

TESIS

**INTERVENSI KESEHATAN BERBASIS KOMUNITAS UNTUK
MENINGKATKAN PERILAKU MENCARI BANTUAN
KESEHATAN DI ASIA: SCOPING REVIEW**



RAHMAT HIDAYAT

R012172018

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2022

TESIS

**INTERVENSI KESEHATAN BERBASIS KOMUNITAS UNTUK
MENINGKATKAN PERILAKU Mencari BANTUAN
KESEHATAN DI ASIA: SCOPING REVIEW**





RAHMAT HIDAYAT

R012172018

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

2022

TESIS

**INTERVENSI KESEHATAN BERBASIS KOMUNITAS UNTUK
MENINGKATKAN PERILAKU Mencari BANTUAN KESEHATAN DI ASIA:
SCOPING REVIEW**

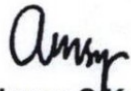
Disusun dan diajukan oleh

Rahmat Hidayat
Nomor Pokok: R012172018

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 11 Februari 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Andi Masvitha Irwan.S.Kep..Ns..MAN..Ph.D
NIP. 19830310-200812 2 002



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

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Elly L. Siattar. S.Kp. M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2002



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,

Dr. Annyanti Saleh. S.Kp..M.Si
NIP. 19680421 2001 122 002

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Rahmat Hidayat

NIM : R012172018

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulis saya berjudul ;

Intervensi Kesehatan Berbasis Komunitas Untuk Meningkatkan Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan di Asia: Scoping Review

Adalah karya tulis saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa tesis yang saya tulis ini benar benar merupakan 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, 11 Februari 2022

Yang menyatakan,



Rahmat Hidayat

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT atas segala nikmat iman, rahmat dan hidayah-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penulisan Tesis “Intervensi Kesehatan Berbasis Komunitas Untuk Meningkatkan Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan di Asia; *Scoping Review*” pada waktu yang telah ditentukan. Tesis ini disusun sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan dari Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Teriring pula salam dan shalawat kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sebagai *Uswatun Hasanah* beserta keluarga dan para sahabatnya yang telah menyempurnakan akhlak manusia di muka bumi ini.

Penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal tesis ini. Kepada pembimbing I Andi Masyitha Irwan, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D, dan pembimbing II Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D, yang berkenan memberi bimbingan, arahan dan masukan bagi tersusunnya tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih terdapat kelemahan yang perlu diperkuat dan kekurangan yang perlu dilengkapi. Oleh karena itu, dengan rendah hati penulis mengharapkan masukan, koreksi dan saran untuk memperkuat kelemahan dan melengkapi kekurangan tersebut. Akhir kata, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya bagi pengembangan Ilmu pengetahuan dan penelitian selanjutnya di PSMIK Universitas Hasanuddin, Aamiin.

Makassar, 11 Februari 2022



Penulis

DAFTAR ISI

TESIS	i
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR BAGAN.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR ISTILAH	xi
BAB IPENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Teori Health Seking Behavior.....	7
B. Intervensi Kesehatan Berbasis Komunitas.....	15
C. Scoping Review.....	17
D. Kerangka Konsep.....	27
BAB III METODE PENELITIAN	28
A. Pendekatan Metodologik.....	28
B. Defenisi Operasional	28
C. Tahapan Penelitian	28
D. Etika Penelitian	34
BAB IV HASIL.....	35
A. Populasi	35
B. Intervensi Dilaksanakan	37
C. Efek Terhadap Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan.....	46
BAB V PEMBAHASAN	55

BAB VI PENUTUP	62
A. Kesimpulan.....	62
B. Saran.....	62
C. Keterbatasan	63
D. Implikasi Dalam Keperawatan	63
DAFTAR PUSTAKA	64

DAFTAR BAGAN

Bagan 1. Model Perilaku Penggunaan Layanan Kesehatan.....	7
Bagan 2. Evolusi konsep perilaku mencari bantuan kesehatan dalam keperawatan....	10
Bagan 3. Kerangka konsep penelitian.....	27
Bagan 4. Flow diagram.....	32

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Starategi Pencarian	30
Tabel 2. Karakteristik Studi.....	35
Tabel 3. Populasi.....	37
Tabel 4. Tahapan Intervensi.....	51
Tabel 5. Efek Terhadap Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan.....	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. PRISMA-ScR

Lampiran 2. PRISMA 2009 Flow Diagram

DAFTAR ISTILAH

HSB	: <i>Health Seeking Behaviour</i>
ScR	: <i>Scoping Review</i>
PCC	: <i>Population/participant, Concept, Context</i>
PRISMA	: <i>Preffered Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Anaysis</i>
ASI	: Air Susu Ibu

ABSTRAK

Rahmat Hidayat. Intervensi Kesehatan Berbasis Komunitas Untuk Meningkatkan Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan Di Asia: *Scoping Review* (Dibimbing Oleh Andi Masyitha Irwan dan Rini Rachmawaty)

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi model intervensi kesehatan berbasis komunitas dilaksanakan pada populasi apa saja, bagaimana pelaksanaannya dan bagaimana efek terhadap perilaku mencari bantuan kesehatan.

Penelitian ini menggunakan beberapa database seperti PubMed, Scopus, Proquest, EBSCOhost dan ClinicalKey for Nursing. Melalui basis data tersebut didapatkan 14.354 artikel yang teridentifikasi, kemudian di eksklusi dengan kriteria studi; studi dilakukan pada negara di asia, studi tentang perilaku mencari bantuan kesehatan, studi tentang intervensi kesehatan berbasis komunitas dan studi terbit 10 tahun terakhir. Hasil akhir didapatkan sebanyak 26 artikel yang di inclusion.

Intervensi kesehatan berbasis komunitas dilaksanakan pada populasi yang beragam, seperti ibu dan anak baru lahir, ibu hamil, anak sekolah dan pra sekolah, masyarakat, keluarga, perempuan dan laki laki gay. Pelaksanaan intervensi juga beragam, seperti intervensi dengan dengan membangun koalisi, menggunakan teknologi seperti pesan melalui ponsel dan berbasis web, ada pula yang melakukan pendidikan kesehatan dan juga menggunakan pendekatan ekonomi seperti transfer tunai ataupun pemberian kecamata gratis. Setelah intervensi dilaksanakan hasil didapatkan peningkatan perilaku mencari bantuan kesehatan pada dimensi aktif dalam pengambilan keputusan dimana populasi target memilih menggunakan layanan kesehatan dengan baik, terjadi peningkatan pada dimensi intelektual dimana pengetahuan menjadi lebih baik dan akhirnya perilaku mencari bantuan kesehatan menjadi lebih baik dan terjadi peningkatan pada konteks sosial.

Kata Kunci : *Health Seeking Behaviour, Community-Based Health Interventions* dan Asia

ABSTRAK

Rahmat Hidayat. Community Based Health Interventions to Improve Health Help Seeking Behavior in Asia: Scoping Review (Supervised By Andi Masyitha Irwan and Rini Rachmawaty)

This study aims to identify a model of community-based health intervention carried out in any population, how it is implemented and how it affects the behavior of seeking health assistance.

This study uses several databases such as PubMed, Scopus, Proquest, EBSCOhost and ClinicalKey for Nursing. Through the database, 14,354 articles were identified, which were then excluded according to the study criteria; studies conducted in countries in Asia, studies on health seeking behavior, studies on community-based health interventions and studies published in the last 10 years. The final result obtained as many as 26 articles that were included.

Community-based health interventions are implemented in diverse populations, such as mothers and newborns, pregnant women, school and preschool children, communities, families, gay women and men. The implementation of interventions also varies, such as interventions by building coalitions, using technology such as mobile and web-based messaging, some are carrying out health education and also using economic approaches such as cash transfers or the provision of free glasses. After the intervention was carried out, the results showed an increase in behavior seeking health assistance on the active dimension in decision making where the target population chose to use health services well, there was an increase in the intellectual dimension where knowledge became better and finally the behavior of seeking health assistance became better and there was an increase in context. social.

Keywords: Health Seeking Behavior, community-based health interventions and Asia

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kematian diakibatkan oleh penyakit di dunia sangat tinggi, pada tahun 2016 sebanyak 56,9 juta kematian di seluruh dunia. Kematian karena penyakit jantung iskemik dan stroke merupakan yang tertinggi yaitu membunuh 15,2 juta jiwa. Kemudian disusul penyakit paru obstruktif kronis yang mengakibatkan 3,0 juta kematian dan infeksi saluran pernafasan bagian bawah mengakibatkan 3,0 juta kematian. Penyakit kanker paru-paru (bersama dengan kanker trakea dan bronkus) mengakibatkan 1,7 juta kematian, Diabetes mellitus mengakibatkan 1,6 juta kematian dan penyakit diare mengakibatkan 1,4 juta kematian (World Health Organization, 2018). Namun angka kematian tersebut dapat ditekan, karena penyebabnya adalah penyakit kronis yang dapat dicegah.

Salah satu cara sehingga suatu penyakit tidak menjadi kronis yaitu dengan meningkatkan perilaku mencari bantuan kesehatan. Perilaku mencari bantuan kesehatan ini mengacu pada perilaku orang-orang yang mencari kesehatan mereka sendiri melalui layanan kesehatan yang disediakan untuk memecahkan masalah yang mengganggu (Bana et al., 2016). Dengan perilaku mencari bantuan kesehatan yang baik, pencegahan, diagnosis dini dan pengelolaan kondisi penyakit dapat segera dilakukan. Hal tersebut membantu dalam menghindari penderitaan yang substansial, peningkatan biaya pengobatan dan kematian dini (Mohiuddin, 2019), sehingga banyak nyawa dapat diselamatkan jika mereka mendapatkan

informasi kesehatan preventif tepat waktu (KM & D'Souza, 2013). Namun jika terlambat dalam mencari bantuan kesehatan dapat berakibat pada komplikasi fatal, lama tinggal di rumah sakit (Wambui et al., 2018), hasil kesehatan yang lebih buruk, peningkatan morbiditas dan mortalitas, serta statistik kesehatan yang lebih buruk (Latunji & Akinyemi, 2018).

Perilaku mencari bantuan kesehatan di Asia masih sangat rendah. Menurut World Health Organization (2020) di Asia Tenggara terlihat bahwa penggunaan layanan rawat jalan masih rendah. Di Vietnam hasil penelitian menemukan bahwa dari 1.805 wanita di pedesaan yang mengalami infeksi saluran reproduksi, hanya sepertiga yang mencari perawatan kesehatan. Wanita yang berpenghasilan rendah dan menengah di mana kemiskinan dan ketidakadilan gender memengaruhi akses mereka ke layanan perawatan kesehatan (Nielsen et al., 2016). Sedangkan di Kamboja perilaku mencari bantuan kesehatan di masyarakat masih sangat rendah, hal tersebut dikarenakan oleh faktor pengetahuan, perilaku sosial budaya, keuangan dan transportasi, penyediaan perawatan dan keterlibatan perawatan kesehatan (Watson et al., 2020). Di Negara Indonesia lansia tidak secara teratur mengunjungi layanan kesehatan masyarakat disebabkan oleh faktor efikasi diri yang tinggi yang tidak dibarengi dengan pengetahuan tentang pentingnya perawatan diri secara teratur, akibatnya perawatan diri pun kurang tepat seperti tidak membatasi konsumsi gula dan garam (Irwan et al., 2016). Menurut Ismail et al., (2019) beberapa negara di Asia Selatan, perilaku mencari perawatan neonatus masih sangat rendah terlebih pada neonatus perempuan dibandingkan pada laki laki. Hal tersebut terjadi karena norma sosial, ekonomi dan budaya lebih memberikan nilai

lebih kepada anak laki laki dibanding anak perempuan. Di negara India perilaku mencari bantuan kesehatan pada ibu hamil masih rendah diakibatkan oleh karena kesenjangan sosial dan spasial serta kendala transportasi serta keuangan (Mahapatro, 2015).

Perilaku mencari bantuan kesehatan orang Afrika, Amerika dan Eropa juga masih memiliki banyak hambatan. Hal ini di ungkapkan dalam penelitian Hewins-Maroney et al., (2005) yang menemukan bahwa perilaku mencari bantuan kesehatan pada orang Afrika - Amerika masih memiliki banyak hambatan seperti kemiskinan, rasisme, prasangka, dan diskriminasi. Sama halnya yang diungkapkan oleh Cheatham et al., (2008) yang menyatakan bahwa perilaku mencari bantuan kesehatan orang kulit hitam masih kurang bagus dikarenakan oleh status sosial ekonomi, kepercayaan, rasisme, kurangnya kesadaran akan kebutuhan akan perawatan primer, keyakinan agama, dan pengaruh teman sebaya. Review yang dilakukan Galdas et al., (2005) juga menemukan bahwa laki laki Eropa enggan untuk mencari bantuan kesehatan ketika mereka sakit, faktor penyebabnya adalah pekerjaan, status sosial ekonomi dan usia. Maka dari itu perlu mengatasi hambatan-hambatan tersebut sehingga perilaku mencari bantuan kesehatan menjadi baik.

Hal yang menghambat perilaku mencari bantuan kesehatan sangat kompleks. Seperti diungkapkan oleh Poortaghi et al., (2015) bahwa faktor budaya, sosial, ekonomi dan pola masalah penyakit yang terkait dengan layanan kesehatan merupakan hal yang mempengaruhi perilaku tersebut. Hal yang turut mempengaruhi juga seperti interksional, intelektual, pengambilan keputusan dan

persepsi diri terkait penyakit yang dialaminya. Maka dari itu penting untuk mencari cara yang mampu menangani hambatan hambatan tersebut.

Salah satu cara untuk meningkatkan perilaku mencari bantuan kesehatan pada masyarakat yaitu dengan intervensi kesehatan berbasis komunitas. Ditinjau dari penghambat dari perilaku mencari bantuan kesehatan, hal tersebut berkaitan dengan masalah masalah dalam komunitas. Intervensi kesehatan berbasis komunitas ini merupakan tindakan yang dilakukan untuk mengubah kesehatan dalam lingkungan komunitas dengan cara pengurangan penyakit, kondisi penyakit, dan risiko kesehatan, serta menciptakan lingkungan yang mendukung untuk pemeliharaan perubahan perilaku (Guttmacher, Vana, et al., 2010). Dalam intervensi ini strategi pelaksanaannya yaitu dengan menjadikan komunitas sebagai setting, komunitas sebagai target, komunitas sebagai agen, dan komunitas sebagai sumber daya (Polk et al., 2014).

Studi literature sebelumnya dilakukan oleh Gopalan, Mutasa, Friedman, & Das, (2014) didapatkan *sistematik review* tentang cara/program insentif keuangan dapat meningkatkan perilaku mencari bantuan kesehatan, namun ada pula yang mencapai hasil perilaku yang tidak diharapkan. Hal tersebut terlihat dari artikel yang direview yaitu sebanyak delapan studi melaporkan hasil perilaku yang diharapkan negative dimana perilaku mencari bantuan kesehatan tidak berubah menjadi lebih baik, bahkan empat studi menyebutkan tentang hasil yang merugikan, dimana program tersebut menimbulkan perilaku mencari bantuan kesehatan menjadi negative dan merugikan setelah dilakukan program tersebut. Cara/program tersebut perlu dikaji lebih dalam terkait faktor penghambat dari intervensi tersebut

sehingga intervensi tersebut tidak sukses dalam pelaksanaannya. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mencari literature dan melakukan *scoping review* terkait intervensi kesehatan berbasis komunitas yang mampu meningkatkan perilaku mencari bantuan kesehatan di Asia. Sehingga dapat diketahui model intervensi kesehatan berbasis komunitas dilaksanakan pada populasi apa saja, siapa pelaksana dan menggunakan pendekatan apa saja dalam pelaksanaannya sehingga mampu meningkatkan perilaku mencari bantuan kesehatan?

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengidentifikasi intervensi kesehatan berbasis komunitas yang meningkatkan perilaku mencari bantuan kesehatan di Asia.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi populasi pada intervensi kesehatan berbasis komunitas dilaksanakan sehingga mampu meningkatkan perilaku mencari bantuan kesehatan.
- b. Mengidentifikasi tahapan pelaksanaan intervensi kesehatan berbasis komunitas yang meningkatkan perilaku mencari bantuan kesehatan.
- c. Mengidentifikasi hasil dalam pelaksanaan intervensi kesehatan berbasis komunitas yang meningkatkan perilaku mencari bantuan kesehatan.

C. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini diharapkan dapat:

1. Memberikan pemahaman tentang populasi, strategi pelaksanaan intervensi berbasis komunitas dan hasil pada perilaku mencari bantuan kesehatan di Asia.
2. Sebagai bahan pertimbangan ditatanan pelayanan kesehatan komunitas dalam pelaksanaan intervensi berbasis komunitas untuk meningkatkan perilaku mencari bantuan kesehatan di Asia.
3. Sebagai bahan pertimbangan kepada pemangku kebijakan dalam membuat atau menjalankan program/intervensi kesehatan berbasis komunitas di kawasan Asia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

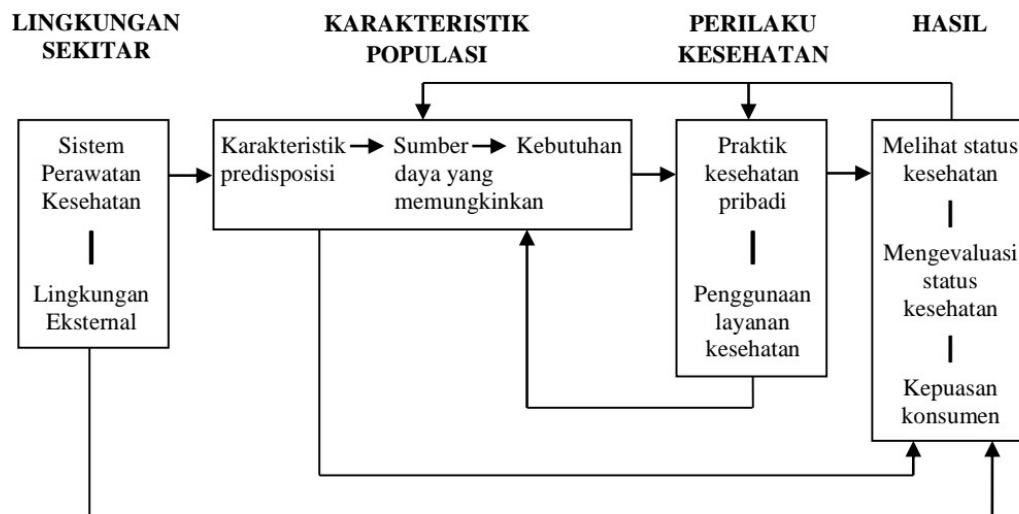
A. Teori Health Seeking Behavior

1. Pengertian

Model perilaku dan penggunaan layanan kesehatan oleh masyarakat yang kemudian lebih umum dikenal sebagai *health seeking behaviour* (HSB) atau perilaku mencari bantuan kesehatan adalah fungsi dari kecenderungan mereka untuk menggunakan layanan, faktor-faktor yang memungkinkan atau menghalangi penggunaan, dan kebutuhan mereka akan perawatan (Andersen, 1995). HSB juga didefinisikan sebagai tindakan seseorang untuk mencapai kesejahteraan maksimum, pemulihan dan rehabilitasi, hal tersebut bisa terjadi dengan atau tanpa masalah kesehatan dan dalam jangkauan potensi masalah kesehatan nyata (Poortaghi et al., 2015).

2. Model Perilaku Penggunaan Layanan Kesehatan

Bagan 1. Model Perilaku Penggunaan Layanan Kesehatan (Andersen, 1995).



a. Lingkungan Sekitar

Lingkungan sekitar yaitu; 1) Sistem perawatan kesehatan meliputi kebijakan kesehatan nasional, sumber daya dan organisasinya sebagai penentu penting dari penggunaan layanan oleh penduduk, serta perubahan dalam penggunaan tersebut dan 2) lingkungan eksternal meliputi komponen fisik, politik dan ekonomi.

b. Karakteristik Populasi

Karakteristik predisposisi yaitu; 1) faktor demografi seperti usia dan jenis kelamin, 2) struktur sosial meliputi pendidikan, pekerjaan serta etnis, dan 3) kepercayaan kesehatan meliputi sikap, nilai serta pengetahuan yang dimiliki seseorang tentang kesehatan dan layanan kesehatan yang mungkin memengaruhi persepsi mereka selanjutnya tentang kebutuhan dan penggunaan layanan kesehatan. Keyakinan kesehatan menyediakan satu cara untuk menjelaskan bagaimana struktur sosial dapat memengaruhi sumber daya yang memungkinkan dan kebutuhan yang dirasakan (Andersen, 1995).

Sumber daya yang memungkinkan yaitu; 1) tenaga dan fasilitas kesehatan harus tersedia di tempat orang tinggal dan bekerja, 2) orang harus memiliki sarana dan pengetahuan untuk mendapatkan layanan tersebut dan memanfaatkannya, 3) Pendapatan, 4) asuransi kesehatan, 5) sumber perawatan rutin, dan 6) waktu tempuh dan menunggu. Sumber daya yang memungkinkan berfungsi untuk memfasilitasi atau menghalangi penggunaan layanan kesehatan (Andersen, 1995).

Kebutuhan yaitu; 1) kebutuhan yang dirasakan seperti bagaimana orang memandang kesehatan umum dan keadaan fungsional mereka sendiri, serta bagaimana mereka mengalami gejala penyakit, nyeri, dan kekhawatiran tentang kesehatan mereka dan apakah mereka menilai masalah mereka sebagai penyebab atau tidak. 2) Kebutuhan yang dievaluasi mewakili penilaian profesional tentang status kesehatan orang dan kebutuhan mereka akan perawatan medis. Kebutuhan yang dirasakan akan lebih membantu untuk memahami pencarian perawatan dan kepatuhan terhadap rejimen medis, sementara kebutuhan yang dievaluasi akan lebih erat terkait dengan jenis dan jumlah perawatan yang akan diberikan setelah pasien datang ke penyedia perawatan medis (Andersen, 1995).

c. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan meliputi praktik kesehatan pribadi seperti diet, olahraga dan perawatan diri sebagai interaksi dengan penggunaan layanan kesehatan formal untuk mempengaruhi hasil kesehatan (Andersen, 1995).

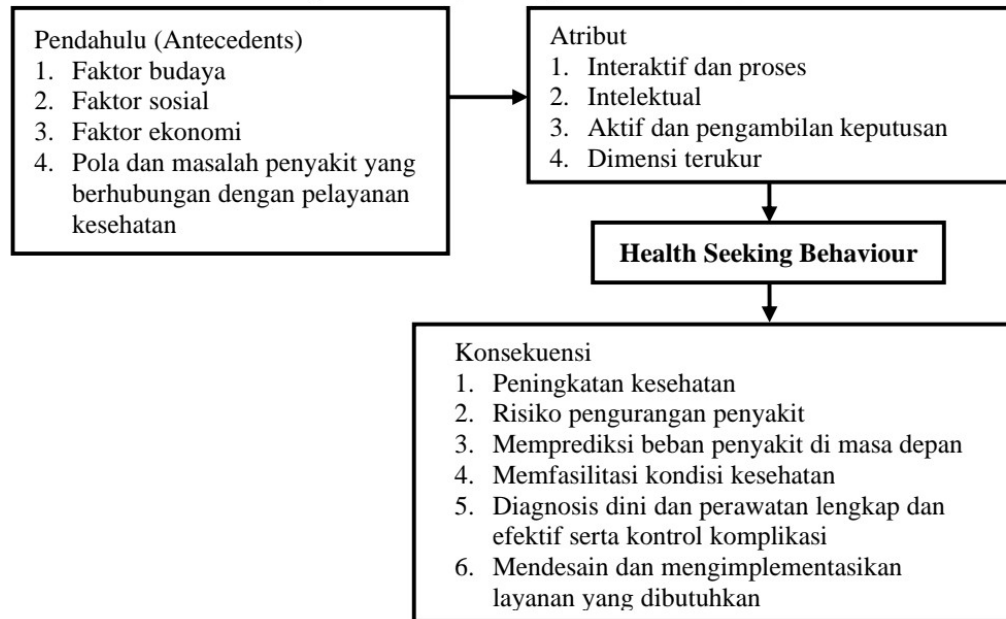
d. Hasil

Hasil didapatkan dengan melihat status kesehatan serta mengevaluasi status kesehatan dan juga menilai kepuasan konsumen. Hasil akhir yaitu; 1) “Akses efektif” ketika studi pemanfaatan menunjukkan bahwa penggunaan meningkatkan status kesehatan atau kepuasan konsumen dengan layanan. 2) “Akses yang efisien” ditunjukkan ketika tingkat status

kesehatan atau kepuasan meningkat relatif terhadap jumlah layanan perawatan kesehatan yang diterima (Andersen, 1995).

3. Evolusi konsep perilaku mencari bantuan kesehatan dalam keperawatan

Bagan 2. Evolusi konsep perilaku mencari bantuan kesehatan dalam keperawatan (Poortaghi et al., 2015)



a. Faktor pendahulu (antecedents)

Sebuah penelitian telah mengkategorikan jenis hambatan atau penentu yang terletak di antara pasien dan layanan. Terdapat kategorisasi dan variasi dalam terminologi dalam penelitian tersebut. Meski begitu, mereka cenderung jatuh di bawah divisi geografis, sosial, ekonomi, budaya dan faktor organisasi. Kategorisasi ini bisa lebih jauh dipecah untuk menggambarkan jenis tindakan empiris yang sering digunakan (Mackian et al., 2004). Sedangkan menurut (Poortaghi et al., 2015) faktor pendahulu (antecedents) dibagi menjadi empat faktor yaitu:

1) Faktor budaya

Penghambat perilaku mencari bantuan kesehatan dalam konteks faktor budaya yaitu keyakinan budaya tentang kesehatan yang mengarah pada perawatan diri serta menggunakan pengobatan rumahan (Onwujekwe et al., 2011). Ketidaksetaraan gender ada di semua komunitas dan kelas sosial dan memiliki dampak negatif terhadap kesehatan wanita (S Hausmann-Muela et al., 2003). Otonomi perempuan (Kalim et al., 2009). Preferensi budaya (Grundy & Annear, 2010). Intervensi tradisional dan sikap profesional (Lalchhuanawma & Murhekar, 2012). Takhayul, rumor, dan legenda (Anwar et al., 2012). Takut akan stigma. Tabuh budaya (Ishaq Bhatti & Fikree, 2002).. Persepsi penyakit sebelumnya dan saat ini. Penyangkalan penyakit, terutama oleh wanita (Johansson et al., 2000). Memahami nilai kesehatan (Jackson et al., 2004). Pengalaman budaya negatif seperti tekanan untuk berhasil, menang atau kekerasan fisik (Mashreky et al., 2010). Harapan penuaan. Status pernikahan (Sepehri et al., 2008). Tidak adanya kepala rumah tangga atau pengambil keputusan utama lainnya (Chibwana et al., 2009). Etnisitas (T. Zhang et al., 2007).

2) Faktor sosial

Penghambat perilaku mencari bantuan kesehatan dalam konteks faktor sosial yaitu Jaringan sosial (Hesketh et al., 2003) dan keluarga memiliki peran yang kuat dalam pengambilan keputusan untuk mencari kesehatan. Jumlah orang sakit dan anak-anak lain di bawah 5 tahun

dalam keluarga (Sepehri et al., 2008), urutan kelahiran anak-anak, dan ukuran keluarga (Mashreky et al., 2010).

3) Faktor ekonomi

Penghambat perilaku mencari bantuan kesehatan dalam konteks faktor ekonomi yaitu Pendapatan keluarga (Shaikh & Hatcher, 2005). Biaya perawatan dan perjalanan (Onwujekwe et al., 2011). Kepemilikan asuransi kesehatan (Sepehri et al., 2008).

4) Pola dan masalah penyakit yang terkait dengan layanan kesehatan

Penghambat perilaku mencari bantuan kesehatan dalam konteks faktor Pola dan masalah penyakit yang terkait dengan layanan kesehatan yaitu jarak ke pusat layanan kesehatan (Shaikh & Hatcher, 2005). Akses fisik ke layanan kesehatan. Sikap terhadap tenaga kesehatan (Lalchhuanawma & Murhekar, 2012). Buruknya kinerja pelayanan kesehatan (Kunda et al., 2007). Ketersediaan obat-obatan (Onwujekwe et al., 2011). Dapat membeli obat OTC tanpa atau dengan berkonsultasi dengan apoteker (Ahmed et al., 2005), diharapkan kualitas layanan (S Hausmann-Muela et al., 2003). Pluralisme atau keberadaan sistem kesehatan yang berbeda dalam lingkungan budaya (Ahmed et al., 2005). Persepsi keparahan penyakit, pengetahuan dan lamanya penyakit (Sepehri et al., 2008). Kurangnya sistem rujukan yang cocok (Mackian et al., 2004).

b. Atribut

1) Dimensi interaksional

Perilaku mencari bantuan kesehatan dianggap sebagai alat untuk menyelidiki interaksi individu atau populasi dengan sistem kesehatan. Dengan kata lain, karena perilaku mencari kesehatan adalah proses sosial, itu tidak hanya melibatkan interaksi individu dengan jaringan sosial (Mackian et al., 2004) tetapi juga merupakan tindakan sosial yang melibatkan individu lain (Igun, 1979). Interaksi orang-orang dengan sistem kesehatan membantu mengidentifikasi faktor-faktor yang memberdayakan individu untuk mengadopsi “pilihan sehat” dalam perilaku yang berkaitan dengan gaya hidup atau perawatan medis mereka (Poortaghi et al., 2015).

2) Dimensi intelektual

Perilaku mencari bantuan kesehatan mencirikan keinginan nyata seseorang untuk pengendalian kesehatan dan keprihatinan mereka tentang dampak lingkungan dari kesehatan (Hampshire et al., 2011), ini berbeda dari orang ke orang dan budaya ke budaya (Yurkovich et al., 2012). Perilaku pencarian kesehatan dapat dilihat sebagai kinerja seseorang yang mendorong dirinya untuk memiliki tingkat kesejahteraan yang dapat diterima, upaya ini mungkin karena kesadaran serta kerjasama timbal balik individu dan sistem kesehatan. Pemahaman yang tepat tentang perilaku manusia adalah prasyarat untuk perubahan perilaku dan terkait kesehatan (S Hausmann-Muela et al., 2003).

3) Dimensi aktif dalam pengambilan keputusan

Perilaku mencari bantuan kesehatan dipandang sebagai rute di mana individu memperoleh informasi tentang kesehatan, penyakit, promosi kesehatan, dan risiko terhadap kesehatan (Cutilli, 2010). Ini berusaha untuk membangun pendekatan yang sehat melalui praktik setiap hari yang memfasilitasi perasaan termasuk melalui praktik spiritual dan keagamaan dan juga penggunaan dan konsumsi bahan-bahan seperti makanan dan bentuk perawatan dan terapi (Poortaghi et al., 2015).

Dimensi pengambilan keputusan berdasarkan konsep perilaku pencarian kesehatan yaitu membuat keputusan tentang pilihan kesehatan, proses yang mempengaruhi status kesehatan, fokus pada pola pengambilan keputusan, keputusan dan tanggapan terkait, ekspresi bagaimana orang membuat keputusan tentang perawatan kesehatan dan penggunaan layanan dan keinginan yang diungkapkan atau diamati untuk mencari informasi untuk promosi kesehatan. Dengan kata lain, perilaku pencarian kesehatan adalah perilaku individu dengan kondisi kesehatan konstan yang secara aktif mencari cara untuk mengubah kebiasaan kesehatannya atau lingkungannya untuk bergerak ke tingkat yang lebih tinggi (Poortaghi et al., 2015).

4) Dimensi terukur

Konsep ini terutama diukur dengan menggunakan laporan diri dan Kuesioner. Selain itu, dalam beberapa penelitian wawancara mendalam dan diskusi kelompok fokus atau wawancara terstruktur digunakan untuk

pengumpulan data tentang perilaku mencari kesehatan (Poortaghi et al., 2015).

c. Konsekwensi

Perilaku pencarian kesehatan memberikan dampak terhadap peningkatan kesehatan (Beban penyakit dan elemen perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dianggap sebagai dasar peningkatan kesehatan.), pengurangan risiko penyakit, prediksi kemungkinan penyakit di masa depan, fasilitasi status kesehatan, diagnosis dini, perawatan lengkap dan efektif, dan kontrol komplikasi (Jackson et al., 2004) (Agarwal et al., 2011).

B. Intervensi Kesehatan Berbasis Komunitas

1. Pengertian

Intervensi kesehatan berbasis komunitas adalah tindakan yang dilakukan untuk mengubah kesehatan dalam lingkungan komunitas dengan cara pengurangan penyakit, kondisi penyakit, dan risiko kesehatan, serta menciptakan lingkungan yang mendukung untuk pemeliharaan perubahan perilaku (Guttmacher, Vana, et al., 2010).

2. Tujuan

Tujuan dari Intervensi kesehatan berbasis komunitas adalah pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer merupakan upaya menghindari atau mencegah penyakit atau kondisi sebelum dimulai. Pencegahan sekunder merupakan upaya pencegahan difokuskan pada skrining dan diagnosis dini suatu penyakit atau kondisi. Pencegahan tersier bertujuan

untuk mencegah perkembangan penyakit setelah suatu risiko faktor atau penyakit telah diidentifikasi (Guttmacher, Kelly, et al., 2010).

3. Prinsip dan asumsi

Menurut Guttmacher, Kelly, et al. (2010) prinsip dan asumsi dari intervensi kesehatan berbasis komunitas yaitu yang memandu individu yang merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi intervensi tersebut. Prinsip dan asumsi tersebut yaitu:

- a. Fokusnya adalah mengubah perilaku berisiko, bukan memberikan pengobatan.
- b. Pendekatan berbasis populasi.
- c. Memiliki batas geografis (Komunitas).
- d. Penemuan kasus yang lebih baik dari mereka yang berisiko tinggi dalam populasi adalah penting.
- e. Individu berada dalam keluarga.
- f. Keluarga berada dalam komunitas yang lebih besar yang berbagi konteks dan budaya yang pada gilirannya mempengaruhi perilaku.
- g. Dimungkinkan dan perlu untuk bekerja di banyak pengaturan sekaligus. Merangkul penilaian pengaruh ini pada kesehatan individu, para perancang awal intervensi kesehatan berbasis masyarakat diyakinkan bahwa program harus ditempatkan dalam institusi dan struktur lain dalam komunitas.
- h. Berbagai program dan kegiatan mungkin memiliki efek sinergis.
- i. Intervensi dapat berhasil dievaluasi untuk menangkap proses dan dampak perubahan perilaku.

4. Pelaksanaan

Menurut Guttmacher, Kelly, & Ruiz-Janecko (2010) pelaksanaan Intervensi kesehatan berbasis komunitas terbagi atas empat tingkatan yaitu:

a. Tingkat kelompok

Pada tingkatan ini intervensi berkerja untuk mengubah pengetahuan, sikap dan praktik tentang masalah kesehatan di antara anggota kelompok sasaran.

b. Tingkat organisasi

Pada tingkatan ini intervensi menggunakan hubungan bersama antar individu untuk membangun perubahan perilaku kesehatan dan lingkungan.

c. Tingkat komunitas

Pada tingkatan ini intervensi bekerja untuk mengubah struktur lingkungan atau sosial.

d. Tingkat kebijakan

Pada tingkatan ini intervensi bekerja mengubah undang-undang atau kebijakan itu akan memfasilitasi kesehatan

C. Scoping Review

1. Definisi *Scoping Review* (ScR)

Menurut Munn et al., (2018) menyatakan bahwa *scoping review* merupakan suatu pendekatan yang dapat dikatakan valid ketika *systematic review* tidak dapat memenuhi tujuan atau persyaratan yang diperlukan oleh peneliti. *Scoping review* merupakan suatu tinjauan literatur yang digunakan untuk memetakan konsep-konsep yang mendukung penelitian serta mendefinisikan dan menentukan batas-batas konseptual suatu topik (Arksey &

O'Malley, 2005). *Scoping review* dapat digunakan untuk menyusun peta konsep dan mengeksplorasi bagaimana sebuah topik diteliti, oleh siapa topik tersebut diteliti, dan untuk tujuan apa topik tersebut digunakan (M. D. J. Peters et al., 2020).

2. Perbedaan *Scoping Review* Dengan *Systematic Review*

Menurut Peters et al., (2020) Perbedaan mendasar antara *scoping review* dengan *systematic review* adalah :

- a. *Systematic review* bertujuan untuk menjawab pertanyaan spesifik berdasarkan kriteria inklusi yang sangat tepat, berdasarkan elemen PICO (*population, intervention, comparison, outcome*). Oleh sebab itu, hanya studi eksperimental dan relevan yang akan dimasukkan kedalam *systematic review*. Populasi, intervensi, pembanding dan hasil yang spesifik akan sangat menentukan efektivitas sebuah *systematic review*. Sedangkan *scoping review* memiliki ruang lingkup yang lebih luas dengan kriteria inklusi yang kurang ketat. Hal ini dapat dilihat dari elemen kriteria inklusi *scoping review* yaitu PCC (*population/participant, concept, context*). Studi yang dimasukkan dalam *scoping review* dapat berasal dari berbagai sumber dan metodologi penelitian apapun sesuai kebutuhan *reviewer*.
- b. Semua studi yang dimasukkan dalam *systematic review* harus melalui pengkajian kualitas. Hal ini karena *systematic review* disusun untuk menghasilkan bukti terbaik yang akan digunakan dalam sebuah praktik. Sementara dalam *scoping review* pengkajian kualitas tidak menjadi syarat,

walaupun *reviewer* dapat memutuskan untuk melakukannya jika hal tersebut sesuai dengan pertanyaan penelitian.

3. Indikasi penyusunan *scoping review*

Menurut Munn et al., (2018) indikasi penyusunan studi *scoping review* adalah

- a. *Scoping review* dapat disusun dengan tujuan mengidentifikasi jenis bukti yang tersedia terkait area yang akan dibahas, sehingga dapat digunakan untuk keperluan pembuatan kebijakan serta memberikan gambaran kepada pembaca mengenai studi-studi yang telah dilakukan.
- b. Untuk memperjelas konsep ini atau definisi pada literature, sehingga dapat digunakan untuk menyusun sebuah kerangka kerja.
- c. Untuk mengkaji bagaimana sebuah topik diteliti dengan memberikan gambaran tentang metodologi atau pendekatan yang digunakan, sehingga dapat menjadi landasan untuk penelitian selanjutnya.
- d. Untuk mengidentifikasi karakteristik kunci atau faktor yang berhubungan dengan sebuah konsep.
- e. Sebagai prekursor untuk menyusun *systematic review*.
- f. Untuk mengidentifikasi dan menganalisis kesenjangan pada pengetahuan dasar melalui analisis terhadap hasil studi-studi yang diidentifikasi.

4. Kerangka Kerja *Scoping Review*

Kerangka kerja *scoping review* sangat penting untuk mendefinisikan tujuan, metode, dan pelaporan hasil. Kerangka kerja juga harus menjelaskan kriteria yang akan digunakan dalam studi serta tidak mengeksklusi sumber

bukti dan untuk mengidentifikasi data yang relevan dan bagaimana data akan diekstraksi dan disajikan (M. D. J. Peters et al., 2020).

Berdasarkan panduan *The Joanna Briggs Institute* terdapat beberapa tahapan penyusunan scoping review antara lain (M. D. J. Peters et al., 2020) :

a. Menentukan judul penelitian

Tema harus informatif dan memberikan indikasi yang jelas tentang topik kajian *scoping review*. Dalam penulisan judul harus menyertakan kata “*scoping review*” untuk memudahkan dalam mengidentifikasi jenis dokumen.

b. Menyusun tujuan atau pertanyaan penelitian

Pertanyaan *scoping review* akan memandu dan mengarahkan pengembangan kriteria inklusi yang spesifik. Pertanyaan penelitian harus didefinisikan secara jelas dan biasanya memiliki ruang lingkup yang luas untuk menyediakan cakupan yang luas (Sucharew & Macaluso, 2019). Pertanyaan harus mengandung elemen PCC yaitu *population/participant*, *concept* dan *context*. Sebuah *scoping review* harus memiliki satu pertanyaan primer dan dapat didukung dengan beberapa sub pertanyaan. Sub pertanyaan dapat digunakan untuk memperjelas elemen PCC dalam pertanyaan utama.

c. Menentukan kriteria penelitian

Kriteria inklusi merupakan suatu acuan dalam memilih suatu artikel yang akan dimasukkan kedalam *scoping review* sehingga pembaca dapat memahami secara jelas tentang karakteristik dari artikel yang dimasukkan

dalam studi scoping review tersebut. *Scoping review* yang disusun harus sejalan dengan pertanyaan dan kriteria inklusi dalam studi tersebut.

1) Populasi / tipe partisipan

Karakteristik dalam *scoping review* harus dijelaskan secara terperinci termasuk usia dan yang lainnya sesuai dengan tujuan dan pertanyaan penelitian.

2) Konsep

Dalam penyusunan *scoping review* harus memperjelas konsep dalam studi tersebut dalam memandu ruang lingkup dan luasnya suatu studi literatur. Selain itu, hasil dalam suatu artikel juga bagian dari konsep dalam *scoping review*. Jika ingin merincikan hasil harus berhubungan dengan tujuan dan pertanyaan penelitian.

3) Konteks

Konteks pada *scoping review* akan bervariasi tergantung pada tujuan dan pertanyaan. *Conteks* harus didefinisikan secara jelas dan dapat mencakup, tetapi tidak terbatas pada faktor budaya, seperti lokasi geografis dan/atau kepentingan sosial, atau gender tertentu. Dalam beberapa kasus, konteks juga dapat mencakup perincian tentang pengaturan spesifik (seperti perawatan akut, pelayanan primer atau komunitas). *Reviewer* dapat memilih untuk membatasi konteks tinjauan hanya terbatas pada negara atau sistem kesehatan tertentu atau pengaturan layanan kesehatan, tergantung pada topik dan tujuan.

Contohnya, hanya terbatas pada negara dengan pendapatan sedang-tinggi atau hanya dalam lingkup pelayanan primer.

4) Tipe sumber bukti

Untuk melakukan pemetaan terhadap studi-studi yang telah dilakukan maka sumber informasi dapat mencakup literatur apapun yang ada seperti penelitian utama, *systematic review*, *meta analisis*, surat, pedoman, situs *web*, *blog* dan sebagainya. Walaupun demikian, *reviewer* juga dapat menerapkan batasan pada jenis sumber yang ingin dimasukkan. Hal ini dilakukan atas dasar pengetahuan tentang jenis sumber yang sesuai dan berguna pada topik yang dibahas. Misalnya, pada *scoping review* yang bertujuan untuk memetakan instrumen pengukuran, maka studi kualitatif dapat dieksklusi dari tinjauan.

d. Strategi pencarian

Strategi pencarian untuk tinjauan pelingkupan idealnya bertujuan untuk menjadi selengkap mungkin dalam batasan waktu dan sumber daya untuk mengidentifikasi sumber utama bukti yang dipublikasikan dan tidak dipublikasikan (abu-abu atau sulit ditemukan), serta ulasan. Setiap batasan dalam hal luas dan kelengkapan strategi pencarian harus dirinci dan dibenarkan. Seperti yang direkomendasikan dalam semua jenis ulasan JBI, strategi pencarian terdiri dari tiga tahap antara lain

- 1) Langkah pertama yaitu pencarian awal menggunakan sekurang-kurangnya dua jenis database yang sesuai dan relevan topik penelitian (seperti *PubMed*, *CINAHL* dan sebagainya). Pencarian awal tersebut

menyertakan kata kunci sesuai dengan kata-kata yang terdapat dalam judul.

- 2) Tahap kedua dilakukan pencarian menggunakan semua kata kunci dan istilah yang telah diidentifikasi kemudian dimasukkan kedalam database.
- 3) Tahap ketiga dilakukan dengan penelusuran daftar referensi dari artikel yang diidentifikasi.

Peninjauan juga harus mempertimbangkan bahasa serta jangka waktu dari sebuah artikel dengan alasan yang tepat dalam penentuannya. Namun, JBI merekomendasikan untuk tidak memberikan batasan bahasa dalam suatu artikel yang akan dipilih kecuali ada alasan yang tepat dan jelas dilakukannya pembatasan tersebut.

e. Mengidentifikasi sumber studi yang relevan

Dalam kerangka kerja penyusunan *scoping review* menggambarkan proses pemilihan sumber untuk semua tahapan seleksi seperti pemeriksaan judul dan abstrak, full teks sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Dalam mengidentifikasi suatu artikel sebaiknya dilakukan oleh dua orang dalam penyaringan baik judul/abstrak serta full teks secara terbuka. Jika terdapat perbedaan pendapat maka akan melibatkan orang ketiga dalam mengambil keputusan.

Proses pencarian digambarkan dengan diagram alur proses peninjauan (berdasarkan standar PRISMA) dan sebaiknya disertai dengan deksriptif naratif. Perangkat lunak yang digunakan untuk mengolah hasil

pencarian juga harus dijelaskan (misalnya, *Covidence*, *Endnote*, *JBI Summari*). Lampiran terpisah yang berisi tentang studi yang dikeluarkan serta alasan mengapa studi dikeluarkan harus disertakan.

f. Ekstraksi data

Proses ekstraksi data dalam tinjauan pelingkupan disebut pembuatan bagan data dan melibatkan penggunaan formulir bagan data untuk mengekstraksi informasi yang relevan dari literatur yang ditinjau (Sucharew & Macaluso, 2019). Menurut Peters et al., (2020) Beberapa informasi yang mungkin akan disajikan oleh *reviewer* adalah penulis, tahun publikasi, tempat studi dilakukan, populasi dan sampel, tujuan, metode penelitian, intervensi, hasil dan temuan kunci.

g. Analisis Bukti

Sangat penting diingat bahwa *scoping review* tidak melakukan sintesis hasil dari sumber bukti yang dimasukkan dalam tinjauan, karena hal ini lebih tepat dilakukan dengan pendekatan *systematic review*. *Reviewer* dapat mengekstraksi hasil lalu memetakannya secara deskriptif. Pada banyak *scoping review*, data yang diperlukan hanya frekuensi konsep, populasi, karakteristik atau bidang data lain yang diperlukan. Namun, *reviewer* juga dapat melakukan analisis yang lebih mendalam seperti analisis konten kualitatif. Penting untuk dicatat bahwa analisis konten kualitatif dalam *scoping review* umumnya bersifat deskriptif dan *reviewer* tidak disarankan untuk melakukan analisis tematik karena hal ini lebih sesuai dengan pendekatan *systematic review* terhadap studi kualitatif.

Cara analisis data dalam *scoping review* sangat tergantung pada tujuan tinjauan dan penilaian *reviewer* sendiri. Pertimbangan terpenting mengenai analisis adalah bahwa *reviewer* transparan dan eksplisit dalam pendekatan yang telah mereka ambil.

h. Menyajikan hasil

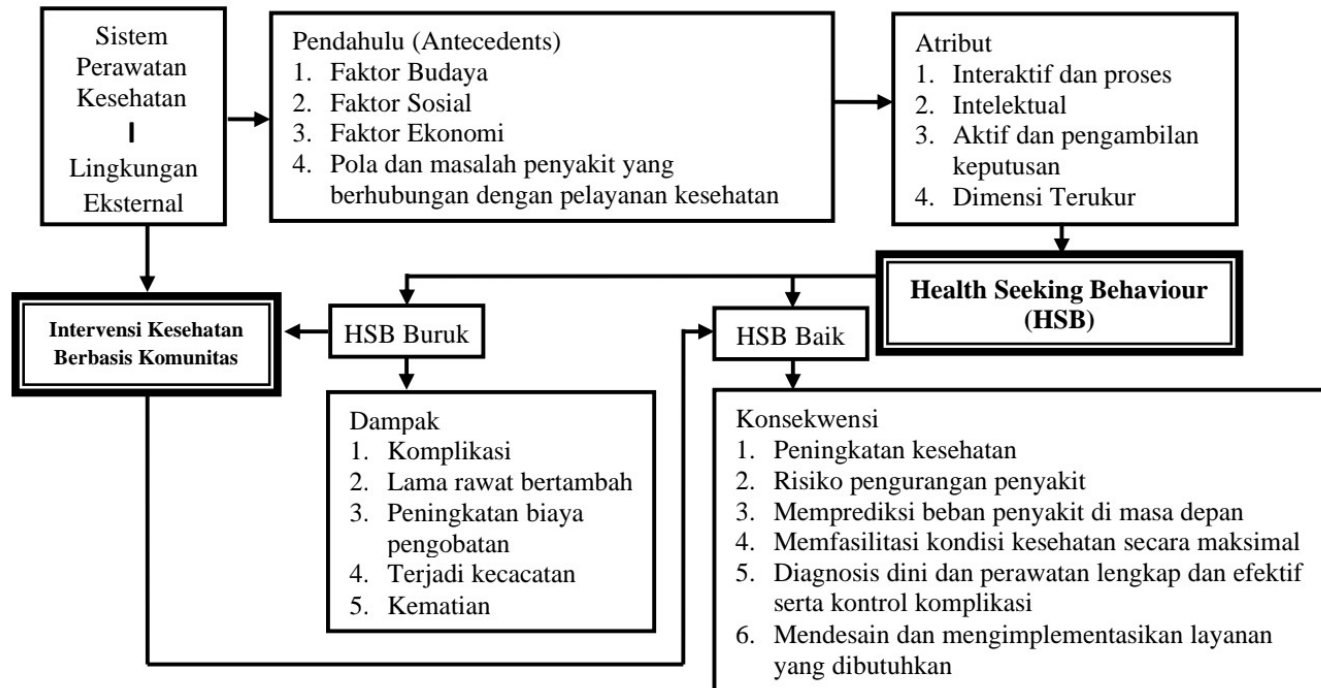
Menurut Lockwood et al., (2019) menyatakan bahwa dalam menyajikan hasil dapat dilakukan dengan beberapa cara seperti bagan, gambar atau table. Sama halnya yang dikemukakan oleh Sucharew & Macaluso, (2019) yang menyatakan bahwa hasil dapat disajikan dalam bentuk tabel dan grafik sesuai dengan tema utama. Perencanaan pada tahap ini sangat berguna untuk pengertian awal tentang jenis data apa yang mungkin diidentifikasi dan cara terbaik untuk menyajikan data dalam kaitannya dengan tujuan dan pertanyaan / pertanyaan tinjauan ruang lingkup. Ini dapat disempurnakan lebih lanjut selama proses peninjauan karena pengulas meningkatkan kesadaran dan pertimbangan mereka tentang semua sumber yang disertakan (M. D. J. Peters et al., 2020).

Tujuan akhir dari memetakan data adalah untuk mengidentifikasi, mengkarakterisasi, dan meringkas bukti penelitian tentang suatu topik, termasuk identifikasi kesenjangan penelitian (Nyanchoka et al., 2019). Hasil kajian pelingkupan dapat disajikan sebagai peta data yang diekstraksi dari makalah yang disertakan dalam bentuk diagram atau tabel, dan / atau dalam format deskriptif yang sejalan dengan tujuan dan ruang

lingkup peninjauan. Elemen-elemen kriteria inklusi PCC mungkin berguna untuk memandu bagaimana data harus dipetakan dengan paling tepat.

D. Kerangka Konsep

Bagan 3. Kerangka konsep penelitian



Sumber : (Andersen, 1995), (Poortaghi et al., 2015), (Wambui et al., 2018) dan (Mohiuddin, 2019).