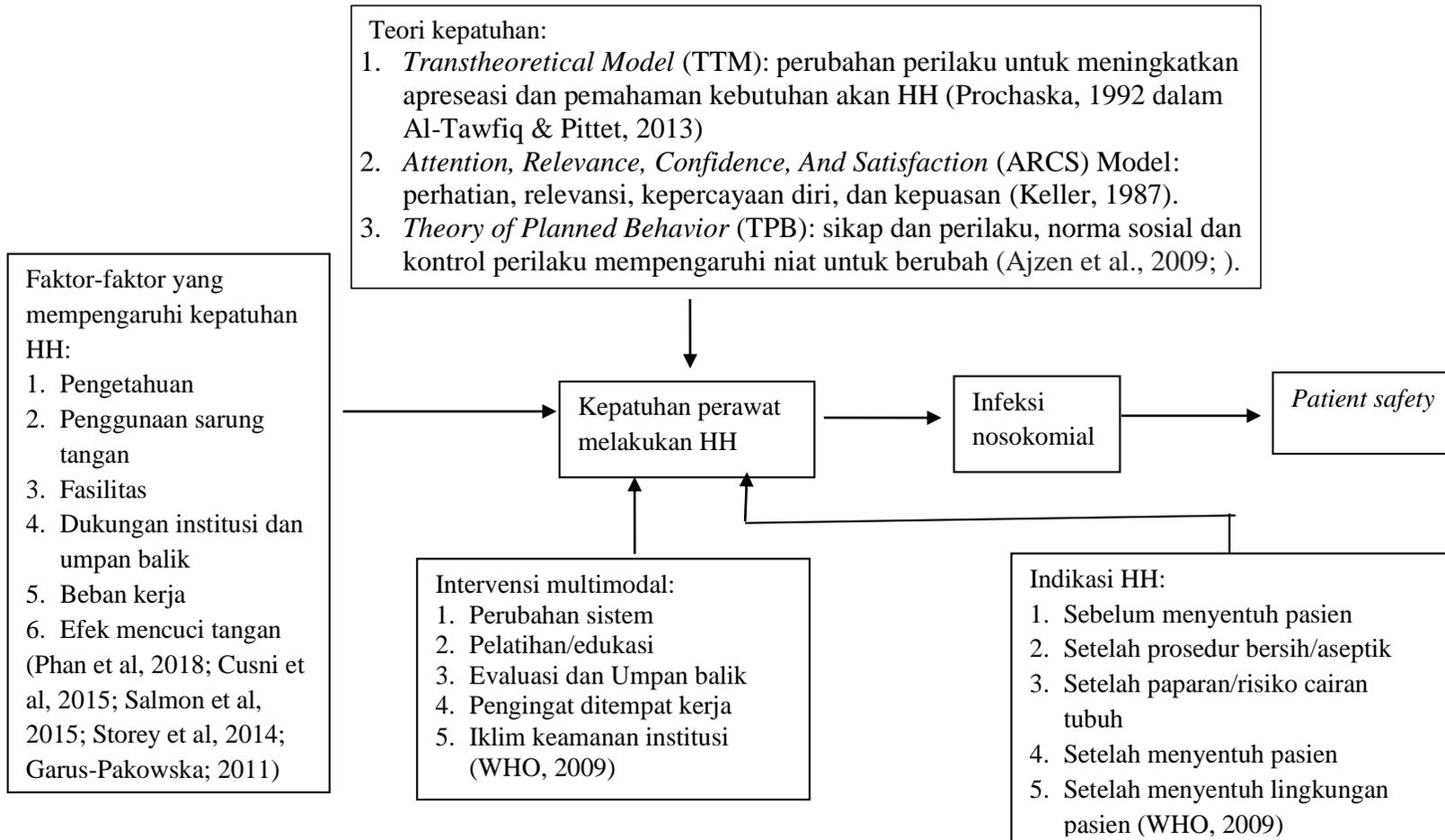
4. Ekstraksi dan sintesis data

Setelah kualitas penelitian telah ditetapkan, data yang relevan selaras dengan hasil tinjauan yang telah ditentukan sebelumnya harus diekstraksi untuk sintesis yang sangat penting dari temuan. Data yang disintesis oleh tinjauan sistematis adalah hasil yang diekstraksi dari studi penelitian individu; seperti dengan penilaian kritis, ekstraksi data sering difasilitasi oleh penggunaan alat atau instrumen yang memastikan bahwa data yang paling relevan dan akurat dikumpulkan dan dicatat.

5. Interpretasi temuan dan rekomendasi untuk memandu praktik keperawatan

Kesimpulan dari tinjauan sistematis, bersama dengan rekomendasi untuk praktik klinis dan implikasi untuk penelitian masa depan, harus didasarkan pada temuan yang ada.

E. Kerangka Teori



Gambar 2.4: Kerangka Teori