

TESIS

**PELAKSANAAN *HEALTH COACHING* DALAM MENINGKATKAN
SELF-CARE MANAGEMENT PASIEN *HEART FAILURE*:
*A SCOPING REVIEW***

Disusun dan diajukan oleh

ASRIYANI HAMID

R012181020



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

**PELAKSANAAN *HEALTH COACHING* DALAM
MENINGKATKAN *SELF-CARE MANAGEMENT* PASIEN
*HEART FAILURE: A SCOPING REVIEW***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

ASRIYANI HAMID
R012181020

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

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**PELAKSANAAN HEALTH COACHING DALAM MENINGKATKAN SELF-CARE
MANAGEMENT PASIEN HEART FAILURE: A SCOPING REVIEW**

Disusun dan diajukan oleh

**ASRIYANI HAMID
R012181020**

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 02 Februari 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

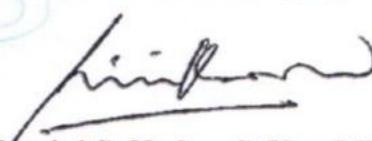
Menyetujui,

Pembimbing Utama,



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

Pembimbing Pendamping,



Kusrini S. Kadar, S. Kp., MN., Ph. D.
NIP. 19760311 200501 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



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

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



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

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini;

Nama : **Asriyani Hamid**
NIM : R012181020
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini karya tulisan saya berjudul:

***Pelaksanaan *Health Coaching* Dalam Meningkatkan *Self-Care Management*
Pasien *Heart Failure: A Scoping 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, Januari 2021

Yang Menyatakan,



(Asriyani Hamid)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbil'alamiin, segala puji bagi Allah, Tuhan Maha Pencipta bagi semesta alam atas segala rahmat, nikmat dan taufik-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pelaksanaan *Health Coaching* Dalam Meningkatkan *Self-Care Management* Pasien *Heart Failure: A Scoping Review*”.

Tesis ini diajukan sebagai bagian dari tugas akhir dalam rangka menyelesaikan studi pada Program Magister Ilmu Keperawatan di Universitas Hasanuddin Makassar dalam peminatan Keperawatan Medikal Bedah. Dalam penyelesaian tesis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, terutama kesediaan dari dosen pembimbing yang dengan tulus dan sabar meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan penulis agar dapat menyusun tesis ini dengan baik. Untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya kepada:

1. Ibu Dr. Elly L. Sjattar, S. Kp., M. Kes, selaku dosen pembimbing I dan Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah banyak meluangkan waktu untuk membantu penulis dalam memberikan ide, saran dan kritiknya selama proses penyusunan proposal tesis ini
2. Ibu Kusriani Semarwati Kadar, S. Kp., MN., Ph. D, selaku pembimbing II atas kesempatan waktunya untuk membantu penulis dalam memberikan ide, saran dan arahan selama proses bimbingan
3. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
4. Para Dosen dan staf Fakultas Keperawatan yang telah banyak memberi ilmu pengetahuan dan bantuan selama proses perkuliahan

Akhir kata, penulis menyadari bahwa tesis ini masih banyak kekurangan dan kelemahan. Untuk itu saran dan kritik yang konstruktif dari tim penguji akan sangat membantu penulis agar tesis ini dapat menjadi lebih baik.

Makassar, Februari 2021

Penulis,

Asriyani Hamid

DAFTAR ISI

SAMPUL	
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vi
Daftar Tabel	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR SINGKATAN	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
ABSTRAK	xii
BAB I_PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH.....	6
C. TUJUAN PENYUSUNAN TINJAUAN	7
D. MANFAAT TINJAUAN	7
E. ORIGINALITAS PENELITIAN	7
BAB II_TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. TINJAUAN LITERATUR.....	9
2. <i>HEALTH COACHING</i>	21
3. <i>SELF-CARE MANAGEMENT</i>	36
4. <i>SCOPING REVIEW</i>	40
B. KERANGKA TEORI	49
BAB III_METODE PENELITIAN.....	50
A. PENDEKATAN METODOLOGIK	50
B. KERANGKA KERJA.....	50
C. TAHAPAN PENELITIAN	51
D. PERTIMBANGAN ETIK PENELITIAN.....	56
E. TIME SCHEDULE PENELITIAN	57
BAB IV_HASIL	58
A. MENGIDENTIFIKASI SUMBER-SUMBER STUDI RELEVAN.....	58
B. EKSTRAKSI DATA.....	60

BAB V PEMBAHASAN	99
BAB VI PENUTUP	107
A. KESIMPULAN	107
B. KETERBATASAN STUDI	108
C. IMPLIKASI DALAM KEPERAWATAN	109
D. SARAN	110
E. PENDANAAN	110
DAFTAR PUSTAKA	111
LAMPIRAN	128

DAFTAR TABEL

Tabel Teks	
2.1 Klasifikasi Heart Failure	12
2.2 Kriteria Framingham.....	13
2.3 Manifestasi Klinis Heart Failure	14
2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Self-Care Management	38
3.1 Elemen Pcc	49
3.2 Time Schedule Penelitian	54
4.1 Penggunaan Kata Kunci Dan Hasil Dari 5 Database	55
4.2 Metode Health Coaching	61
4.3 Durasi Intervensi	64
4.4 Media Pengiriman Intervensi	68
4.5 Health Coach	70
4.6 Komponen Self-Care Management	71
4.7 Deskripsi Pelaksanaan Health Coaching	84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori HL	50
Gambar 2 Algoritma Pencarian.....	56

DAFTAR SINGKATAN

AHA	: American Heart Association
AMA	: American Medical Association
ACE-I	: Angiotensin Converting Enzym-Inhibitors
ACC	: American College of Cardiology
ARB	: Angiotensin Receptor Blocker
COPD	: Chronic Obstruction Pulmonary Disease
CTI	: Care Transitions Intervention
DBP	: Diastolic Blood Pressure
DM	: Diabetes Mellitus
DVD	: Digital Versatile Disk
EKG	: Elektrokardio Graphy
EF	: Ejection Fraction
GPS	: Gap Possibilities Solution
HFPEF	: Heart Failure Preserved Ejection Fraction
HFC	: Hospital Family Centre
H-ISDN	: Hidralazine- Isosrbid Dinitrate
HF	: Heart Failure
IMT	: Indeks Massa Tubuh
LVF	: Left Ventrikel Failure
mHealth	: Mobile Health
6 MWT	: 6 Minutes Walking Test
NYHA	: New York Heart Association
PND	: Paroxysmal Nocturnal Dyspneu
PRECEDE	: Predisposing, Reinforcing, Enabling, Construct in, Educational/Ecological, Diagnosis, Evaluation
PRISMA- ScR	: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses –Scoping Review
RVF	: Right Ventrikel Failure
SBP	: Systolic Blood Pressure

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Daftar Checklist PRISMA Scoping Review

Lampiran 2. Daftar Checklist Penginjauan Kualitas Scoping Review

Lampiran 3. Pencarian Artikel

ABSTRAK

Asriyani Hamid. Pelaksanaan *Health Coaching* Dalam Meningkatkan *Self-Care Management* Pasien *Heart Failure* (Pembimbing Elly L. Sjattar dan Kusrini S. Kadar)

Latar Belakang: Gagal jantung (HF) merupakan penyakit kronis yang membutuhkan terapi dan perawatan komprehensif dalam jangka waktu lama. *Self-care management* yang tidak efektif membutuhkan pendekatan efektivitas dan berfokus pada masalah kesehatan pasien. Salah satu pendekatan holistik yang menggabungkan pendidikan dan keterampilan adalah *health coaching*.

Tujuan: Untuk memetakan secara sistematis penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, membantu perawat mengidentifikasi, memahami, dan memberikan gambaran umum tentang komponen dalam *health coaching* yang digunakan untuk meningkatkan *self-care management* pasien HF, serta memberikan bukti untuk menginformasikan praktik intervensi sebagai dasar pedoman klinis yang dapat diterapkan.

Metode: Studi menggunakan desain *scoping review* dan menggunakan database Cochrane Library, PubMed, ScienceDirect, ProQuest, dan Garuda. Kriteria inklusi dalam tinjauan ini adalah pasien dengan HF, konsep utama komponen *health coaching* (metode intervensi, durasi intervensi, media pengiriman, dan *health coach*), konteks pelaksanaan intervensi (rumah sakit, klinik kesehatan, *home care*, dan komunitas), hasil publikasi tahun 2010 hingga 2020, full text, berbahasa Inggris dan Indonesia, dan hasil penelitian *self-care management*. Sebanyak 1.277 artikel yang diidentifikasi, namun setelah menghapus artikel duplikat dan melihat kriteria inklusi dan eksklusi, didapatkan 15 artikel yang sesuai untuk dimasukkan ke dalam tinjauan.

Hasil dan pembahasan: Studi menemukan penggunaan komponen *health coaching* berdasarkan konteks jenis layanan kesehatan dilakukan di rumah sakit sebelum pasien dipulangkan ke rumah dan studi lainnya dilakukan di rumah. Temuan komponen *health coaching* melaporkan: 1) metode intervensi secara konsisten muncul 3 pendekatan, yaitu penetapan tujuan, *motivational interviewing*, dan PRECEDE; 2) durasi intervensi dengan frekuensi antara 1-36 bulan, jumlah sesi intervensi berkisar 3-9 sesi, terdapat studi yang menentukan jumlah sesi sesuai kebutuhan pasien, dan studi lainnya tidak menjelaskan jumlah sesi, begitu pula lama sesi, paling pendek 10-120 menit; 3) media pengiriman intervensi menggunakan telepon, tatap muka, *telehealth*, kombinasi telepon dan *telemonitoring*, serta kombinasi telepon dan tatap muka; dan 4) *health coach* ditemukan pada studi melalui proses perekrutan dan pelatihan sebelum melakukan intervensi pada pasien, *health coach* dari profesional kesehatan lainnya, dan beberapa studi tidak menjelaskan proses perekrutan.

Kesimpulan dan rekomendasi: Temuan menunjukkan bahwa metode *health coaching* dengan pendekatan *motivational interviewing* dan media pengiriman intervensi melalui kombinasi telepon dan tatap muka paling banyak digunakan dalam pelaksanaan *health coaching* pada pasien HF. *Health coaching* digunakan oleh profesional kesehatan mudah diterapkan dalam pengaturan klinis untuk meningkatkan *self-care management* HF.

Kata kunci: *Heart Failure, Health Coaching, Self-Care Management*

ABSTRACT

Asriyani Hamid. Implementation of Health Coaching in Improving Self-Care Management of Heart Failure Patients (Advisors Elly L. Sjattar and Kusriani S. Kadar)

Background: Heart failure (HF) is a chronic disease that requires long-term comprehensive therapy and care. Ineffective self-care management requires an effective approach and focuses on the patient's health problems. One holistic approach that combines education and skills is health coaching.

Purpose: To systematically map the research that has been done before, to help nurses identify, understand, and provide an overview of the components in health coaching that are used to improve self-care management of HF patients, and provide evidence to inform intervention practice on which to base applicable clinical **guidelines**.

Methods: The study used a scoping review design and used the Cochrane Library, PubMed, ScienceDirect, ProQuest, and Garuda databases. The inclusion criteria in this review were patients with HF, the main concept of the health coaching component (intervention method, duration of intervention, delivery media, and health coach), the context of the implementation of the intervention (hospitals, health clinics, home care, and communities), the results of the publication year. 2010 to 2020, full text, in English and Indonesian, and the results of self-care management research. A total of 1,277 articles were identified, but after removing duplicate articles and looking at the inclusion and exclusion criteria, 15 articles were suitable for inclusion in the review.

Results and discussion: The study found the use of a health coaching component based on the context of the type of health service carried out in the hospital before the patient was discharged home and other studies were conducted at home. The findings of the health coaching component reported: 1) the intervention method consistently appeared 3 approaches, namely goal setting, motivational interviewing, and PRECEDE; 2) duration of intervention with a frequency of 1-36 months, the number of intervention sessions ranging from 3-9 sessions, there are studies that determine the number of sessions according to patient needs, and other studies do not explain the number of sessions, as well as the length of sessions, at least 10-120 minutes ; 3) media for sending intervention using telephone, face to face, telehealth, a combination of telephone and telemonitoring, as well as a combination of telephone and face to face; and 4) health coaches were found in studies through the recruitment process and pre-intervention training on patients, health coaches from other health professionals, and several studies did not explain the recruitment process.

Conclusions and recommendations: The findings show that the health coaching method with the motivational interviewing approach and the media for sending interventions by telephone and face-to-face are the most widely used in the

implementation of health coaching in HF patients. Health coaching used by health professionals is easy to apply in clinical settings to improve self-care management of HF.

Keywords: Heart Failure, Health Coaching, Self-Care Management

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Heart Failure (HF) didefinisikan sebagai ketidakmampuan jantung dalam memompa darah dan oksigen ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan metabolisme sampai ke jaringan perifer (Tanai & Frantz, 2016). HF merupakan sindrom klinis yang disebabkan oleh kelainan struktural dan fungsional jantung (Ponikowski, Poland, et al., 2016), dimana jantung mengalami disfungsi dalam mengisi atau mengeluarkan darah dari ventrikel (Inglis et al., 2015). HF berkembang paling cepat secara global dan menjadi tahap akhir dari semua penyakit kardiovaskuler (Ziaeeian & Fonarow, 2016). Defenisi tersebut menangkap gagasan bahwa HF membutuhkan perhatian intensive dari tenaga kesehatan untuk menjaga stabilitas fisik dan emosional pasien yang dapat menyebabkan dampak buruk termasuk peningkatan morbiditas dan mortalitas bagi pasien.

Prevalensi morbiditas dan mortalitas HF semakin meningkat sekitar 26 juta jiwa di seluruh dunia (Savarese & Lund, 2016) dengan orang yang baru didiagnosis setiap tahun sebanyak 870.000 (Mozaffarian et al., 2015). Amerika Serikat salah satu negara maju telah mencapai 6,2 juta orang dengan HF, 9,3% sebagai penyebab kematian di antara penyakit kardiovaskuler (Benjamin et al., 2019), dan diperkirakan akan meningkat menjadi 8 juta pada tahun 2030 (Sevilla-Cazes et al., 2018). Di negara berkembang seperti negara-negara di Asia Tenggara, prevalensi HF mencapai 9 juta orang, dimana 6,7% di Malaysia dan 4,5% di Singapura (Lam, 2015). Indonesia memiliki data prevalensi penyakit jantung mencapai 1,5% untuk semua umur dan berdasarkan diagnosa dokter (Risksedas Kementerian Kesehatan RI, 2018). Prevalensi HF menyebar tidak merata secara global, sehingga menyebabkan meningkatnya beban masyarakat dan petugas kesehatan dimana harus dikendalikan dan sistem perawatan kesehatan harus ditingkatkan.

Meskipun kelangsungan hidup pasien dengan HF membaik, namun kejadian readmisi, kematian, dan biaya kesehatan tetap meningkat.

Penyebab dapat dicegah lebih dari 70% dengan mengaitkan langsung pada *self-care management* yang tidak efektif, termasuk pengakuan gejala yang buruk dan pelaporan gejala yang tertunda (Reeder et al., 2015). *Self-care management* merupakan tatalaksana non farmakologik yang berperan dalam keberhasilan pengobatan dan memberi dampak bermakna dalam perbaikan gejala, kapasitas fungsional, prognosis, kualitas hidup, morbiditas, serta penurunan kejadian readmisi pasien HF (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiologi Indonesia, 2015). *Self-care management* pada HF melibatkan adaptasi perilaku melalui kegiatan sehari-hari mencakup beberapa tugas yang sulit dan membuat frustrasi, seperti pemantauan berat badan harian dan gejala, menganalisis berat badan dan perubahan gejala, serta menyesuaikan pengobatan dan perilaku berdasarkan gejala (Toback & Clark, 2017). *Self-care management* dibandingkan dengan terapi non farmakologik lainnya, mengacu pada pengambilan keputusan sebagai respon terhadap tanda dan gejala, mengharuskan pasien mengenali perubahan fisik (seperti edema dan sesak), mengevaluasi perubahan dan memutuskan untuk mengambil tindakan, serta menerapkan strategi pengobatan dan mengevaluasi tanggapan terhadap pengobatan yang dilaksanakan (Janssen-Boyne et al., 2014). *Self-care management* pada HF sebagian besar tergantung pada kompetensi pasien dalam mengakui, menginterpretasikan, dan melaporkan gejala sebelumnya kepada penyedia layanan kesehatan (Reeder et al., 2015). Oleh karena itu, diperlukan upaya untuk mengetahui kemampuan pasien dalam mendeteksi dan menafsirkan kebutuhan *self-care management* mereka.

Berbagai upaya telah dilakukan penyedia layanan kesehatan untuk meningkatkan *self-care management* dan hasil kesehatan pasien HF, termasuk intervensi konvensional dan program pendidikan atau promosi kesehatan, seperti program pendidikan yang dilakukan secara individual menggunakan media slide PowerPoint, gambar, video klip, dan buku edukasi yang berisikan HF (Abbasi et al., 2018), pengembangan pendidikan kesehatan dengan penggunaan platform seluler berbasis teori dengan modul pendidikan sederhana (Athilingam et al., 2016), program pendidikan dan

promosi kesehatan dengan menggunakan material *booklet* dan DVD (Artama et al., 2017; Boyde et al., 2017), pendidikan kesehatan berbasis manual dan interdisipliner yang menggunakan metode pembelajaran didaktik termasuk presentasi, *flipchart*, dan *booklet* yang berisi tentang informasi dan pengobatan HF (Meng et al., 2016). Namun, dari 5 studi yang menggunakan metode dan media pendidikan kesehatan yang berbeda, didapatkan bahwa penerapan intervensi pendidikan kesehatan masih memerlukan penelitian lanjut untuk menentukan metode yang tepat (termasuk durasi dan metode tindak lanjut); dalam penerapan program *self-care management* pasien HF, harus lebih fokus dan lebih sistematis menjelaskan komponen yang digunakan dalam menilai hasil kesehatan pasien pada pemanfaatan aplikasi mHealth; dan diperlukan pendidikan kesehatan secara terstruktur untuk meningkatkan kemampuan diri pasien HF dalam melakukan perawatan diri. Studi intervensi pada *self-care management* HF telah menghasilkan beberapa hasil yang berbeda-beda dan gagal dalam menentukan jenis intervensi perawatan mana yang memiliki dampak terbesar pada hasil (Reeder et al., 2015). Selain itu, perubahan perilaku pasien tidak nampak setelah diberikan pendidikan kesehatan oleh petugas kesehatan, karena tidak adanya umpan balik atau kesempatan yang diberikan untuk mengungkapkan informasi kesehatan apa yang sebenarnya dibutuhkan oleh pasien (Hastuti, 2019). Oleh karena itu, diperlukan strategi lain dalam bentuk intervensi yang berfokus pada masalah kesehatan pasien, seperti *health coaching* yang merupakan salah satu bidang baru yang menerapkan konsep teori perubahan, *self efficacy*, aktivasi pasien, dan wawancara motivasi (Karen L Lawson et al., 2013). *Health coaching* bagi orang-orang dengan HF dianggap sebagai sarana dalam mengelola status kesehatan dan mengurangi beban perawatan kesehatan.

Health coaching adalah proses memberdayakan dan mendukung pasien berbasis hubungan dalam melakukan perubahan gaya hidup dan perilaku terarah, yang menggunakan pendidikan dan promosi kesehatan (Karen L Lawson et al., 2013). Seorang *health coach* mempunyai fungsi utama membantu pasien mendapatkan kepercayaan, pengetahuan, dan

keterampilan dalam mengelola perawatan diri pada kondisi kronik pasien, membantu menetapkan jadwal kontrol dokter, memahami apa yang diinginkan dokter, mengidentifikasi apakah pasien setuju dengan rencana perawatan yang ditentukan, memberikan dukungan dalam menentukan perilaku sehat, membantu meningkatkan pemahaman dan kepatuhan pengobatan, serta sebagai akses budaya dan motivator bagi pasien (Ngo et al., 2010).

Health coaching telah digunakan sebagai intervensi melalui pendekatan holistik untuk meningkatkan *self-care management* (Hill et al., 2015). Beberapa studi mengidentifikasi *health coaching* dapat meningkatkan *self-care management*, antara lain perubahan perilaku (kepatuhan diet rendah garam, aktivitas fisik, asupan cairan), hasil klinis (dyspnea, fungsi fisik, kecemasan, depresi), dan self efficacy (Deighan & Cleland, 2015; Dwinger et al., 2020; K. L. Lawson et al., 2013; Linden et al., 2010; Masterson Creber et al., 2016; Meeker et al., 2019; Ong et al., 2016; Patja et al., 2012; Riegel, Dickson, et al., 2017; Stut et al., 2014; Tiede et al., 2017; Vellone et al., 2020; Wang et al., 2017; Wongpiriyayothar et al., 2011; Young et al., 2016). Berdasarkan hal tersebut, pelaksanaan *health coaching* dalam meningkatkan *self-care management* HF sangat penting bagi profesional perawatan untuk mengetahui faktor metodologis yang dapat berkontribusi pada hasil intervensi yang berhasil atau yang tidak berhasil, misalnya jumlah sesi atau frekuensi yang diberikan, durasi optimal intervensi, jenis media yang digunakan, serta tempat dilaksanakan *health coaching* (Jeanette & Bonnie, 2010). Masalah umum yang paling sering dihadapi oleh profesional perawatan berkaitan dengan *health coaching* adalah mengidentifikasi metode pelaksanaan dan tingkat variabilitas tentang durasi, jumlah sesi/frekuensi, media pengiriman, bidang profesional, *coachan staf*, dan desain konseptual program yang tepat dalam menegakkan hasil kesehatan pada pasien HF (Jeanette & Bonnie, 2010), dimana belum ada studi yang memutuskan metode pelaksanaan *health coaching* yang paling tepat dalam hal ini. Beberapa studi yang menggunakan *health coaching* sebagai

intervensi pada pasien HF dikumpulkan untuk mengidentifikasi hasil signifikan dan tidak signifikan dari pelaksanaan *health coaching* yang digunakan disetiap studi, dan kemudian menilai hambatan sebagai penyebab hasil tidak signifikan dan komponen atau kunci keberhasilan apabila hasil signifikan, namun kemudian menimbulkan pertanyaan, komponen apa saja yang digunakan dalam *health coaching* untuk meningkatkan *self-care management* pasien HF?

Beberapa tinjauan yang telah ada dibutuhkan untuk menjawab pertanyaan tersebut, sehingga dapat mengidentifikasi komponen yang digunakan dalam *health coaching* untuk meningkatkan *self-care management* pasien HF. Hasil penelusuran awal mengidentifikasi beberapa tinjauan yang berhubungan dengan *health coaching*, antara lain *health coaching* meningkatkan kondisi fisiologis dan psikologis, perubahan perilaku, dan hasil klinis, dan status kesehatan pasien (Dennis et al., 2013; Kivelä et al., 2014; Veen et al., 2017), tinjauan sistematis dengan hasil meningkatkan kualitas hidup, perilaku (kepatuhan berobat, dan aktivitas fisik, perilaku merokok, diet) dan manajemen stres (An & Song, 2020; Inglis et al., 2011). Sebelumnya telah dilakukan tinjauan integrative yang berfokus pada teknik pelaksanaan *health coaching* yang berusaha menganalisis efektifitas *health coaching* sebagai intervensi dalam meningkatkan perilaku gaya hidup sehat, dan mengidentifikasi fitur utama program *health coaching* yang efektif dalam meningkatkan *self-care management* pasien dengan penyakit kronis (Jeanette & Bonnie, 2010), dan tinjauan sistematis yang membahas tentang efektifitas *health coaching* untuk hasil spesifik dengan melakukan pendekatan optimal (termasuk intervensi dan durasi tindak lanjut, metode administrasi, jumlah sesi/frekuensi), serta mengidentifikasi teknik secara khusus yang terkait dengan efektifitas intervensi *health coaching* pada hasil kesehatan, perubahan perilaku, dan *self-care management* pada populasi remaja, dewasa, dan manula dengan penyakit kronis (Hill et al., 2015), namun dari kedua tinjauan tersebut tidak menampakkan hasil maksimal, oleh karena populasi yang berbeda, keragaman pendekatan intervensi, kurangnya detail

intervensi dan keragaman hasil. Tinjauan pelingkupan dilakukan dengan tujuan untuk memetakan secara sistematis penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, membantu perawat mengidentifikasi, memahami, dan memberikan gambaran umum tentang komponen dalam *health coaching* yang digunakan untuk meningkatkan *self-care management* HF, serta memberikan bukti untuk menginformasikan praktik intervensi sebagai dasar pedoman klinis yang dapat diterapkan.

B. RUMUSAN MASALAH

Pendidikan kesehatan secara terstruktur diperlukan untuk meningkatkan kemampuan diri pasien dengan HF dalam melakukan *self-care management*. Salah satu intervensi pendidikan kesehatan yang dilakukan secara terstruktur adalah *health coaching* yang merupakan perpaduan antara pendidikan dan promosi kesehatan berbasis keterampilan yang berfokus pada masalah kesehatan pasien (Karen L Lawson et al., 2013). *Health coaching* menerapkan konsep kemitraan terkait konteks, metode, kerangka waktu, media, dan profesional kesehatan yang dapat dilihat sebagai partisipasi aktif oleh pasien dan *health coach* melalui dialog, pertemuan berulang, dan perencanaan yang disiplin dan bertanggung jawab (Olsen, 2014), membantu pasien mengidentifikasi masalah dalam pencapaian tujuan, perubahan perilaku, dan kemajuan hasil kesehatan yang diinginkan (Jeanette & Bonnie, 2010). Penerapan komponen *health coaching* yang bervariasi menyebabkan ketidakjelasan secara spesifik konsep dan rangkaian keterampilan yang digunakan sebagai panduan *health coaching* serta penurunan disiplin dan tanggung jawab terhadap perencanaan tujuan kesehatan (Olsen, 2014). Meskipun *health coaching* secara signifikan meningkatkan *self-care management* pasien HF, namun penggunaan komponen *health coaching* dalam pelaksanaannya sangat bervariasi (Hill et al., 2015). Oleh karena itu, perlu dilakukan *scoping review* tentang komponen yang digunakan dalam *health coaching* untuk meningkatkan *self-care management* pasien HF.

Berdasarkan hal tersebut di atas, rumusan pertanyaan penelitian ini adalah “Komponen apa saja dalam *health coaching* yang digunakan untuk meningkatkan *self-care management* pasien *Heart Failure*?”

C. TUJUAN PENYUSUNAN TINJAUAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi komponen *health coaching* yang digunakan dalam meningkatkan *self-care management* pasien HF

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi komponen *health coaching* yang digunakan dalam meningkatkan *self-care management* pasien HF di layanan kesehatan meliputi; rumah sakit, *home care*, klinik kesehatan, dan komunitas
- b. Mengidentifikasi komponen *health coaching* yang digunakan dalam meningkatkan *self-care management* pasien HF meliputi; metode intervensi, durasi intervensi, media pengiriman intervensi, dan *health coach*
- c. Memberikan gambaran manfaat dan hambatan dalam pelaksanaan *health coaching*

D. MANFAAT TINJAUAN

Manfaat tinjauan ini diharapkan dapat :

1. Memberikan gambaran secara luas dan mendalam tentang komponen pelaksanaan *health coaching* yang dapat meningkatkan *self-care management* pasien HF
2. Sebagai dasar dalam penyusunan tinjauan sistematis tentang komponen pelaksanaan *health coaching* pada *self-care management* pasien HF
3. Sebagai pertimbangan dalam mengembangkan praktik intervensi yang dapat diterapkan pada pasien HF

E. ORIGINALITAS PENELITIAN

Komponen *health coaching* yang digunakan harus sesuai dengan perencanaan tujuan kesehatan pasien HF. Karena pasien HF memiliki kondisi fisiologis kronis yang sewaktu-waktu memburuk dan keterbatasan

kognitif (Tiede et al., 2017). Sebelumnya telah dilakukan *integrative review* mengenai teknik pelaksanaan dan fitur utama program *health coaching* sebagai intervensi dalam meningkatkan perilaku *self-care management* pasien penyakit kronik (Jeanette & Bonnie, 2010), dan *systematic review* tentang pendekatan yang digunakan dalam pelaksanaan *health coaching* (termasuk durasi tindak lanjut, metode administrasi, jumlah sesi/frekuensi) pada hasil kesehatan dan *self-care management* pada populasi remaja, dewasa, dan manula dengan penyakit kronis (Hill et al., 2015). Namun belum ada *scoping review* yang membahas secara spesifik mengenai komponen dalam *health coaching* yang digunakan untuk meningkatkan *self-care management* pasien HF. *Scoping review* dibutuhkan untuk mengidentifikasi dan memberikan gambaran secara komprehensif tentang komponen dalam *health coaching* yang digunakan untuk meningkatkan *self-care management* pasien HF. Oleh karena itu, originalitas penelitian ini adalah *scoping review* mengenai komponen dalam *health coaching* yang digunakan untuk meningkatkan *self-care management* pasien HF.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN LITERATUR

1. HEART FAILURE

a. Defenisi

Gagal jantung (HF) merupakan pandemi global yang sekitar 26 juta orang dipengaruhi di seluruh dunia dengan prevalensi yang terus meningkat (Savarese & Lund, 2016). HF adalah sindrom klinis dimana fungsi jantung yang abnormal mengakibatkan peningkatan risiko klinis dan penurunan curah jantung pada saat istirahat atau stres (Ezekowitz et al., 2017). (Ponikowski, Voors, et al., 2016) mendefinisikan HF sebagai sindrom klinis yang disebabkan oleh kelainan struktural dan atau fungsional jantung pada saat istirahat atau selama stres yang ditandai gejala khas, seperti sesak nafas, bengkak pada pergelangan kaki, dan kelelahan yang dapat disertai dengan tanda-tanda peningkatan vena jugularis, ronkhi paru, dan edema perifer. Di sisi lain (Jorsal et al., 2017) menjelaskan bahwa HF merupakan penyakit kardiovaskuler dengan berbagai gejala klinis yang dapat mengancam jiwa. HF adalah sindrom klinis yang ditandai dengan gejala dan tanda yang disebabkan oleh kelainan struktural atau fungsional.

HF sering diklasifikasikan sebagai gagal jantung dengan penurunan fungsi sistolik (fraksi ejeksi) atau gangguan fungsi diastolik yang disebut dengan *Heart Failure with Preserved Ejection*

Fraction (HFPEF) (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiologi Indonesia, 2015). Disfungsi miokard akibat iskemia dapat mengurangi oksigen pada sel-sel jantung yang menyebabkan asidosis dan akumulasi asam laktat sehingga terjadi nekrosis otot jantung, kematian sel-sel miokard, dan kehilangan kontraktilitas sebelum pasien mengalami gejala sesak nafas, edema, dan kelelahan. HF berasal dari berbagai kondisi kardiovaskular, termasuk hipertensi kronis, penyakit arteri koroner ditemukan 60% sebagai penyebab terjadinya HF, dan penyakit katup sehingga menyebabkan kegagalan sistolik atau diastolik maupun keduanya (Smeltzer, 2010).

b. Etiologi dan Faktor Risiko

Secara umum etiologi HF disebabkan oleh banyak hal yang biasa disertai oleh penyakit komorbid. Penyebab yang paling umum seperti penyakit jantung iskemik, kardiomiopati dilatasi, lesi katup, fibrilasi atrium, dan hipertensi (Jorsal et al., 2017). Dampak dari gaya hidup seperti konsumsi alkohol juga dapat menyebabkan kegagalan sistolik ventrikel kiri (Jorsal et al., 2017). HF terdiri dari mereka dengan fraksi ejeksi ventrikel kiri normal $\geq 50\%$ yang dipertahankan dan untuk mereka dengan fraksi ejeksi ventrikel kiri kurang biasanya dianggap sebagai $<40\%$ (Ponikowski, Poland, et al., 2016).

Menurut (Yancy et al., 2013), HF dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu:

- 1) Faktor intrinsik, berasal dari jantung itu sendiri. Penyebab yang paling sering adalah penyakit arteri koroner, perikarditis, miokarditis, endokarditis, infark miokardium, penyakit katup, kardiomiopati, dan disritmia;
- 2) Faktor ekstrinsik dan mekanis, gangguan fungsi jantung kiri berkaitan dengan jumlah *ejection fraction* (EF). Menurunnya EF menandakan bahwa pasien mengalami pembesaran ruang jantung yang berat dan perubahan signifikan dari fungsi sistole dan diastole. EF normal pada pasien dengan disfungsi diastolik,

ditandai dengan peningkatan tekanan diastolik ventrikel fase akhir. EF menentukan angka harapan hidup dan kemungkinan-kemungkinan buruk yang akan terjadi pada pasien. Faktor ekstrinsik meliputi peningkatan afterload seperti hipertensi, volume sekuncup jantung meningkat dari hipovolemia atau peningkatan preload, dan peningkatan kebutuhan tubuh (tirotoksikosis, kematian);

- 3) Faktor lain, seperti penyakit akut seperti pneumonia dengan demam dan hipoksia, asidosis (pernafasan dan metabolisme), kelainan elektrolit, anemia, emboli pulmonal, defisiensi tiamin, penyakit paru kronis, perubahan dosis obat, stres fisik maupun emosional, retensi cairan akibat obat atau asupan garam, dan obat anti aritmia.

Selain itu, terdapat faktor eksternal yang menjadi penyebab terjadinya HF, antara lain: diet yang tidak sesuai, penyalahgunaan obat-obatan, konsumsi alkohol berlebihan, riwayat keluarga, ketidakpatuhan terhadap waktu kontrol atau terapi obat, dan kurang pengetahuan tentang proses penyakit (Gheorghide et al., 2013). Faktor risiko ini merupakan faktor risiko yang dapat diubah, sehingga modifikasi dari gaya hidup sehat dapat menurunkan risiko terjadinya HF.

c. Patofisiologi

Disfungsi ventrikel kiri (sistolik atau diastolik) dikaitkan dengan peningkatan risiko HF yang jelas dan disfungsi diastolik merupakan prediksi dari semua penyebab kematian (Alan et al., 2014). Disfungsi diastolik dikaitkan dengan perkembangan HF selama 6 tahun setelah tindak lanjut setelah penyesuaian untuk usia, hipertensi, Diabetes Mellitus (DM), dan penyakit jantung koroner (Alan et al., 2014).

Renin Angiotensin Aldosteron yang dilibatkan oleh respon neurohormonal. Apabila aliran darah pada arteri renalis berkurang, akan merangsang refleks baroreseptor dan renin akan dilepaskan ke

aliran darah. Renin melakukan interaksi dengan angiotensinogen yang menghasilkan angiotensin I. Jika angiotensin I berinteraksi dengan *Angiotensinogen Converting Enzym* (ACE), angiotensin I diubah menjadi angiotensin II, maka akan terjadi vasokonstriksi perifer dan peningkatan pelepasan norepinefrin/noradrenalin dari ujung saraf simpatis untuk merangsang medulla adrenal menghasilkan aldosteron yang akan meningkatkan penyerapan natrium dan air. Peristiwa ini menyebabkan volume plasma bertambah dan preload meningkat (Scott & Winters, 2015).

HF didasari oleh mekanisme gangguan kemampuan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Otot jantung yang teregang akan berkontraksi lebih kuat sehingga terjadi dilatasi ventrikel yang menyebabkan peningkatan preload dan curah jantung serta membutuhkan oksigen lebih banyak. Kekurangan oksigen pada jantung akan mengurangi kemampuan otot jantung untuk berkontraksi (Black & Hawks, 2014).

Baransyah et al., (2014) dalam studinya menjelaskan bahwa HF didiagnosis berdasarkan kriteria Killip dan tingkat infark miokard berhubungan dengan keparahan HF. Diagnosis infark miokard akut ditegakkan bila didapatkan dua atau lebih dari 3 kriteria, yaitu:

- 1) Nyeri dada lebih dari 20 menit dan tidak hilang dengan pemberian nitrat sublingual
- 2) Gambaran EKG yang khas dengan gelombang Q yang besar, elevasi segmen ST, dan inversi gelombang T
- 3) Peningkatan kadar enzim jantung (troponin I/T)

Sedangkan kriteria Killip yang digunakan pada pasien dengan infark miokard akut, meliputi:

- 1) Killip I, tanpa HF;
- 2) Killip II, HF dengan ronkhi basah halus pada basal paru, S3 Gallop dan peningkatan tekanan vena pulmonalis;
- 3) Killip III, HF berat dengan edema paru seluruh lapangan paru

- 4) Killip IV, syok kardiogenik dengan hipotensi (SBP < 90 mmHg) dan vasokonstriksi perifer (oliguria, sianosis, dan diaforesis)

d. Klasifikasi

Klasifikasi HF menurut Yancy et al., (2013) ditetapkan berdasarkan tahapan *American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)* dan kelas *New York Heart Association (NYHA)* untuk menilai status pasien dengan penyakit jantung, mengevaluasi hasil perawatan dalam pengaturan klinis dan penelitian, serta memberikan informasi tentang tingkat keparahan HF. Tahapan HF berdasarkan ACC/AHA menekankan pada perkembangan penyakit dengan menggambarkan individu dan populasi, sedangkan kelas NYHA berfokus pada kapasitas aktivitas latihan dan status gejala penyakit

Tabel 2.1 Klasifikasi HF

Tahapan ACC/AHA	Kelas NYHA
A Berisiko tinggi untuk HF, tetapi tanpa penyakit jantung struktural atau gejala HF	I Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktivitas fisik. Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan gejala HF
B Penyakit jantung struktural tetapi tanpa tanda atau gejala HF	II Terdapat batasan aktivitas fisik ringan. Nyaman saat istirahat, tetapi aktivitas fisik biasa menimbulkan gejala HF
C Penyakit jantung struktural dengan gejala HF sebelumnya atau saat ini	III Keterbatasan aktivitas fisik yang bermakna. Nyaman pada saat istirahat, tetapi aktivitas fisik ringan menyebabkan gejala HF
D HF refraktori membutuhkan intervensi khusus	IV Tidak dapat melakukan aktivitas fisik apapun tanpa gejala. Terdapat gejala saat istirahat dan keluhan meningkat pada saat aktivitas

Sumber: (Yancy et al., 2013)

e. Diagnosis

Diagnosis untuk HF bisa sangat sulit pada tahap awal karena beberapa gejala HF tidak spesifik sehingga tidak dapat dibedakan antara HF dengan masalah kesehatan lainnya (McMurray et al.,

2012a). Diagnosis dapat ditegakkan dengan merujuk pada tanda dan gejala yang terdapat pada kriteria Framingham, yaitu apabila pasien mengalami minimal 2 kriteria mayor atau 1 kriteria minor, atau minimal 1 kriteria mayor dan 2 kriteria minor. Begitupula apabila pasien mengalami 2 atau lebih kriteria minor, tanpa disertai kegagalan organ lain seperti *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (COPD), sindrom nefrotik, atau sirosis hati, maka diagnosis HF dapat ditegakkan (Tanai & Frantz, 2016).

Tabel 2.2 Kriteria Framingham

Kriteria	
Mayor	Minor
Paroxysmal Nocturnal Dyspnea	Edema Ekstremitas
Distensi vena leher	Batuk Malam
Ronkhi paru	Sesak saat beraktivitas
Bunyi jantung S3 Gallop	Hepatomegali
Cardiomegali	Efusi pleura
Edema Paru akut	Takikardia (> 120 kali/menit)
Refluks hepatojugularis	
Peningkatan Vena Jugularis	
Berat Badan hilang > 4.5 kg/hari	

Sumber: (Tanai & Frantz, 2016)

f. Manifestasi Klinis

Menurut McMurray et al., (2012), manifestasi klinis HF tergantung dari ventrikel yang terganggu, faktor pencetus, derajat kerusakan struktural, laju perkembangan gejala, dan kondisi pasien. HF dikategorikan menjadi:

- 1) *Left Ventrikel Failure* (LVF), akibat dari adanya kongesti pulmonal yang menyebabkan peningkatan tekanan pada vena pulmonal dan mekanisme pengendalian pernafasan. Kondisi ini menyebabkan distress pernafasan. Derajat distress pernafasan berdasarkan posisi, aktivitas, dan tingkat stres pasien, meliputi:
 - a. *Dyspnea*, sesak nafas atau kesulitan bernafas, tidak berhubungan dengan perkembangan gejala HF

- b. *Orthopnea*, tahap lanjut dari dispnea dan terjadi akibat dari posisi telentang (*supine*), dimana jumlah darah dari ekstremitas inferior (*preload*) kembali ke jantung dan paru-paru meningkat. Pada malam hari, pasien berusaha menghindari distress pernafasan dengan menggunakan beberapa bantal pada kepala dan dada. Pada HF yang berat, pasien harus beristirahat dengan posisi duduk di kursi
 - c. *Paroxysmal nocturnal dispnea* (PND), menggambarkan kondisi kesulitan bernafas yang berat. Pasien mendadak bangun dalam keadaan sesak berat untuk mengambil posisi duduk tegak atau mencari udara segar untuk mengurangi serangan sesak sampai 30 menit atau lebih. Pernafasan ini bersifat berat dan disertai mengi (*wheezing*) atau asma kardial. PND adalah gambaran perburukan atau eksaserbasi akut kongesti jantung karena berasal dari kombinasi aliran darah vena keparu meningkat selama berbaring dan adanya penekanan pusat pernafasan terhadap input sensorik pada paru-paru selama tidur.
- 2) *Right Ventrikel Failure* (RVF), menurunnya fungsi ventrikel kanan dilihat pada hipertensi pulmonal primer atau sekunder, terjadinya *tomboemboli* paru kronis menyebabkan terjadinya kongesti vena sistemik yang akhirnya akan menjadi penyebab dari edema perifer, hepatomegali, dan distensi vena jugularis. Edema dependen, dimana kongesti vena perifer menyebabkan peningkatan tekanan hidrostatis kapiler menjadi manifestasi awal dari RVF. Tekanan hidrostatis kapiler mengatasi tekanan dari protein plasma dan pergeseran cairan keluar dari kapiler menuju ruang interstitial yang menyebabkan *pitting edema*. Pada pasien yang melakukan aktivitas, edema akan terlihat pada kaki dan pergelangan kaki dan mengalir ke atas daerah tungkai bawah.

Tabel 2.3 Manifestasi Klinis HF

Gejala	Tanda
Tipikal: <ul style="list-style-type: none"> - Sesak nafas - Ortopneu - Paroxysmal nocturnal dyspnea - Toleransi aktivitas yang berkurang (fatigue) - Cepat lelah - Bengkak pergelangan kaki 	Spesifik: <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan tekanan vena jugularis - Refluks hepatojugular - Suara jantung S3 (gallop) - Apex jantung bergeser ke lateral - Bising jantung
Kurang tipikal: <ul style="list-style-type: none"> - Batuk di malam hari - Mengi (wheezing) - Berat badan bertambah > 2 kg/minggu - Berat badan turun (HF stadium lanjut) - Perut gembung/begah - Nafsu makan menurun - Perasaan bingung (terutama pasien usia lanjut) - Depresi - Berdebar - Pingsan 	Kurang tipikal: <ul style="list-style-type: none"> - Edema perifer - Prepitasi pulmonal - Suara pekak di basal paru dengan perkusi - Takikardia - Nadi ireguler - Nafas cepat - Hepatomegali - Asites - Kaheksia

Sumber: (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiologi Indonesia, 2015)

Secara klinis, tanda dan gejala berhubungan dengan perkembangan gejala dan menandakan perburukan HF, yang seiring waktu mengarah kepada penurunan kualitas hidup; penurunan kapasitas fungsional; episode dekomposisi yang menyebabkan stres psikologi yang mengarah kepada perawatan rumah sakit yang berulang, biaya perawatan rumah sakit, pertimbangan dukungan keluarga yang kurang; serta kematian dini (Haeusler et al., 2011).

g. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan berdasarkan manifestasi klinis untuk membantu menentukan penyebab dan derajat HF (Scott & Winters, 2015). Pemeriksaan diagnostik meliputi:

1) Elektrokardiogram (EKG)

EKG dapat dilakukan secepat mungkin setelah melakukan evaluasi dan pemantapan kondisi pernafasan dan sirkulasi pasien

untuk mengenal adanya tanda dan gejala infark atau iskemia, pembesaran jantung, atau kelainan pada irama jantung. Untuk tindak lanjut apabila terdapat tanda infark atau iskemia, pasien dipersiapkan untuk dilakukan kateterisasi jantung dengan intervensi koroner perkutan untuk mengembalikan perfusi koroner.

2) Echokardiography

Tindakan echokardiography dilakukan pada pasien yang dicurigai atau dengan HF yang pada fase kritis. Tindakan ini dilakukan untuk menilai kemampuan jantung untuk memompa darah (*ejection fraction/EF*). Oleh karena itu, pasien dengan indikasi sesak yang disebabkan karena tidak berfungsinya dengan baik fase diastolik atau katup, maka echokardiografi dilakukan di samping tempat tidur pasien.

3) Foto Thorax

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui dan mengevaluasi adanya peningkatan sistem vaskular, pembesaran jantung, serta adanya cairan pada pleura

4) Uji Laboratorium

Bertujuan untuk menentukan stabilisasi fungsi ginjal, biomarker (Troponin I/T), atau pemeriksaan metabolik lainnya. Biomarker yang meningkat menegaskan bahwa ada tingkat kegawatan pada pasien dengan HF.

h. Penatalaksanaan

Tujuan penanganan pasien HF adalah untuk mengurangi beban kerja otot jantung, memperbaiki efektivitas kerja ventrikel, perfusi organ penting, dan mencegah HF lanjutan dengan melaksanakan penanganan pada *remodelling* jantung (Black & Hawks, 2014). Oleh karena itu, HF memberikan banyak masalah pada sistem perawatan kesehatan yang melibatkan manajemen medis maupun manajemen keperawatan dan membutuhkan sumber daya manusia yang tinggi untuk memenuhi perawatan pada penerimaan kembali, lama rawat di

rumah sakit, serta pemberian layanan rawat jalan yang tepat. Inisiatif pelaksanaan pencegahan dan intervensi awal dapat menghentikan perkembangan gejala HF. Tatalaksana HF terbagi atas:

1) Tatalaksana farmakologi menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiologi Indonesia, (2015):

a. *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACE-Inhibitors)*

ACE-Inhibitors harus diberikan pada pasien HF kecuali ada kontra indikasi, untuk memperbaiki fungsi ventrikel, mengurangi perawatan rumah sakit karena perburukan serta meningkatkan kualitas hidup. *ACE-Inhibitors* dapat menyebabkan perburukan pada ginjal, hiperkalemia, hipotensi simptomatik, batuk, dan angioderma. Oleh karena itu, *ACE-Inhibitors* hanya diberikan pada pasien dengan fungsi ginjal adekuat dan kadar kalium yang normal.

b. *Antagonis Aldosteron*

Kecuali kontra indikasi, harus dipertimbangkan pada semua pasien dengan fraksi ejeksi $\leq 36\%$ dan HF simptomatik berat.

c. *Angiotensin Reseptor Blocker (ARB)*

Kecuali kontra indikasi, ARB direkomendasikan pada HF dengan fraksi ekjeksi $\leq 40\%$ yaang simptomatik. Terapi ARB memperbaiki fungsi fungsi ventrikel dan mengurangi angka kematian penyebab kardiovaskular

d. *Hydralazine dan Isosorbid Dinitrate (H-ISDN)*

Diberikan paada pasien HF dengaaan fraaaaaksi ejeksi $\leq 40\%$, kombinasi H-ISDN diberikan sebaagai aalternatif apabilaa pasien intoleran terhadap ACEI dan ARB

e. *Digoxin*

Diberikan pada pasien HF dengan fraksi ejeksi ventrikel kiri $\leq 40\%$ dengan irama sinus dan juga pada pasien HF dengan

atrial fibrilasi untuk memperlambat laju ventrikel yang cepat.

f. *Diuretik*

Direkomendasikan pada pasien HF dengan taanda klinis ataaau tanda kongesti. Pemberian diuretik bertujuan untuk mencapai status euvolemia (kering dan hangat) dengan dosis serendah mungkin atau sesuai dengan kebutuhan pasien untuk menghindari dehidrasi.

2) Tatalaksana non farmakologi menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiologi Indonesia, (2015):

a. Manajemen perawatan mandiri

Keberhasilan dalam pengobatan HF merupakan peran dari manajemen perawatan mandiri. Dampak yang dihasilkan akan sangat bermakna pada perbaikan gejala HF, kapasitas fungsional, peningkatan kualitas hidup, morbiditas, dan prognosis.

b. Ketaatan berobat

Dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Ketaatan dalam berobat pasien HF untuk farmakologi dan non farmakologi hanya sekitar 20-60% pasien

c. Pemantauan berat badan mandiri

Pemantauaan berat badan secara rutin setiap hari diharuskan untuk pengaturan pemberian dosis diuretik atas pertimbangan dokter

d. Asupan cairan

Retriksi cairan 1,5-2 liter perhari dipertimbangkan terutama pada HF yang berat dan disertai hiponatremia

e. Pengurangan berat badan

Untuk mencegah perburukan HF, mengurangi gejala, serta meningkatkan kualitas hidup. Pengurangan berat badan pada pasien HF obesitas dengan IMT > 30 kg/m².

f. Kehilangan berat badan tanpa rencana

Malnutrisi klinis umum didapatkan pada HF. Kaheksia jantung merupakan prediktor penurunan angka kelangsungan hidup. Jika dalam waktu 6 bulan terakhir berat badan > 6 % dari berat badan stabil sebelumnya tanpa disertai retensi cairan, maka pasien dikategorikan kaheksia dan status nutrisi pasien harus dihitung secara hati-hati

g. Latihan fisik

Direkomendasikan kepada semua pasien HF kronik stabil, untuk memberikan efek yang sama, program latihan dapat dilakukan di rumah sakit maupun di rumah

h. Aktivitas seksual

Penghambat *5-phosphodiesterase* mengurangi tekanan pulmonal, tetapi tidak direkomendasikan pada HF stadium lanjut dan tidak dikombinasikan dengan preparat nitrat.

Sedangkan tata laksana non farmakologik menurut Suter, (2012) dalam memberikan perawatan yang aman dan efektif pada pasien HF, antara lain:

- a. Penerapan pedoman praktik berbasis bukti. Pedoman praktik berbasis bukti yang terbaik, untuk membandingkan pemberian perawatan saat ini dengan rekomendasi praktik terbaik di masa mendatang serta dapat mengidentifikasi kesenjangan
- b. Pengenalan gejala. Eksaserbasi HF dapat dicegah dengan memberikan perhatian pada tanda-tanda awal dan gejala serta mengenali faktor penyebab
- c. Asesmen dan monitoring dengan cermat. Penilaian dilakukan secara komprehensif termasuk penilaian fisik saat masuk di pelayanan kesehatan dan dilakukan penilaian kembali setelah pasien pulang ke rumah di setiap kunjungan rumah.

- d. Pendidikan yang efektif pada pasien dan keluarga merupakan hal penting dalam memberikan informasi dan penilaian status kesehatan pasien
- e. Dukungan manajemen diri untuk mewujudkan hasil kesehatan yang positif dan meminimalkan gejala sisa kondisi kronis. Dukungan manajemen diri diberikan oleh profesional perawatan dengan penyediaan pendidikan sistematis dan intervensi pendukung untuk meningkatkan keterampilan dan kepercayaan diri pasien dalam mengelola masalah kesehatan mereka.

2. HEALTH COACHING

a. Defenisi *Health Coaching*

Association for coaching mendefinisikan *coaching* sebagai proses kolaborasi yang berfokus pada solusi, berorientasi pada hasil dan sistematis, di mana seorang pelatih (*coach*) memfasilitasi peningkatan atas performa kerja, pengalaman hidup, pembelajaran diri, dan pertumbuhan pribadi dari seorang *coachee* (Oliveira et al., 2017). *Coaching* merupakan hubungan kolaboratif yang dilakukan antara *coach* dan kemauan dari individu untuk membantu mencapai tujuan dari individu tersebut. Dalam hal ini, bahwa seorang *coach* hanya memfasilitasi dalam percakapan yang bermakna, mendukung, mendorong, dan memberikan kesempatan pada individu atau klien untuk memimpin (Donner & Wheeler, 2014).

Health coaching sebagai sebuah metode yang berpusat pada pasien, dimana penetapan tujuan ditentukan sendiri oleh pasien, adanya interaksi aktif antara petugas kesehatan dan pasien berfokus pada kesehatan, dan terjadi melalui sebuah proses pencerahan dan pemberdayaan pasien (Olsen, 2014). *Health coaching* merupakan pendekatan efektif bagi pasien untuk meningkatkan perilaku pasien dengan memberdayakan untuk menjadi pusat perawatan kesehatan mereka sendiri (Jeon & Benavente, 2016).

Defenisi lain menjelaskan metode *health coaching* mengacu pada semua konteks hubungan interpersonal dengan *coach*, yang ditandai dengan pendekatan berpusat pada pasien, dimana pasien menentukan tujuan, menggunakan penemuan diri, atau proses pembelajaran aktif bersama, dengan pendidikan kesehatan untuk bekerja menuju tujuan yang telah ditetapkan, disertai dengan perilaku pemantauan diri untuk meningkatkan akuntabilitas (Wolever et al., 2013). *Health coaching* membantu seorang perawat untuk dapat terlibat langsung dalam percakapan dan hubungan yang diarahkan untuk meningkatkan pengembangan profesional, komitmen dan juga praktek. Dalam percakapan, seorang perawat harus memiliki kemampuan mendengarkan, berdiskusi dan bertanya untuk mengklarifikasikan nilai-nilai inti, keyakinan dan tujuan, mengidentifikasi kesenjangan antara visi dan realitas dari pasien serta mampu mendorong dan menanamkan *self-efficacy* pasien (Donner & Wheeler, 2014).

Berdasar dari defenisi tersebut, disimpulkan bahwa *health coaching* merupakan metode yang berpusat pada pasien, dengan mengaktifkan pemberdayaan pasien dan memaksimalkan potensi yang dimiliki melalui penetapan tujuan oleh pasien sendiri melalui proses pembelajaran bersama dengan *coach*.

Telah banyak studi dan tinjauan sebelumnya yang meneliti tentang *health coaching* dalam populasi, konsep, dan konteks yang berbeda-beda, antara lain: efektifitas *health coaching* pada perubahan perilaku, kondisi fisiologi dan psikologis, peningkatan *self-efficacy*, dan tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien dengan penyakit kronis (Dennis et al., 2013; Elo et al., 2014; Patja et al., 2012), pengaruh *health coaching* terhadap hasil kesehatan, manajemen stres, dan peningkatan kapasitas fisik pasien HF (An & Song, 2020; Billis et al., 2020; Karen L Lawson et al., 2013; Linden et al., 2010; Tiede et al., 2017; Veen et al., 2017; Wongpiriyayothar et al., 2011), pengaruh *health coaching* terhadap

perawatan diri pasien HF (Deighan & Cleland, 2015; Ong et al., 2016; Stut et al., 2014), serta pengaruh *health coaching* terhadap readmisi dan biaya perawatan (Härter et al., 2016; Inglis et al., 2011, 2015; Ong et al., 2016; Prieto-Centurion et al., 2019; Steventon et al., 2013).

b. Karakteristik *Health Coaching*

Olsen, (2014) menjabarkan 7 karakteristik metode *health coaching*, antara lain:

- 1) Berfokus pada masalah pasien;
- 2) *Partnership*, antara *coach* dan klien secara aktif terlibat dalam proses bekerja bersama menuju hasil yang diinginkan;
- 3) Berpusat pada klien, meskipun disajikan sebagai kemitraan antara *coach* dan klien, tetapi tetap berfokus pada klien;
- 4) Berorientasi pada tujuan. Klien menetapkan sendiri tujuan yang hendak dicapai, dan berupaya untuk mewujudkan tujuan tersebut;
- 5) Berproses. Proses belajar aktif dari klien melalui proses penemuan diri (*self-discovery*);
- 6) *Enlightening*, mencakup pendidikan kesehatan, pendekatan refleksi diri, klien mengidentifikasi hambatan dan strategi, serta skala kesadaran diri;
- 7) *Empowering* (pemberdayaan), skala pemberdayaan, kehadiran, dan sejumlah dukungan dan dorongan;

c. Tujuan *Health Coaching*

Tiga tujuan utama dalam memberikan *coaching*, yaitu meliputi:

- 1) Membantu pasien dalam mengkaji kesehatannya, memberikan rekomendasi tata cara pendidikan kesehatan serta saran untuk mengurangi resistensi dan meningkatkan penerimaan terhadap informasi. Tujuan utamanya adalah membantu pasien mengidentifikasi, memahami dan memprioritaskan peningkatan perilaku kesehatan.

- 2) Membantu dalam meningkatkan performa pasien dalam memutuskan ketertarikannya sendiri dalam mengadopsi rekomendasi untuk melakukan perubahan gaya hidup yang lebih baik dan berkomitmen membuat keputusan sendiri untuk mencapai tujuan yang diharapkan.
- 3) Membantu pasien dalam mengembangkan keterampilan melakukan pemecahan masalah sehingga mereka akan lebih sistematis dalam membuat keputusan, merencanakan, memulai dan mempertahankan perilaku sehingga akan meningkatkan kemampuannya untuk melakukan tindakan dan mencapai tujuan yang diharapkan.

d. Model *Health Coaching*

Menurut (Bennett et al., 2010), dalam penerapan *health coaching*, terdapat 2 model yang dapat dijadikan referensi sesuai tujuan yang ingin dicapai, yaitu:

1) *The Teamlet Model*

Model ini diperkenalkan pada tahun 2006 di *General Hospital Family Centre* San Fransisco. Model "*teamlet*" (tim kecil) memperluas kunjungan perawatan primer selama 15 menit, perawatan yang tergantung pada pasien termasuk *coaching*. Pada model *teamlet* HFC, *health coach* diperkenalkan kepada masing-masing pasien pada saat melakukan kunjungan. Pasien diberitahu tentang peran dari *health coach* dan ditanya apakah mereka merasa nyaman memiliki *coach* yang akan hadir selama melakukan kunjungan ke klinik. *Health coach* akan membantu pasien dalam masalah non-klinis, misalnya: tidak memahami isi resep, pertanyaan tentang janji dan otoritas khusus serta masalah tentang manajemen diri pasien (Ngo et al., 2010).

Health coach melakukan *pre-visit* untuk melihat obat-obat pasien dan melakukan pengaturan rencana perawatan, membantu kunjungan dokter dan selama *post-visit*, menilai

apakah pasien memahami dan menyetujui perawatan yang direkomendasikan dan melibatkan pasien dalam rencana tindakan untuk perubahan perilaku. Selanjutnya, dilakukan kegiatan *follow up* melalui telepon di antara kunjungan untuk memeriksa rencana tindakan dan kepatuhan pengobatan. Kegiatan *follow up* teratur dapat berfungsi dalam memperbaiki *health outcomes* pada penyakit kronis. Fungsi utama dari *coach* adalah membantu pasien mendapatkan pengetahuan, keterampilan dan kepercayaan diri untuk mengolah sendiri kondisi mereka (Ngo et al., 2010).

2) *The Hospital-to-home Model*

Care Transitions Intervention (intervensi transisi perawatan) adalah metode *coaching* yang banyak digunakan mengajarkan keterampilan, kepercayaan diri kepada pasien dan keluarga saat mereka beralih dari rumah sakit ke rumah. Yang bertindak sebagai *care transitions coach* (perawat atau pekerja sosial) akan melakukan kunjungan sekali di rumah sakit dan sekali di rumah pasien, kemudian melakukan komunikasi dengan pasien melalui telepon sebanyak 3 kali. Terdapat 4 pilar dalam *Care Transitions Intervention Model* yaitu: memiliki strategi manajemen pengobatan yang handal, mengatasi hambatan untuk melakukan tindakan *follow up*, mengetahui cara mengenali dan merespon tanda dan gejala penyakit yang memburuk, dan menggunakan catatan kesehatan pribadi untuk mencatat sasaran tujuan yang diharapkan selama 30 hari, informasi kesehatan dan pertanyaan untuk ditanyakan kepada dokter atau petugas kesehatan pada pertemuan berikutnya. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa *Care Transitions Intervention* efektif dilakukan saat pasien pulang ke rumah, di mana dapat meningkatkan status kesehatan pasien, mengurangi biaya kesehatan, membantu pasien

memahami bagaimana, kapan dan di mana harus mencari bantuan jika mereka membutuhkannya (Voss et al., 2011).

e. Peran *Health Coach*

Menurut Bennett et al., (2010), *health coach* memiliki 5 peran utama yaitu:

1) Memberi dukungan dalam manajemen diri

Dukungan manajemen diri sangat penting bagi pasien untuk dapat memperluas perawatan kesehatan mereka baik di luar klinik maupun di kehidupan nyata. Seorang *coach* melatih pasien dalam tujuh komponen, yaitu: memberikan informasi, mengajarkan keterampilan spesifik penyakit, mempromosikan perubahan perilaku hidup sehat, memberikan keterampilan dalam memecahkan masalah, membantu dampak emosional dari penyakit kronis, memberikan tindak lanjut yang teratur, dan mendorong pasien untuk menjadi aktif dalam perawatan diri mereka.

2) Menjembatani kesenjangan antara dokter dan pasien

Peran *health coach* adalah sebagai penghubung dan menjembatani kesenjangan dengan menindaklanjuti pasien, memastikan bahwa pasien mengerti dan setuju dengan rencana perawatan, menanyakan kebutuhan dan hambatan, menangani literasi kesehatan, masalah budaya serta hambatan kelas sosial pasien.

3) Membantu pasien mengatur sistem perawatan kesehatan

Banyak dari pasien lansia dan disabilitas membutuhkan navigator untuk membantu menemukan, bernegosiasi dan terlibat dalam pelayanan. Seorang *coach* dapat membantu mengkoordinasikan perawatan dan berbicara untuk pasien ketika suara mereka tidak didengar.

4) Menawarkan dukungan emosional

Seorang *coach* menawarkan dukungan emosional dan membantu pasien untuk mengatasi masalah penyakit mereka.

5) Melayani secara berkelanjutan

Seorang *coach* terhubung dengan pasien tidak hanya pada saat pasien melakukan kunjungan, tetapi juga di antara kunjungan dengan menciptakan keakraban, menindaklanjuti, dan membangun kepercayaan.

f. Pilar *Health Coaching*

K. Lawson, (2013) menjelaskan bahwa ada 4 pilar dalam penerapan *health coaching*, yaitu:

- 1) Adanya perhatian penuh, *Mindfulness* adalah proses dari fokus, kesadaran yang tidak menghakimi
- 2) Komunikasi otentik, dibangun melalui kerangka kerja komunikasi, seperti wawancara motivasi, penyelidikan apresiatif, dan komunikasi tanpa kekerasan. Komunikasi tersebut terdiri atas 4 aspek:
 - i. Mendengarkan secara mendalam, menggambarkan pendengaran yang sedang dikomunikasikan melalui dan di antara kata-kata, bahasa tubuh, dan emosi.
 - ii. Penyelidikan ingin tahu, adalah praktik non-penilaian dari eksplorasi terbuka tanpa tujuan atau harapan
 - iii. Refleksi perspektif, mencerminkan yang didengar atau dirasakan klien, tetapi dengan *coach* selalu memeriksa kebenaran refleksi dengan klien. Ini adalah kesempatan untuk menawarkan pengamatan dan wawasan dengan empati alih-alih belas kasihan, simpati, atau penilaian
 - iv. Diam adalah aspek kritis dan sering tidak diakui dalam komunikasi manusia yang berdampak. Praktisi perlu merasa nyaman dengan keheningan diri mereka sendiri, agar peka dan responsif terhadap penggunaan keheningan yang efektif dengan klien.
- 3) Kesadaran diri, dibutuhkan perhatian dari waktu ke waktu yang diterapkan pada diri secara fisik, mental, dan emosional. Seorang *coach* dituntut untuk terus menerus menyadari

perasaan dan reaksi yang muncul secara internal, sehingga mereka dapat mengelola respon yang mereka miliki dengan tepat selama sesi dan memperhatikan setiap masalah pribadi yang perlu diperhatikan dan dibahas di luar sesi.

- 4) Ruang aman dan nyaman dirasakan oleh klien, sangat penting untuk pengembangan hubungan pembinaan kesehatan yang saling percaya, terkoneksi, dan produktif.

g. Teknik *Health Coaching*

Tiga teknik utama yang digunakan dalam *health coaching* menurut Ghorob et al., (2013), yaitu:

1) *Ask-tell-ask*

Merupakan teknik dasar dalam *health coaching* untuk menciptakan hubungan kolaboratif antar pasien dan *health coach* sehingga mampu mendorong partisipasi pasien. Dialog *Ask-tell-ask* dimulai dengan *health coach* menanyakan pasien pertanyaan terbuka untuk menilai apa yang dipahami dan tidak dipahami terkait penyakitnya dan rencana perawatan sebelum memberikan informasi kepada pasien.

Secara garis besar, hal-hal yang dapat ditanyakan oleh *health coach* antara lain:

- a) Tanyakan apa yang mereka ketahui dan apa yang mereka ingin ketahui
- b) Beri tahu mereka apa yang ingin mereka ketahui
- c) Tanyakan apakah mereka mengerti dan apa lagi yang ingin mereka ketahui

Adapun tahapan percakapan dalam teknik *ask-tell-ask* menurut *American Medical Association (AMA)*, yaitu:

a) *Ask*

- Selalu minta izin untuk memulai percakapan; minta pada pasien untuk menggambarkan pemahaman mereka tentang kunjungan sebelumnya dengan dokter/petugas kesehatan.

- Tanyakan apa pendapat pasien tentang kesehatan mereka, misalnya:

“Saat ini, seberapa penting untuk meningkatkan kesehatan anda?”

“Apa yang anda lakukan untuk meningkatkan kesehatan anda?”

“Apa yang membuat anda sulit untuk menjaga kesehatan?”

- Ajukan pertanyaan untuk mencari tahu apa sudah diketahui pasien, misalnya pada pasien diabetes:

“Apa yang anda ketahui tentang diabetes?”

“Apakah anda tahu cara menurunkan A1c anda?”

b) *Tell*

- Berikan informasi dan edukasi sederhana yang ingin diketahui pasien terkait dengan penyakitnya
- Gunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami oleh pasien (hindari menggunakan istilah medis)

c) *Ask again*

- Mengkonfirmasi pemahaman dengan meminta pasien untuk mengulangi kembali apa yang baru saja dijelaskan dengan menggunakan bahasa sendiri.
- Tanyakan apakah pasien memiliki pertanyaan atau ingin mengetahui hal lain terkait dengan penyakit atau kondisinya

2) *Teach-back*

Metode *teach-back* adalah teknik dimana pasien mengulang kembali informasi yang baru saja diberikan dengan menggunakan kata-kata mereka sendiri. *Teach-back* bukan tentang menguji pengetahuan pasien, tetapi merupakan cara untuk mengkonfirmasi bahwa *coach* telah menjelaskan apa yang penting dan dengan cara yang dipahami oleh pasien (Farris, 2015).

3) *Action Planning*

Adalah kesepakatan antara pasien, penyedia layanan kesehatan dan *health coach* untuk membantu pasien memenuhi tujuan dalam mencapai kesehatan yang lebih baik. Rencana tindakan adalah alat yang digunakan untuk melibatkan pasien dalam diskusi perubahan perilaku yang dapat membantu pasien untuk mencapai tujuan bersama dengan dokter dan *health coach*.

Menanyakan kepada pasien apa yang harus dia lakukan untuk meningkatkan kesehatannya (misalnya, melakukan aktifitas fisik, meningkatkan pilihan makanan, minum obat, mengurangi stress, mengurangi kebiasaan merokok atau pilihan mereka). Tindak lanjut tentang perincian spesifik dan catat perincian tersebut pada formulir rencana aksi (apa, berapa banyak, kapan, seberapa sering, di mana dan dengan siapa). Setelah pasien mengidentifikasi rencana tindakan tersebut, pasien diminta menilai tingkat kepercayaan dirinya dalam mencapai tindakan (menggunakan skala 0-10). Jika tingkat kepercayaan kurang dari skala 8, tanyakan bagaimana tujuan dapat diubah untuk meningkatkan ke skala 8 atau lebih.

Menurut *American Medical Association* (AMA), ada enam langkah untuk membuat rencana tindakan kolaboratif, yaitu:

- a) Izinkan pasien untuk memilih satu domain umum dari perubahan perilaku (misalnya, makan, berolahraga atau minum obat)
- b) Diskusikan rencana tindakan yang sangat spesifik yang pasien ingin ambil (misalnya, berjalan selama 20 menit atau tiga hari perminggu)

- c) Periksa kepercayaan diri pasien bahwa mereka akan berhasil dengan rencana tindakan yang mereka pilih (dengan menggunakan skala 0-10)
- d) Tanyakan kapan pasien ingin memulai rencana (misalnya, akhir pekan ini atau bulan pertama)
- e) Lakukan *follow-up* melalui telepon untuk memeriksa kemajuan tindakan pasien dan mendukung mereka dalam mengatasi setiap tantangan dengan tetap berpegang pada rencana tindakan.

Proses *coaching* memiliki beberapa teknik dan model dalam percakapan, salah satunya yaitu teknik FIRA yang dikembangkan oleh Amalia & Siregar (2015), terdiri dari empat langkah yaitu Fokus, Identifikasi, Rencana Aksi, dan Akuntabilitas

1) Fokus pada Tujuan

Seorang *coach* fokus pada pembahasan dengan menggali agenda dan tujuan sesuai dengan yang diinginkan oleh *coachee*, misalnya keinginan untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Contoh pertanyaan, yaitu:

“Apa agenda yang ingin Anda bahas dalam sesi *coaching* ini?”

“Apa fokus pembahasan yang Anda inginkan pada sesi ini?”

“Apa yang membuat tujuan itu penting untuk Anda?”

“Apa ukuran sukses dari sesi ini?”

2) Identifikasi G.P.S

Seorang *coach* menggali agar mampu mengidentifikasi kesenjangan (*gap*), kemungkinan (*possibilities*), dan solusi (*solution*) yang berasal dari kesadaran dan pemahaman diri dari seorang *coachee*. Contoh pertanyaan:

Kesenjangan (*gap*)

Skala 1-10, di mana angka 1 jauh dari sasaran dan 10 sudah sampai sasaran. “Di mana Anda sekarang?”
(memeriksa kesenjangan)

“Apa kesenjangan yang Anda sadari/ketahui/pahami saat ini, yang membuat Anda belum mencapai tujuan Anda?”

Kemungkinan (*possibilities*)

“Apa saja ide/pemikiran kemungkinan/peleuang yang ada saat ini untuk mendukung Anda mencapai tujuan tersebut?”

“Apa pro kontra/dampak/konsekuensi dari masing-masing peluang di atas?”

“Apa saja hambatan/ancaman yang mungkin terjadi dalam proses Anda mencapai tujuan?”

Solusi (*solution*)

“Dari beberapa peluang yang ada tadi, apa solusi yang paling memungkinkan pada situasi Anda saat ini yang dapat Anda pilih?”

“Apa yang membuat Anda memilih solusi tersebut?”

“Seberapa yakin Anda bahwa pilihan solusi yang diambil tersebut akan memberikan hasil sesuai dengan tujuan Anda?”

3) Rencana Aksi

Seorang coach memberikan ruang dan kesempatan kepada *coachee* menetapkan rencana aksi untuk implementasi dari solusi yang telah dipilih. Contoh pertanyaan:

“Apa rencana aksi/langkah-langkah yang akan Anda lakukan dari solusi yang dipilih untuk mencapai tujuan Anda?”

“Bagaimana strategi Anda untuk menjalankannya?”

“Bagaimana perencanaan waktu dari rencana aksi Anda?”

“Bagaimana Anda mengantisipasi hambatan yang mungkin terjadi dari rencana aksi Anda?”

4) Akuntabilitas

Komitmen dan tindak lanjut. Seorang *coach* memastikan bahwa *coachee* mampu untuk berkomitmen, mempunyai akuntabilitas dalam implementasi rencana aksi dan tindak lanjutnya. Adapun contoh pertanyaannya, yaitu:

“Apa kesimpulan dari sesi *coaching* ini?”

“Bagaimana anda memonitor dan menjaga akuntabilitas rencana aksi Anda?”

“Bagaimana komitmen Anda dalam mencapai tujuan?”

Dalam melakukan *coaching* terdapat juga istilah teknik OARS yang dapat memfasilitasi pasien untuk berdiskusi dan memiliki beberapa strategi, yaitu:

- 1) *Open-ended question* (pertanyaan terbuka) memungkinkan pasien fokus pada masalahnya saat itu,
- 2) *Affirmation of the person's strengths* (menegaskan kekuatan pasien), memvaliditasi sumber daya internal dan eksternal yang dimiliki pasien. Hal ini membantu pasien merasakan keyakinan bahwa tujuan memang dapat dipenuhi.
- 3) *Reflective listening* (mendengarkan secara reflektif), menunjukkan bahwa perawat tertarik pada permasalahan pasien, bukan justru perawat sebagai pusat perhatian, perawat lebih berusaha mempelajari atau memahami posisi pasien
- 4) *Summary* (ringkasan), memungkinkan perawat untuk mengulangi poin utama bersama pasien dan untuk mengungkapkan minat pasien.

h. Komponen *Health Coaching* (Ghorob et al., 2013; Jeon & Benavente, 2016; Olsen, 2014; Simmons & Wolever, 2013; Voss et al., 2011):

1) Metode Intervensi

Metode intervensi didasarkan pada teknik komunikasi modern termasuk *motivational interviewing*, *transtheoretic model of behavior change*, *share decision making*, dan *care transitions intervention*

2) Durasi Intervensi

Jumlah sesi/frekuensi *health coaching* pada beberapa penelitian bervariasi dan tidak ada jumlah kunjungan yang ditentukan. Menurut *Health Education East of England* bahwa sesi *health coaching* ini dilakukan minimal 2 sampai 5 sesi bahkan lebih dari 21 sesi baik setiap minggu, dua kali seminggu hingga setiap bulan. Lama intervensi yang dibutuhkan adalah minimal 30-40 menit per sesi sudah mampu mewujudkan aspek inti dari hubungan yang suportif dan kreatif untuk mendapatkan perubahan perilaku dan mencapai goals

3) Media Pengiriman

Intervensi *health coaching* menggunakan media telepon, tatap muka, internet (telehealth atau telemonitoring), atau kombinasi dari beberapa media.

4) *Health coach*

Syarat menjadi *health coach*, terlebih dahulu harus mengikuti sesi *coaching* minimal 100 jam untuk mendukung kompetensi pasien dengan cara: (1) memunculkan motivasi internal, menghubungkan tujuan kesehatan dan tujuan hidup dan nilai-nilai pribadi, (2) membangun kapasitas untuk berubah dengan meningkatkan otonomi, sifat positif, *self-efficacy*, ketahanan, dukungan sosial dan lingkungan, (3) memberikan pengetahuan dan pendidikan bila diinginkan oleh pasien, (4) menekankan akuntabilitas pasien, kemampuan untuk belajar dan menetapkan tujuan, (5) memperkuat saling ketergantungan antara kesehatan mental dan fisik yang positif. *Health coach* dapat berasal dari perawat, apoteker, pendidik kesehatan,

asisten medis terlatih, atau pasien lain yang disebut pelatih sebaya.

Studi yang mengidentifikasi media yang digunakan, antara lain: *health coaching* melalui telepon (Dwinger et al., 2020; Karen L Lawson et al., 2013; Masterson Creber et al., 2016; Patja et al., 2012; Tiede et al., 2017), tatap muka (Meeker, et al., 2019; Wang et al., 2017), telehealth (Deighan & Cleland, 2015; Stut et al., 2014), kombinasi telepon dengan telemonitoring (Ong et al., 2016), dan kombinasi telepon dengan tatap muka (Linden et al., 2010; Riegel, Dickson, et al., 2017; Vellone et al., 2020; Wongpiriyayothar et al., 2011; Young et al., 2016). *Health coaching* tidak hanya efektif dalam meningkatkan kepercayaan diri pasien, kepatuhan terhadap perubahan perilaku perawatan diri dan pengobatan, namun *health coaching* juga meningkatkan hasil kesehatan pasien. Dari 15 studi yang diidentifikasi, *telephone coaching* merupakan salah satu metode yang paling banyak digunakan, selain itu penggunaan metode *telehealth* atau *telemonitoring* dapat dikombinasikan dengan panggilan telepon atau tatap muka dikombinasikan dengan panggilan telepon.

Para peneliti belum fokus dalam mengidentifikasi komponen *health coaching* yang efektif digunakan dalam meningkatkan kepercayaan diri pasien, kepatuhan perubahan perilaku pada *self-care management*, maupun terhadap hasil kesehatan pada pasien HF. Terdapat 2 tinjauan yang fokus pada pelaksanaan *health coaching*, yaitu: tinjauan integrative yang berusaha untuk menganalisis efektifitas *health coaching* sebagai intervensi dalam meningkatkan perilaku gaya hidup sehat, membuat rekomendasi untuk praktik terbaik dalam desain program, dan mengidentifikasi fitur utama program *health coaching* yang efektif pada pasien dengan penyakit kronis (Jeanette & Bonnie, 2010) dan tinjauan sistematis tentang efektifitas *health coaching* dengan pendekatan optimal (termasuk intervensi dan durasi tindak lanjut, metode

administrasi, jumlah sesi, dan frekuensi sesi) dalam menentukan hasil spesifik, serta mengidentifikasi teknik secara khusus terkait efektifitas intervensi *health coaching* pada hasil kesehatan pada populasi remaja, dewasa, dan manula dengan penyakit kronis (Hill et al., 2015).

3. **SELF-CARE MANAGEMENT**

a. **Defenisi**

Self-care anagement merupakan tantangan bagi individu dengan penyakit kronis yang kompleks dan mengharuskan pasien mengikuti rencana perawatan yang terinci dan berlanjut dengan melibatkan kebiasaan dalam melakukan pemantauan status kesehatan dan gejala klinis, serta berkolaborasi dengan penyedia layanan kesehatan untuk mendapatkan akses perawatan sebelum keadaan darurat terjadi (Masterson et al., 2015).

Self-care management adalah suatu strategi yang digunakan untuk mengatasi kondisi kronis pasien dengan memberikan pendidikan kesehatan secara aktif dalam mengidentifikasi masalah dan menyelesaikan masalah kesehatannya (Grady & Gough, 2018). *Self-care management* juga didefenisikan sebagai tindakan untuk menjaga dan meningkatkan stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi, serta mendeteksi gejala awal perburukan HF (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiologi Indonesia, 2015).

Self-care management melibatkan evaluasi perubahan tanda dan gejala fisik maupun emosional dalam menentukan jenis tindakan yang diperlukan (Riegel, Moser, et al., 2017). Perubahan perilaku pasien dalam menerapkan *self-care management* seperti kepatuhan terhadap pengobatan, diet, aktivitas fisik atau olahraga; pemantauan dan manajemen gejala secara dini; penimbangan berat badan harian untuk menilai retensi cairan; dan mencari bantuan ketika gejala tiba-tiba terjadi, mencerminkan tindakan pasien untuk

mempertahankan fungsi dan menuju hidup lebih sehat (Lainscak et al., 2011).

b. Tujuan *Self-Care Management*

Self-care management bertujuan untuk mengukur kemampuan pasien dalam mengenali gejala dan melakukan tindakan apabila gejala muncul (Awoke et al., 2019). Referensi lain menjelaskan tujuan *self-care management* adalah untuk mengkaji kemampuan pasien dalam mengelola diri terkait dengan penyakitnya, memberikan pendidikan dan keterampilan dan kegiatan harian secara rutin untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (Toback & Clark, 2017).

c. Komponen *Self-Care Management*

Beberapa komponen yang dapat diterapkan pada *self-care management*, namun tidak harus semua digunakan karena tergantung kebutuhan dan penyakit kronis yang dialami pasien. Pendekatan umum untuk setiap komponen harus meningkatkan peran aktif dan tanggung jawab pasien dalam rencana perawatan (Jonkman, 2016).

1) *Transfer informasi*

Memberikan informasi dan pemahaman berbasis keterampilan kepada pasien untuk mengelola penyakit mereka dengan menggunakan pendekatan yang berpusat pada pasien.

2) *Self monitoring* atau stimulasi aktif dari pemantauan gejala

Membantu pasien mengidentifikasi kondisi yang mempengaruhi hasil yang dipantau, mendorong proses perubahan, serta meningkatkan kesadaran pasien pada gejala untuk berubah dari waktu ke waktu

3) *Skill training*

Meningkatkan keterampilan terkait dengan kondisi pasien, seperti pengelolaan diet, cara menguji kadar gula darah,

tekanan darah dan berat badan harian, serta menyesuaikan respon pengobatan terhadap gejala penyakit

4) Perubahan perilaku

Diperlukan strategi untuk mengadopsi perilaku baru dan perubahan perilaku pasien dari yang sudah ada sebelumnya.

5) Mempromosikan kesiapan untuk berubah

Teori kognitif merupakan aspek penting dalam mendukung *self-care management* pasien untuk mendorong mendapatkan penguasaan melalui sasaran praktik perilaku.

6) *Problem solving*

Lima komponen utama dalam pemecahan masalah, antara lain: orientasi masalah, definisi dan rumusan masalah, solusi alternatif, pengambilan keputusan, penerapan, dan evaluasi

7) Meningkatkan *self-efficacy*

Salah satu cara meningkatkan *self-efficacy* adalah melalui penguasaan yang dicapai dari hasil pengalaman langsung dari perilaku tersebut. Efikasi diri merupakan penentu utama karena mempengaruhi perilaku sehat secara langsung maupun tidak langsung oleh karena faktor penentu lainnya (Bandura, 2004)

d. Efek Penerapan *Self-Care Manajemen*

Self-care management yang diterapkan secara efektif dapat meningkatkan kepuasan dan kemampuan pasien dalam menyesuaikan diri dengan masalah kesehatannya. *Self-care management* dapat membentuk kepatuhan terhadap instruksi profesional kesehatan, meningkatkan pemahaman terhadap penyakit dan informasi lainnya terkait gaya hidup sehat. Pasien dianggap mampu dalam *self-care management* apabila: melakukan perilaku hidup sehat, mengatasi efek samping dan gejala, meningkatkan kesejahteraan, meningkatkan perilaku mengatur diri sendiri, mengatasi masalah kesehatan lebih baik, memiliki kepuasan hubungan dengan profesional kesehatan, memiliki akses

yang lebih baik ke fasilitas perawatan kesehatan, mengurangi penggunaan fasilitas kesehatan, dan memperkuat kelompok pendukung (Sassen, 2017).

e. *Self-Care Management* pada pasien HF

Teori spesifik perawatan HF ditentukan oleh tiga aspek, meliputi: pemeliharaan (ketaatan dalam pengobatan), persepsi gejala (mendengarkan, memantau, menginterpretasi, dan pelabelan gejala), serta manajemen (respon terhadap gejala) (Masterson et al., 2015). *Self-care management* HF mengharuskan pasien untuk melakukan pemantauan diri harian untuk perubahan berat badan dan gejala, mempraktikkan pengambilan keputusan untuk perubahan gejala, dan mematuhi obat yang diresepkan, diet, aktivitas fisik, dan perawatan lanjutan (Moser et al., 2012).

Hasil klinis HF bergantung pada seberapa mampu pasien melakukan praktik perawatan diri di rumah dan mencari perawatan dini untuk gejala. Pendekatan *self-care management* harus mencerminkan strategi berbasis persepsi dan tindakan untuk mengelola HF secara efektif (Harkness et al., 2015). Pasien dengan HF sering rawat inap berulang karena mengalami eksaserbasi pada gejala dengan retensi cairan, sesak nafas, dan kelelahan dalam aktivitas. Meningkatnya prevalensi, biaya, readmisi, dan beban sosial pasien dan keluarga, maka dilakukan penggabungan intervensi *self-care management* dengan terapi medis yang efektif, untuk mengoptimalkan kualitas hidup dan hasil kesehatan pasien (Masterson et al., 2015).

f. Faktor yang mempengaruhi *self-care management*

Dalam studi tinjauan sistematis yang dilakukan oleh Sedlar et al., (2017) menjelaskan enam kategori yang mempengaruhi *self-care management* pasien HF, antara lain karakteristik individu, karakteristik fisik dan biologi, status gejala, persepsi kesehatan secara umum, status fungsional, dan karakteristik lingkungan

Tabel 2.4 Faktor yang mempengaruhi *self-care management*

Kategori	
Karakteristik individu	Demografi: Umur, jenis kelamin, status pernikahan, status pekerjaan, jenis pekerjaan <i>Self-care:</i> Kepatuhan terhadap HF, <i>self-monitoring</i> , pandangan pasien tentang keterlibatan dalam perawatan, <i>self-care</i> , konsumsi alkohol/tidak Pengetahuan tentang HF <i>Health literacy</i> Yang mempengaruhi kepribadian Status kognitif: baik, gangguan memori, gangguan pemroses informasi
Karakteristik fisik dan biologi	Etiologi HF Komorbiditas: COPD, Diabetes Mellitus, Sindrom Depresi, ansietas, depresi, ischemic heart disease, hipertensi, anemia, overweight, renal syndrome, masalah gastrointestinal, peripheral artery disease, frailty syndrome LVEF Pengobatan Karakteristik bio-kimia: NT-proBNP, kadar natrium, creatinine clearance
Status gejala	Gejala fisik
Persepsi kesehatan secara umum	Status kesehatan saat ini <i>Health-related Quality of Life</i>
Status fungsional	Kelas NYHA Keterbatasan fisik: keterbatasan fisik umum, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan tidur, riwayat <i>Coronary Artery Bypass Grafting</i> , riwayat penggantian katup jantung, lama penyakit
Karakteristik lingkungan	Pendapatan <i>Social Support</i> Penggunaan pelayanan kesehatan: riwayat admisi sebelumnya, berapa kali rawat inap dalam 6 bulan terakhir, rujukan cardiologist sebelumnya, ikut dalam komunitas penyakit jantung, waktu sejak diagnosis, penundaan (waktu antara memburuknya gejala dan rawat inap rumah sakit)

Sumber: (Sedlar et al., 2017)

4. SCOPING REVIEW

a. Defenisi

Perkembangan bidang penelitian praktik berbasis bukti dimulai sejak tahun 1990an (Grant & Booth, 2009). Berbagai pendekatan dikembangkan sesuai dengan tujuan dan pertanyaan penelitian untuk mendapatkan hasil sintesis bukti yang lebih efektif dan akurat (Peters et al., 2020). Sebanyak 14 tinjauan yang diidentifikasi oleh Grant & Booth (2009), dimana *scoping review* merupakan salah satu dari tinjauan tersebut.

Scoping review salah satu pendekatan yang relative baru dalam melakukan sintesis bukti (Munn et al., 2018), dengan tujuan untuk menyusun peta konsep dengan mengeksplorasi sebuah topic dan tujuan topic tersebut diteliti (Peters et al., 2020).

Ketika *systematic review* tidak dapat memenuhi tujuan atau persyaratan yang diperlukan oleh peneliti, maka *scoping review* yang diterapkan sebagai tinjauan (Munn et al., 2018). Hal yang membedakan *scoping review* dengan *systematic review* menurut Peters et al., (2020), antara lain *scoping review* memiliki ruang lingkup lebih luas dengan elemen kriteria inklusi menggunakan PCC (*population/participant, concept, context*) sedangkan *systematic review* menjawab pertanyaan spesifik dengan menggunakan elemen PICO (*population, intervention, comparison, outcome*); metode *scoping review* bisa berasal dari berbagai sumber yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan penulis, sedangkan *systematic review* wajib dilakukan pengtinjauan kualitas karena tujuan penyusunan *systematic riview* untuk menghasilkan bukti terbaik yang dapat digunakan pada praktik klinis.

Munn et al., (2018) mengembangkan bahasan dan memperluas indikasi penilaian *scoping review* dengan menyarankan tujuan yang perlu dipertimbangkan dalam penyusunan *scoping review*, antara lain:

- a. Mengidentifikasi jenis bukti yang tersedia terkait topik yang diinginkan

- b. Mengklarifikasi konsep dan definisi utama dalam literatur
- c. Mengamati bagaimana sebuah topik penelitian tertentu dilakukan
- d. Mengenali karakteristik atau faktor utama terkait suatu konsep
- e. Sebagai dasar awal sebelum penyusunan *systematic review*
- f. Mengenali dan menelaah kesenjangan pengetahuan

b. Kerangka Kerja *Scoping Review*

Kerangka kerja penyusunan *scoping review* pada awalnya disusun oleh Arksey & O'Malley (2005). Levac et al., (2010) kemudian mengembangkannya dengan menambahkan detail pada setiap tahap penyusunan tinjauan. Pada tahun 2018, PRISMA yang hanya digunakan untuk *systematic review* dikembangkan pula untuk penyusunan *scoping review* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). Daftar periksa PRISMA-ScR dikembangkan oleh ahli yang berjumlah 24 orang dan 2 pimpinan penelitian dalam kelompok metodologi *scoping review*. Tujuan pengembangan PRISMA-ScR adalah untuk membantu peneliti mengembangkan pemahaman yang lebih baik tentang terminologi yang relevan, konsep inti, dan item utama untuk dilaporkan dalam *scoping review* (Tricco et al., 2018).

Daftar periksa PRISMA-ScR mendefinisikan setiap item untuk memberi penulis panduan tambahan tentang cara menggunakan PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Tabel menyajikan daftar periksa terakhir, yang mencakup 20 item ditambah 2 item opsional. Terdiri dari 10 butir yang disepakati pada babak 1 dan 2 (butir 1, 3, 5, 6, 8, 9, 17, 25, 26, dan 27) dan 9 butir yang disepakati pada babak 3 (butir 2, 4, 7, 11, 14, 18, 20, 21, dan 24), beserta 1 item (item 10) yang dimodifikasi untuk dimasukkan setelah babak final. Lima item dari daftar periksa PRISMA asli dianggap tidak relevan, antara lain item 13 (ukuran ringkasan), yang mencapai kesepakatan karena tidak berlaku untuk *scoping review* di babak 1, dan 4 item selanjutnya adalah item 15 (risiko bias di seluruh studi) dan item 22

(risiko bias di seluruh hasil studi, pendamping untuk item 15), yang dikeluarkan setelah babak 3, bersama dengan item 16 (analisis tambahan) dan item 23 (hasil analisis tambahan, pendamping item 16), yang mencapai kesepakatan karena tidak berlaku untuk tinjauan ruang lingkup dibabak 3. Selain itu, karena *scoping review* dapat mencakup banyak jenis bukti (seperti dokumen, blog, situs Web, studi, wawancara, dan opini) dan tidak memeriksa risiko bias dari sumber yang disertakan, item 12 (risiko bias dalam studi individual) dan 19 (risiko bias dalam hasil studi) dari PRISMA asli diperlakukan sebagai opsional dalam PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

Tahapan penyusunan *scoping review* berdasarkan panduan The Joanna Briggs Institute, (2020), antara lain:

Tahap 1: Menentukan judul

Judul protokol harus bersifat informatif dan memberikan indikasi yang jelas tentang topik *scoping review*. Judul tidak boleh diutarakan sebagai pertanyaan. Elemen PCC direkomendasikan sebagai panduan untuk menyusun judul dengan jelas dan bermakna untuk *scoping review*. Elemen PCC terdiri dari *Population*, *Concept*, dan *Context*. Masing-masing dari elemen ini harus tersirat dari konsep yang diteliti.

Tahap 2: Menentukan tujuan dan pertanyaan penelitian

Pertanyaan *scoping review* memandu dan mengarahkan pengembangan kriteria inklusi yang spesifik. Untuk membantu memfasilitasi pencarian efektif dan sajian terstruktur *scoping review* dibutuhkan pertanyaan yang jelas.

Elemen PCC yaitu *population/participant*, *concept* dan *context* yang harus dimuat pada pertanyaan. Satu pertanyaan primer dan dapat didukung dengan beberapa sub pertanyaan yang harus dimiliki oleh sebuah *scoping review*. Sub pertanyaan dapat digunakan untuk memperjelas elemen PCC dalam pertanyaan

utama. Namun, sub pertanyaan tidak diperlukan jika pertanyaan cukup menjawab PCC dan sesuai dengan tujuan ulasan.

Tahap 3: Mengembangkan kriteria inklusi

Kriteria inklusi merinci mana sumber yang dipertimbangkan untuk dimasukkan ke dalam *scoping review* untuk didefinisikan dengan jelas. Kriteria inklusi memandu *reviewer* dalam memutuskan sumber-sumber yang dimasukkan ke dalam tinjauan. Kriteria inklusi harus selaras dengan judul dan pertanyaan *scoping review*.

a) Jenis peserta

Karakteristik peserta harus spesifik, termasuk usia dan parameter lainnya yang sesuai tujuan dan pertanyaan *scoping review*. Dibeberapa kondisi, jenis peserta mungkin tidak relevan digunakan, dimana tujuan *scoping review* fokus pada pemetaan jenis dan desain telah digunakan dalam bidang tertentu.

b) Konsep

Konsep yang ditelaah dalam *scoping review* harus jelas sebagai panduan ruang lingkup dan luasnya pencarian. Spesifikasi berkaitan dengan unsur dalam tinjauan sistematis komponen termasuk intervensi, fenomena, dan/atau hasil intervensi yang relevan. Hasil dapat menjadi sebuah komponen apabila terkait jelas dengan tujuan penyusunan *scoping review*.

c) Konteks

Konteks *scoping review* dapat bervariasi tergantung pada tujuan dan pertanyaan, namun harus didefinisikan secara jelas dan tidak terbatas pada faktor budaya, seperti lokasi geografis, bersangkutan dengan sosial, atau berdasar gender tertentu. Beberapa hal, konteks juga dapat melingkup perincian tentang pengaturan spesifik, seperti perawatan akut, perawatan primer atau masyarakat. *Reviewer* berhak membatasi konteks ke negara atau sistem kesehatan tertentu atau pengaturan layanan kesehatan, sesuai dengan topik dan tujuan.

d) Jenis sumber bukti

Sumber informasi untuk *scoping review* dapat berasal dari semua literatur yang ada, misalnya studi utama, *systematic review*, meta-analisis, surat, panduan, situs, blog dan lain-lain. Reviewer dapat membiarkan sumber informasi terbuka untuk memungkinkan semua jenis sumber disertakan, namun reviewer juga dapat membatasi pada jenis sumber yang mereka sertakan sesuai topik tertentu.

Tahap 4: Menyusun strategi pencarian

The Joanna Briggs Institute, (2020) merekomendasikan strategi pencarian dilakukan melalui tiga tahap, antara lain: tahap pertama dimulai pencarian terbatas menggunakan minimal dua *database online* yang sesuai dengan topik. Pencarian kemudian dilanjutkan dengan menganalisis kata kunci yang didapatkan pada judul dan abstrak. Tahap kedua menggunakan semua kata kunci dan istilah indeks yang didapatkan pada semua *database* yang disertakan. Tahap ketiga artikel dan referensi laporan yang teridentifikasi harus dicari sumber tambahannya. Memeriksa daftar referensi dari semua atau terbatas pada artikel lengkap yang diidentifikasi dan dimasukkan dalam tinjauan.

Pencarian *gray literature* kemungkinan dibutuhkan berdasarkan panduan pada strategi pencarian. Strategi pencarian lengkap, setidaknya untuk satu data base utama harus dilampirkan masuk sebagai lampiran protokol. Pembatasan bahasa dan rentang waktu pencarian harus dijelaskan dengan pertimbangan yang jelas dan tepat. Seluruh strategi dan hasil pencarian ditransparansi dan dapat diaudit.

Tahap 5: Pemilihan sumber bukti

Pemilihan sumber bukti pada semua tahap seleksi dan komponen harus digambarkan pada protokol *scoping review*, baik pada judul, abstrak, maupun pemeriksaan teks lengkap untuk menyelesaikan perbedaan pendapat di antara *reviewer*. Pemilihan studi dilakukan

berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya dan ditinjau oleh dua orang reviewer secara independen. Setiap perbedaan pendapat diselesaikan dengan konsesus atau keputusan *reviewer* ketiga. Alur proses pencarian tinjauan berdasarkan komponen protokol PRISMA-ScR yang merinci alur pencarian, pemilihan sumber, duplikat, teks lengkap, penambahan dari pencarian ketiga, ekstraksi data dan penyajian bukti, dan sebaiknya disertai dengan deksriptif naratif. Perangkat lunak yang digunakan untuk mengadaptasi hasil pencarian harus dijelaskan seperti: Covidence, Endnote, JBI Summari. Lampiran terpisah harus ada disertakan tentang studi yang dikeluarkan serta alasan mengapa studi dikeluarkan.

Tahap 6: Mengekstraksi data

Proses ekstraksi data biasa atau “*data charting*” pada *scoping review* bertujuan untuk memberikan ringkasan dan deskriptif dari hasil yang diidentifikasi sesuai tujuan dan pertanyaan penelitian. Tabel atau formulir konsep dikembangkan dan diujicobakan pada tahap protokol untuk mencatat informasi kunci dari sumber yang mungkin dipilih oleh *reviewer* untuk dipetakan. Tabel charting tersebut antara lain: author(s), tahun publikasi, negara (tempat studi dipublikasi atau dilakukan), tujuan, populasi dan ukuran sampel (jika tersedia), metode penelitian, tipe intervensi, pembanding, durasi intervsi (jika tersedia), hasil dan detailnya, bagaimana hasil diukur (jika tersedia), dan temuan kunci terkait pertanyaan *scoping review*. Disarankan agar *reviewer* menyimpan catatan dengan cermat untuk mengidentifikasi sumber, memudahkan referensi dan pelacakan.

Tahap 7: Melakukan analisis terhadap bukti-bukti yang dimasukkan

Scoping review tidak melakukan sintesis hasil dari sumber bukti yang dimasukkan dalam tinjauan merupakan hal penting untuk diingat, karena lebih tepat dilakukan pada pendekatan

systematic review. *Reviewer* dapat memetakan secara deskriptif setelah mengekstraksi hasil.

Data seperti frekuensi konsep, populasi, karakteristik atau bidang data lainnya kebanyakan diperlukan pada *scoping review*. Namun, *reviewer* juga dapat melakukan analisis lebih mendalam seperti analisis konten kualitatif. 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 data dianalisis tergantung pada tujuan tinjauan dan penilaian *reviewer* sendiri. Pertimbangan terpenting mengenai analisis adalah *reviewer* transparan dan eksplisit dalam pendekatan yang telah diambil, termasuk membenarkan pendekatan mereka dan jelas melaporkan setiap analisis.

Tahap 8: Menyajikan hasil

Beberapa rencana untuk presentasi hasil harus diberikan oleh *reviewer* pada saat pengembangan protokol *scoping review*. Perencanaan dilakukan dengan hati-hati dalam menyajikan data yang diekstraksi dari sumber bukti. Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, diagram bagan atau gambar, dan disesuaikan dengan tujuan atau pertanyaan *scoping review*.

Tujuan akhir dari pemetaan data yaitu untuk mengidentifikasi, mengkarakterisasi, dan meringkas bukti penelitian suatu topik, termasuk mengidentifikasi kesenjangan penelitian. Elemen kriteria inklusi PCC berguna memandu bagaimana data harus dipetakan dengan tepat.

Tahap 9: Merangkum bukti

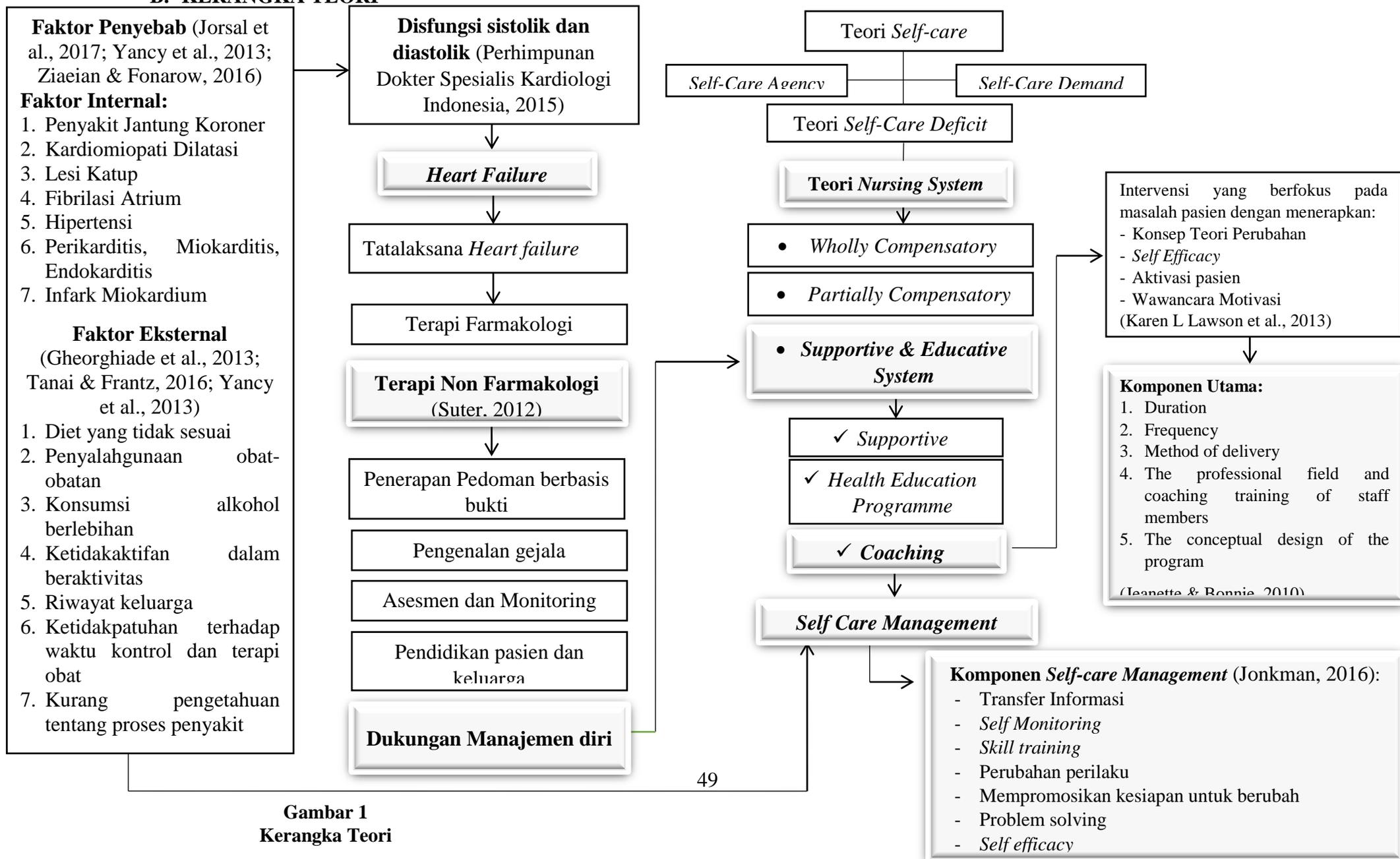
Panduan bukti-bukti dalam *scoping review* terdiri dari komponen-komponen, antara lain: garis besar tinjauan, kriteria inklusi (elemen PCC), strategi pencarian, ekstraksi data, penyajian dan ringkasan hasil, serta implikasi potensial studi untuk penelitian dan praktik.

c. Kualitas *Scoping Review*

Seperti yang dipaparkan sebelumnya, bahwa *scoping review* merupakan tinjauan dengan lingkup yang luas dan tidak membatasi sumber pencarian, sehingga artikel yang tidak diterbitkan melalui proses *peer review* juga dapat dimasukkan. Oleh karena itu, sebuah *scoping review* dibutuhkan panduan yang berisi poin-poin untuk mengkritisi studi *scoping* untuk menjamin kualitas. Cooper et al., (2019) menyusun panduan yang berisi 6 kriteria kunci penilaian kualitas sebuah *scoping review*. Kriteria-kriteria tersebut selanjutnya terdiri dari beberapa item ceklis (daftar terlampir).

Secara keseluruhan, daftar periksa, nilai berkisar antara 12-20 poin yang mengindikasikan kepatuhan penulis dalam menyusun *scoping review* sesuai panduan. Kriteria dimana tinjauan dapat ditingkatkan kualitasnya adalah pada aspek pelaporan, termasuk jumlah reviewer (Item 9), format grafik data (Item 11), kualitas makalah (Item 14) dan masalah terkait dengan bias (Item 18).

B. KERANGKA TEORI



Gambar 1
Kerangka Teori