

TESIS

**METODE PENDIDIKAN KESEHATAN YANG EFEKTIF UNTUK
MENINGKATKAN *SELF-CARE* LANSIA DENGAN PENYAKIT
*CHRONIC HEART FAILURE : A SYSTEMATIC REVIEW***

Disusun dan diajukan oleh

**OLEH
SRIYANTI MANSYUR
R012181017**



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

**METODE PENDIDIKAN KESEHATAN YANG EFEKTIF UNTUK
MENINGKATKAN *SELF-CARE* LANSIA DENGAN PENYAKIT
*CHRONIC HEART FAILURE : A SYSTEMATIC REVIEW***

Proposal Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan
Fakultas keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

(Sriyanti Mansyur)

R012181017

Kepada

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

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

METODE PENDIDIKAN KESEHATAN YANG EFEKTIF UNTUK
MENINGKATKAN *SELF-CARE* LANSIA DENGAN PENYAKIT *CHRONIC*
HEART FAILURE : A SYSTEMATIC REVIEW

Disusun dan diajukan oleh

SRIYANTI MANSYUR
R012181017

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 2 Februari 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Andi Masvitha Irwan, S.Kep, Ns., MAN., PhD
NIP. 19830310 200812 2 002

Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB
NIP. 19850304 201012 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 Salih, S.Kp., M.Si.
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sriyanti Mansyur

NIM : R012181017

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul

Metode Pendidikan Kesehatan yang Efektif untuk Meningkatkan *Self-care* Lansia dengan Penyakit *Chronic Herat Failure* : A Systematic Review

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

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

Makassar, Februari 2021

Yang menyatakan,



Sriyanti Mansyur

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT karena limpahan rahmat, karunia serta pertolongan-NYA sehingga penulisan dan penyusunan Tesis ini dengan Judul “**Metode Pendidikan Kesehatan Yang Efektif Untuk Meningkatkan *Self-care* Lansia Dengan Penyakit *Chronic Heart Failure* : A *Systematic Review***” dapat diselesaikan. Penyusunan tesis ini merupakan salah satu syarat yang harus dipenuhi untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Pasca Sarjana di Universitas Hasanuddin Makassar.

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan, motivasi, kesabaran dan keikhlasan dari pihak terutama para pembimbing yang telah meluangkan waktunya memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis. Untuk itu, kepada pembimbing I : **Andi Masyita Irwan, S.Kep, Ns., MAN., PhD** dan pembimbing II : **Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB** penulis ucapkan banyak terimakasih atas bimbingan dan arahnya selama proses penulisan. Kepada Ibu **Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp.,M.Kes** selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar dan Ibu **Dr. Elly L. Sjattar, S. Kp.,M.Kes** selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar terimakasih sudah memberi saya kesempatan menimba ilmu pada fakultas keperawatan Universitas Hasanuddin. Tak lupa pula penulis ucapkan terimakasih kepada suami: Sapriady S.Kep., Ns., M.Kes dan teman-teman seangkatan 2018 yang telah mendukung dan memberikan masukan membangun sehingga proses penyusunan berjalan dengan baik.

Dengan keterbatasan pengalaman, ilmu maupun pustaka yang ditinjau, penulis menyadari bahwa tesis ini masih banyak kekurangan. Untuk itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun sehingga penulisan tesis dapat mendekati kata sempurna karena sempurna itu hanyalah milik Allah SWT. Akhir kata, semoga tesis ini kelak memberi manfaat bagi kita semua terutama untuk ilmu pengetahuan.

Makassar, Februari 2021

Penulis

(Sriyanti Mansyur)

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGAJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN TESIS.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
DAFTAR SINGKATAN	x
ABSTRAK.....	xi
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Review	6
D. Pernyataan Originalitas	6
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Tinjauan Penyakit CHF pada Lansia	8
B. Tinjauan <i>Self-care</i> pada Lansia.....	17
C. Tinjauan Pendidikan Kesehatan pada Lansia.....	22
D. Kerangka teori.....	32
E. Tinjauan <i>systematic review</i>	33
BAB III	39
METODE.....	39
A. Desain	39
B. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	39

C. Strategi Pencarian	40
D. Prosedur Pengumpulan Data	45
E. Ekstraksi dan Manajemen Data	49
F. Analisa Data	49
G. Etika <i>Systematic Review</i>	50
BAB IV HASIL	51
A. Hasil pencarian artikel	51
B. Penilaian kualitas artikel	66
BAB V	72
DISKUSI	72
A. Implikasi dalam perawatan	78
B. Keterbatasan	79
BAB VI	80
KESIMPULAN DAN SARAN	80
A. Kesimpulan	80
B. Saran	81
C. Pendanaan	81
DAFTAR PUSTAKA	82

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi HF berdasarkan NYHA	14
Tabel 2.2 Fase HF menurut ACC/AHA.....	15
Tabel 3.1 Komponen PICO	41
Tabel 3.2. Keywords berdasarkan database.....	41
Tabel 3.3 Defenisi Operasional	46
Tabel 4.1 Karakteristik artikel.....	52
Tabel 4.2 Ekstraksi data artikel.....	58
Tabel 4.3 Hasil intervensi pendidikan kesehatan.....	63
Tabel 4.4 JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials	67
Tabel 4.5 JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies	68
Tabel 4.6 Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (CEMB)	69
Tabel 4.7 Risk of Bias Tools	71

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi HF.....	11
Gambar 2.2 Teori Keperawatan Self-care	18
Gambar 2.3 Elemen inti Self-care	22
Gambar 2.4 Kerangka teori.....	32
Gambar 4.1 Flowchart Alur Pencarian Artikel.....	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 JBI Critical appraisal checklist for RCT	91
Lampiran 2 JBI Critical Appraisal for Quasi eksperimen	92
Lampiran 3 Level evidance dan rekomendasi	93
Lampiran 4 Risk of Bias Tools.....	966
Lampiran 5 Checklist PRISMA.....	977
Lampiran 6 SINTESIS GRID	101

DAFTAR SINGKATAN

AHA : *American heart association*

ACC : *American College of Cardiology*

CHF : *Chronic Heart Failure*

CDC : *Centers of Disease Control*

CASP : *Critical Apraisal Skill Programe*

CEBM : *Centre for Evidence-Based Medicine*

CO : *Cardiac output*

FCIHE : *Full Course Individualized Health Education*

HF : *Heart Failure*

JBI : *The Joanna Briggs Institute*

MDMP : *Multiple Disciplinary Management Program*

NYHA : *New York Heart Association*

PICO : *Population, Intervention, Comparison and Outcome*

PRECEDE : *Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*

RISKESDAS : *Riset kesehatan dasar*

RCT : *Randomized Controlled Trial*

WHO : *World health organization*

ABSTRAK

Latarbelakang : Peringkat utama kematian lansia di seluruh dunia adalah gagal jantung. Pengetahuan terkait perawatan diri dapat meningkatkan kualitas hidup lansia. Berbagai review terdahulu tentang pendidikan kesehatan, namun masih terbatas yang membahas tentang berbagai metode pendidikan yang efektif untuk meningkatkan self-care lansia dengan CHF.

Tujuan : Mengidentifikasi metode pendidikan kesehatan yang efektif untuk meningkatkan *self-care* lansia dengan penyakit CHF.

Metode : Pencarian literatur dalam tinjauan sistematik ini dilakukan pada database Pubmed, Cochrane, Ebscohost, Proquest, DOAJ, Science direct dan Clinical Key. Artikel dibatasi yang terbit tahun 2015-2020 dan berbahasa inggris. Artikel yang memenuhi kriteria inklusi akan dinilai menggunakan Joanna Brigg's Institute, CEBM dan Cochrane of risk bias tools.

Hasil : Dari 8 studi yang kami review terdapat lima artikel yang menggunakan metode pendidikan individual disertai tindak lanjut telepon. Dua artikel dengan metode ceramah/pidato dan satu dengan metode tatap muka. Untuk durasi pendidikan ditemukan paling lama 3 jam dan paling singkat 30 menit. Sementara instrumen perilaku *self-care* menggunakan SCHFI dan EHFscB-9. Semua hasil yang dilaporkan menunjukkan peningkatan pada perilaku *self-care* lansia setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Kesimpulan : Metode pendidikan individual disertai dukungan tindak lanjut telepon lebih efektif dibandingkan memberikan buku atau booklet, penjelasan singkat terkait penyakit dan saran terhadap kepatuhan pengobatan.

Kata kunci : pendidikan kesehatan, lansia, perawatan diri, gagal jantung kronik

ABSTRACT

Background : The number one death rate in the elderly worldwide is heart failure. Knowledge related to self-care can improve the quality of life of the elderly. Various previous reviews on health education, but still limited, discuss various effective educational methods to improve self-care for the elderly with CHF.

Aim : Identifying effective health education methods to improve self-care of elderly with CHF disease.

Methods : The literature search in this systematic review was carried out on the Pubmed, Cochrane, Ebscohost, Proquest, DOAJ, Science direct and Clinical Key databases. Limited articles published in 2015-2020 and in English. Articles that meet the inclusion criteria will be assessed using the Joanna Brigg's Institute, CEBM and the Cochrane of risk bias tools.

Results : Of the 8 studies we reviewed, there were five articles using individualized educational methods accompanied by telephone follow-up. Two articles using the lecture / speech method and one with the face-to-face method. The duration of education was found to be a maximum of 3 hours and a minimum of 30 minutes. self-care behavior instruments using SCHFI and EHFscB-9. All reported results show an increase in the self-care behavior of the elderly after being given health education.

Conclusion : Individualized educational methods with telephone follow-up support are more effective than providing a book or booklet, a brief description of the disease and advice on medication adherence.

Keywords : *Health education, elderly, self-care, chronic heart failure*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Chronic Heart Failure (CHF) merupakan salah satu penyakit kronik penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada lansia. CHF atau gagal jantung kronik adalah ketidakmampuan jantung memompa darah yang memadai untuk mencukupi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010). Menurut World Health Organization (WHO) bahwa gagal jantung merupakan peringkat tertinggi penyebab kematian pada lansia diseluruh dunia (WHO, 2016). Peringkat tersebut sejalan dengan laporan dari Centers For Disease Control (CDC) di Amerika yang merangkum data di 49 negara bagian Kolombia dan Puerto riko yang melaporkan bahwa penyakit gagal jantung adalah penyakit kronik terbanyak yang di derita oleh lansia (CDC, 2017). Selain itu, New York Heart Association (NYHA) juga melaporkan bahwa di Amerika terdapat Lebih dari 5,7 juta orang hidup dengan gagal jantung dan 600.000 penduduk terdiagnosis heart failure setiap tahunnya (NYHA, 2019). Sementara untuk di Indonesia, berdasarkan hasil laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 prevalensi penyakit gagal jantung ditemukan tertinggi di Kalimantan Utara yaitu sebesar 2,2%. Seiring bertambahnya usia, jumlah penderita gagal jantung juga diprediksi akan meningkat (AHA, 2017). Pasien dengan penyakit CHF memiliki kualitas hidup yang buruk karena risiko penurunan dan dekompensasi yang tidak bisa diprediksi, gejala yang muncul bersamaan, biaya perawatan yang tinggi, tingkat hospitalisasi yang tinggi, dan prognosis yang buruk (Wang, Dong, Jian, & Tang, 2017). Menurut Wang et al., (2017) elemen penting dalam manajemen penyakit CHF adalah dengan perilaku *self-care*, akumulasi bukti menunjukkan bahwa perilaku *self-care* penting untuk

mengurangi morbiditas dan mortalitas serta meningkatkan kualitas hidup mereka. Tingginya jumlah penderita CHF berakibat pada kondisi terburuk jika tidak dikontrol, hal ini disebabkan karena minimnya pengetahuan dan keterampilan tentang perilaku *self-care*.

Self-care merupakan salah satu usaha dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Saat ini, *self-care* pada lansia dengan penyakit CHF masih jauh dari memuaskan, pengetahuan dan keterampilan yang buruk tentang pemahaman gejala penyakit dan pengobatan serta kurangnya kepercayaan diri dalam pengobatan telah membatasi praktek *self-care* (Sun, Zhang, Ma, Liu, & Wang, 2019). Anggapan tersebut dibuktikan dari hasil penelitian Lei & Cai, (2018) yang menunjukkan bahwa skor perilaku *self-care* pada lansia dengan penyakit CHF rata-rata $\pm 63,76$ SD 16.32, dimana skor tersebut termasuk dalam kategori rendah (<70 poin). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Uchmanowicz, et al (2017) yang menunjukkan bahwa skor rata-rata perilaku *self-care* adalah 50,3 dari 100 poin, ini berarti bahwa lansia dengan penyakit CHF memiliki tingkat perilaku *self-care* yang tidak mencukupi. Sementara itu, tujuan perilaku *self-care* pada pasien gagal jantung adalah untuk meringankan gejala, mencegah rawat inap, meningkatkan kualitas hidup dan kelangsungan hidup (Ponikowski et al., 2016). *Self-care* merupakan bagian penting yang dibutuhkan dalam kondisi kronis (LeBlanc & Jacelon, 2018). Halmo et al., (2015) mendefenisikan *Self-care* sebagai suatu kegiatan yang terencana yang dilakukan untuk menjaga kondisi kesehatan serta mempertahankan aktifitas yang produktif. Wang et al., (2017) mengungkapkan bahwa kurangnya perilaku *self-care* pada lansia (*self-care deficit*) akan berdampak pada hasil kesehatan yang rendah, depresi yang parah dan kualitas hidup yang buruk. Penerapan *self-care* pada orang tua merupakan kegiatan yang mengarah pada internal dan eksternal, internal mengaitkan pada pengetahuan dan keterampilan sedangkan eksternal mencakup perbuatan memperoleh kesehatan dari lingkungan (Irwan et al., 2016). Perilaku *Self-care* dapat menambah kualitas hidup yang lebih baik dan menekan keparahan

gejala penyakit (Ghiyasvandian, Ghorbani, Zakerimoghadam, Purfarzad, & Kazemnejad, 2016). Namun Tantangan dalam praktek *self-care* umumnya karena mereka tidak mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai tentang penyakitnya (Ghiyasvandian et al., 2016). Oleh sebab itu, perlu dilakukan intervensi untuk mengatasi masalah *self-care* pada lansia dengan CHF salah satunya dengan memberikan pendidikan kesehatan.

Salah satu peran perawat adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan pada pasien. Pendidikan kesehatan menjadi sarana bagi penderita penyakit CHF dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan tentang *self-care*. Pendidikan kesehatan dapat memberikan stimulasi kognitif berbasis dinamis yang baik dan efisien untuk meningkatkan kinerja kognitif. Dengan adanya peningkatan pengetahuan dan keterampilan tersebut lansia secara sosial akan terlibat dalam kebiasaan kesehatan yang lebih baik (Casemiro et al., 2018). Namun, hambatan dapat terjadi pada lansia karena penurunan fungsi kognitif yang dialami (25%-50%), sehingga mereka kurang mampu menangkap pembelajaran yang berakibat pada kurangnya pengetahuan dan keterampilan mereka terkait penyakit (Uchmanowicz, Jankowska-Polańska, Mazur, & Froelicher, 2017b). Beberapa penyebab hal tersebut diantaranya karena metode penyampaian informasi yang disampaikan oleh para profesional kesehatan sulit untuk dipahami oleh sebagian pasien, waktu pengiriman informasi dan pendidikan kesehatan yang kurang terealisasi (Brain & Spain, 2016). Menurut Berkman, et al (2011) kurangnya kesadaran akan kesehatan berdampak pada hasil kesehatan yang buruk dan penggunaan layanan kesehatan yang rendah sehingga berakibat pada biaya kesehatan yang tinggi. Maka dari itu, dibutuhkan metode pendidikan kesehatan yang sesuai dengan tingkat pemahaman lansia dengan penyakit CHF.

Metode pendidikan kesehatan sangat membantu pasien dalam memahami isi informasi yang diberikan. Metode pendidikan adalah cara memilih, menggabungkan dan merancang pendidikan sehingga tujuan pembelajaran dapat terarah (Fincham, Gašević, Jovanović, & Pardo, 2019).

Studi oleh Seraji & Rakhshani, (2018) mengungkapkan bahwa mendidik pasien tentang perilaku *self-care* dan merancang metode pendidikan kesehatan untuk pasien akan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pasien sehingga praktiknya akan lebih mudah dilakukan. Proses pembelajaran dimulai dengan mempertanyakan hal yang belum mereka ketahui kemudian didiskusikan dengan pendidik, mengevaluasi hasil diskusi, sehingga kemudian akan menghasilkan pengetahuan, namun proses tersebut tidak sampai disitu, peserta didik akan meniru perilaku yang dicontohkan para pendidik melalui berbagai pelatihan yang diajarkan dari para professional kesehatan (Rodis & Locsin, 2019). Keberhasilan perawat sebagai pendidik dalam memberikan pendidikan kesehatan pada lansia dengan penyakit CHF tidak lepas dari metode pendidikan yang sesuai dengan tingkat usia.

Review-review terdahulu terkait metode pendidikan kesehatan seperti studi oleh Jiang et al., (2018) yang menilai efek intervensi pendidikan terhadap perilaku perawatan diri pada pasien CHF. Studi tersebut menginklusi berbagai macam metode pendidikan, hasil utama adalah perilaku perawatan diri namun studi-studi yang dimasukkan memiliki tambahan intervensi psikologis dalam setiap intervensinya, dilakukan pada pasien dewasa tanpa rentang usia dan studi hanya mengevaluasi efek dari metode berdasarkan teori psikologis. Studi oleh Ha Dinh, Bonner, Clark, Ramsbotham, & Hines, (2016) menggunakan metode pengajaran kembali pada pasien dengan penyakit kronik. Studi ini dilakukan pada pasien yang memiliki satu atau lebih penyakit kronik dengan usia mulai dari 18 tahun keatas. Studi lain oleh Khuzaimah & Sharoni, (2016) terkait program pendidikan kesehatan untuk meningkatkan perilaku perawatan kaki. Studi ini menilai program pendidikan masalah kaki dan perawatannya pada orang tua dengan penyakit diabetes. Kemudian ada pula studi dari Allida et al., (2020) yang memanfaatkan teknologi mHealth dalam memberikan pendidikan pada pasien gagal jantung. Studi ini mengulas tentang manfaat dan dampak dari penggunaan mHealth sebagai media edukasi pasien gagal jantung. Namun hasil primer yang diharapkan adalah untuk

pengetahuan, kemanjuran instrument *self efficacy* yang sudah di validasi, penggunaan instrument *self-care* yang sudah di validasi dan dampak buruk dari media edukasi tersebut. Sementara itu, *self-care* sangat dibutuhkan bagi lansia penderita penyakit CHF untuk menekan keparahan penyakit, meringankan gejala, mencegah hospitalisasi serta menjaga kestabilan kondisi kesehatan. Pemilihan metode pendidikan kesehatan dianggap penting untuk merancang tehnik yang efektif digunakan pada lansia dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka. Untuk itu review ini bertujuan mengidentifikasi metode pendidikan kesehatan yang efektif untuk meningkatkan *self-care* lansia dengan penyakit CHF. Tinjauan sistematik ini akan mengulas informasi dalam literature meliputi metode dan media pendidikan kesehatan, durasi dan frekuensi pendidikan serta instrumen yang digunakan untuk menilai *self-care*. Hal ini penting untuk mengetahui metode-metode pendidikan kesehatan yang efektif digunakan pada lansia dengan penyakit CHF untuk meningkatkan perilaku *self-care*.

B. Rumusan Masalah

Chronic Heart Failure (CHF) merupakan salah satu penyakit kronik penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada lansia. World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa Heart failure merupakan peringkat pertama penyebab kematian lansia diseluruh dunia (WHO, 2016). Selain itu, di Amerika dilaporkan Lebih dari 5,7 juta orang hidup dengan heart failure dan 600.000 penduduk terdiagnosis heart failure setiap tahun (NYHA, 2019). Pasien dengan CHF memiliki kualitas hidup yang buruk dan terganggu karena risiko penurunan dan dekompensasi yang tidak bisa diprediksi, gejala yang muncul bersamaan, biaya perawatan yang tinggi, tingkat hospitalisasi yang tinggi, dan prognosis yang buruk (Wang et al., 2017). Menurut Wang et al., (2017) elemen penting dalam manajemen CHF adalah dengan perilaku *self-care*. Namun Tantangan dalam praktek *self-care* umumnya karena mereka tidak mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang memadai tentang penyakitnya (Ghiyasvandian et al., 2016). Hambatan juga dapat terjadi karena

penurunan fungsi kognitif sebesar 25%-50% yang dialami lansia, sehingga mengakibatkan mereka kurang mampu menangkap pembelajaran (Uchmanowicz et al., 2017b). Salah satu penyebab hambatan diantaranya karena metode penyampaian pendidikan tidak sesuai dengan tingkat pemahaman lansia termasuk menyajikan informasi yang tidak sesuai dengan tingkat membaca lansia, tidak dilakukan pengulangan, tanpa alat bantu visual dan tidak membatasi informasi (Brunton, 2011). Untuk itu dibutuhkan metode pendidikan kesehatan yang efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sehingga perilaku *self-care* lansia dengan penyakit CHF dapat ditingkatkan. Tinjauan sistematik ini akan mengulas berbagai informasi, meliputi metode dan media pendidikan kesehatan, durasi dan frekuensi pendidikan serta instrumen yang digunakan untuk menilai *self-care*. Dengan demikian, berdasarkan fenomena diatas pertanyaan review ini adalah “metode pendidikan apa saja yang efektif meningkatkan *self-care* lansia dengan penyakit CHF?”.

C. Tujuan Review

Review ini bertujuan mengidentifikasi metode pendidikan kesehatan yang efektif untuk meningkatkan *self-care* lansia dengan penyakit CHF.

D. Pernyataan Originalitas

Review terdahulu yang membahas tentang pendidikan kesehatan seperti studi dari Jiang et al., (2018) yang menilai efek intervensi pendidikan psikologis pada perilaku perawatan diri dan hasil kesehatan pada pasien CHF. Namun studi-studi yang dimasukkan memiliki tambahan intervensi psikologis dalam setiap intervensinya, dilakukan pada pasien dewasa tanpa rentang usia dan studi hanya mengevaluasi efek dari metode pendidikan berdasarkan teori psikologis. Studi oleh Ha Dinh, Bonner, Clark, Ramsbotham, & Hines, (2016) menggunakan metode pengajaran kembali pada pasien dengan penyakit kronik. Studi ini dilakukan pada pasien yang memiliki satu atau lebih penyakit kronik dengan usia mulai dari 18 tahun keatas. Studi lain oleh Khuzaimah &

Sharoni, (2016) terkait program pendidikan kesehatan untuk meningkatkan perilaku perawatan kaki. Program pendidikan mencakup metode pengiriman pengajaran, pendekatan satu-ke-satu atau kelompok, dilakukan dalam pengaturan perawatan kesehatan atau di rumah pasien, dengan atau tanpa kelompok kontrol, sesi tindak lanjut dan evaluasi. Studi ini menilai program pendidikan masalah kaki dan perawatannya pada orang tua dengan penyakit diabetes. Kemudian studi oleh Allida et al., (2020) yang memanfaatkan teknologi mHealth dalam memberikan pendidikan pada pasien gagal jantung. Studi ini mengulas tentang manfaat dan dampak dari penggunaan mHealth sebagai media edukasi pasien gagal jantung. Namun hasil primer yang diharapkan adalah untuk pengetahuan, kemandirian instrument *self efficacy* yang sudah di validasi, penggunaan instrument *self-care* yang sudah di validasi dan dampak buruk dari media edukasi tersebut. Semua metode pendidikan kesehatan yang diterapkan hanya terbatas pada satu jenis metode pendidikan, juga masih terbatas pada usia dewasa, sehingga penulis merasa perlu untuk mengkaji secara sistematis terkait metode-metode pendidikan kesehatan yang efektif untuk meningkatkan *self-care* lansia dengan penyakit CHF.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Penyakit CHF pada Lansia

a. Pengertian

Chronic Heart Failure (CHF) merupakan salah satu penyakit kronik penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada lansia (Wang et al., 2017). CHF atau gagal jantung kronik adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang memadai untuk mencukupi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Smeltzer et al., 2010). Seseorang yang menderita penyakit kronis seperti CHF lebih condong ke arah tingkat kecemasan yang tinggi karena kondisi yang sulit dan proses penyembuhannya yang lama. Kebanyakan orang dengan kondisi kronis memerlukan bantuan *self-care* baik dilakukan secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain.

Penyakit CHF dapat dialami oleh semua tingkat usia, tingkat sosial ekonomi dan budaya. Namun CHF lebih sering dialami pada seseorang dengan usia tua karena umumnya lansia akan mengalami penurunan fungsi fisik yang berakibat terganggunya kinerja organ tubuh (Padila, 2013). Selain itu orang dengan usia tua juga diperkirakan memiliki kesehatan yang buruk hal ini dikaitkan dengan *self-care deficit*, kualitas hidup yang buruk dan depresi yang parah (Wang et al., 2017). Menurut WHO usia tua atau lansia merupakan seseorang yang telah berumur 60-74 tahun (WHO, 2016). Namun baru-baru ini WHO menetapkan standar baru rentang usia untuk orang tua atau lansia yaitu diatas 80 tahun. Pertimbangan pembagian usia ini disesuaikan dengan kemampuan seseorang dalam beraktivitas. Kelompok usia tua atau lansia ditujukan pada mereka yang berusia 80 tahun ke atas mengingat terbatasnya aktivitas yang bisa mereka lakukan.

Sedangkan usia kurang dari 65 tahun masih dianggap usia muda atau dewasa karena masih banyak aktivitas yang dapat dilakukan oleh orang di rentang usia tersebut.

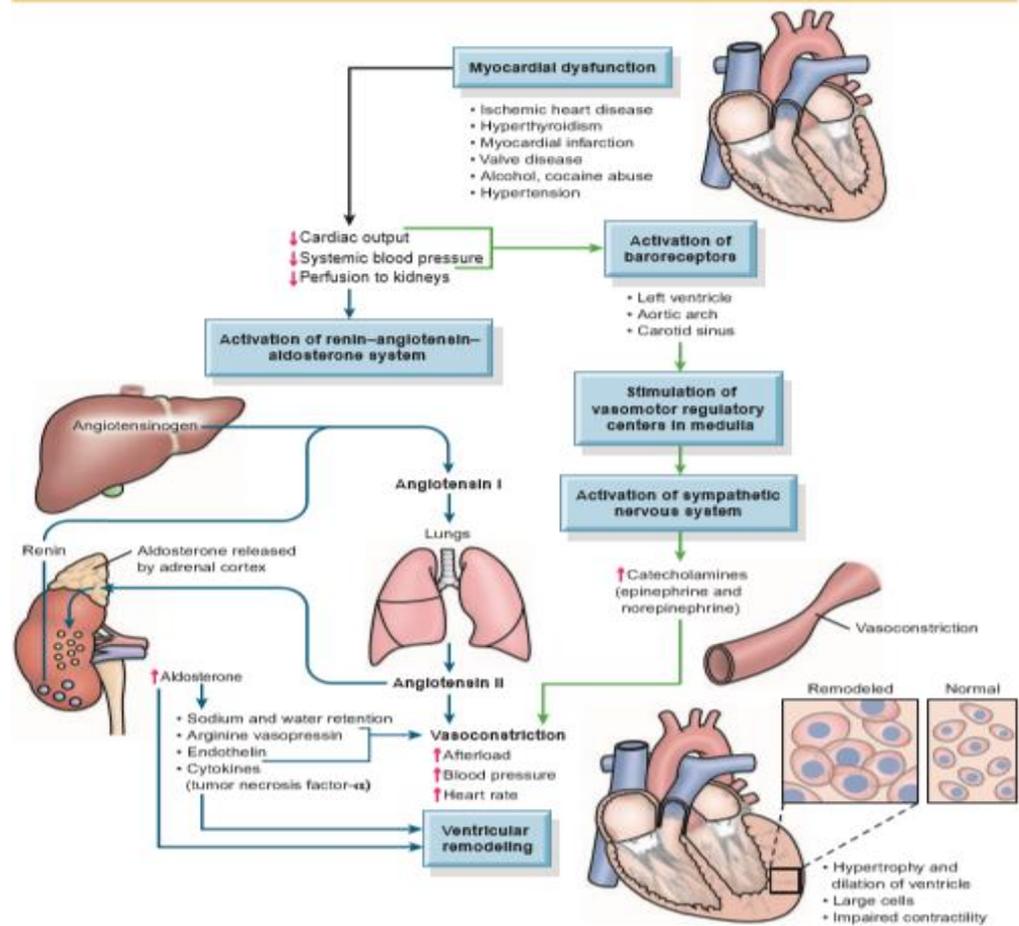
Prevalensi kematian di Amerika Serikat kebanyakan terjadi pada orang berusia diatas 65 tahun, setengahnya disebabkan oleh penyakit jantung dan kanker. Tahun 2019, jumlah orang berusia 60 tahun ke atas adalah 1 miliar. Jumlah ini akan meningkat menjadi 1,4 miliar pada tahun 2030 dan 2,1 miliar pada tahun 2050. Peningkatan ini terjadi terutama di negara-negara berkembang (WHO, 2020).

b. Patofisiologi

Heart failure terjadi akibat berbagai kondisi kardiovaskular, termasuk hipertensi kronis, penyakit arteri koroner, dan penyakit katup jantung. Keadaan ini yang dapat menyebabkan gagal sistolik, gagal diastolik, atau keduanya dan berakibat pada disfungsi miokard yang signifikan. Disfungsi miokard dialami sebelum tanda dan gejala gagal jantung terjadi seperti sesak napas, edema, kelemahan atau kelelahan. Ketika Heart failure berkembang, tubuh mengaktifkan mekanisme kompensasi neurohormonal. Mekanisme ini adalah upaya tubuh untuk mengatasi gagal jantung dan bertanggung jawab atas tanda dan gejala yang akhirnya berkembang. Untuk itu mekanisme pengobatan HF adalah dengan menghilangkan atau mengatasi gejala. HF sistolik mengakibatkan menurunnya volume darah yang dipompakan dari ventrikel ke aorta dan karotis. Sistem saraf simpatis kemudian dirangsangi untuk mengeluarkan epinefrin dan norepinefrin yang bertujuan untuk meningkatkan detak jantung dan kontraktilitas serta mendukung miokardium yang gagal. Tetapi respon lanjutan memiliki beberapa dampak negative diantaranya dapat menyebabkan vasokonstriksi pada kulit, saluran pencernaan, dan ginjal. Penurunan perfusi ginjal karena CO rendah dan vasokonstriksi kemudian menyebabkan pelepasan renin oleh ginjal. Renin mendorong

pembentukan angiotensin I, zat jinak dan tidak aktif. Enzim pengubah angiotensin (ACE) di lumen pembuluh darah paru mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang kemudian meningkatkan tekanan darah dan afterload. Angiotensin II juga merangsang pelepasan aldosteron dari korteks adrenal, menghasilkan retensi natrium dan cairan oleh tubulus ginjal dan stimulasi hormon antidiuretik. Mekanisme ini mengakibatkan kelebihan volume cairan yang biasa terlihat pada pasien HF (Smeltzer et al., 2010).

Mekanisme kompensasi HF disebut "lingkaran setan HF" Karena jantung tidak mampu memompa cukup darah ke seluruh tubuh, yang menyebabkan tubuh merangsang jantung untuk bekerja lebih keras, sehingga jantung tidak dapat merespons dan disfungsi jantung menjadi lebih buruk. HF diastolik berkembang karena beban kerja yang terus meningkat pada jantung, yang merespons dengan meningkatkan jumlah dan ukuran sel miokard (yaitu, hipertrofi ventrikel dan fungsi seluler yang berubah). Respon ini menyebabkan resistensi terhadap pengisian ventrikel, yang meningkatkan tekanan pengisian ventrikel meskipun volume darah normal atau berkurang. Kurangnya darah di ventrikel menyebabkan penurunan CO. CO rendah dan tekanan pengisian ventrikel yang tinggi dapat menyebabkan respons neurohormonal yang sama seperti yang dijelaskan untuk gagal jantung sistolik (Smeltzer et al., 2010).



Gambar 2.1 Patofisiologi HF (Smeltzer et al., 2010).

c. Penyebab

Penyebab disfungsi miokard paling sering adalah penyakit arteri koroner, kardiomiopati, hipertensi, gangguan katup dan penderita diabetes mellitus. 60% Aterosklerosis dari arteri koroner merupakan penyebab utama terjadinya HF. Iskemia akibat dari aterosklerosis akan menyebabkan nekrosis otot jantung fokal, kematian sel miokard, dan hilangnya kontraktilitas; luasnya infark berkorelasi dengan keparahan gagal jantung. Sementara kardiomiopati adalah kelainan yang terjadi pada miokardium dimana terjadi penurunan kontraktilitas (gagal sistolik), distensibilitas dan pengisian ventrikel atau gagal diastolic. Namun

penyebab ini dapat sembuh dengan menghilangkan agen penyebab seperti berhenti minum alkohol. Hipertropi akibat dari hipertensi dapat mengganggu kemampuan jantung dalam mengisi dengan baik selama diastole. Sedangkan disfungsi katup akan mengakibatkan darah menjadi sulit bergerak maju sehingga meningkatkan tekanan di dalam jantung dan beban kerja jantung, yang menyebabkan gagal jantung (Smeltzer et al., 2010).

d. Manifestasi klinik

Tanda dan gejala gagal jantung baik itu gagal sistolik, diastolic ataupun keduanya tidak memiliki perbedaan. Tanda dan gejala gagal jantung hanya dikaitkan pada ventrikel mana yang bermasalah. Gagal jantung sisi kiri (gagal ventrikel kiri) menyebabkan manifestasi klinik yang tidak serupa dengan gagal jantung sisi kanan (gagal ventrikel kanan). Namun pada gagal jantung kronis mungkin memiliki tanda dari kedua ventrikel. Gagal jantung sisi kiri (gagal ventrikel kiri) kemacetan paru terjadi ketika ventrikel kiri tidak dapat secara efektif memompa darah keluar dari ventrikel ke aorta dan sirkulasi sistemik. Manifestasi klinis kongesti paru meliputi dispnea, batuk, ronki paru, dan tingkat saturasi oksigen yang rendah. Dispnea atau sesak nafas disebabkan oleh sejumlah besar cairan yang memasuki ventrikel pada awal diastole yang dapat dipicu oleh aktifitas ringan sampai sedang. Beberapa pasien mengalami serangan dispnea mendadak di malam hari, kondisi ini dikenal dengan dispnea nokturnal paroksismal (PND). Pasien juga mengeluhkan batuk kering yang mungkin mempersepsikan sebagai asma atau penyakit paru obstruktif kronik (PPOK). Peningkatan tekanan pada paru menyebabkan saturasi oksigen menurun.

Kurangnya CO juga menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga mengurangi keluaran urin (oliguria). Namun, ketika pasien tidur, beban kerja jantung menurun, perfusi ginjal membaik, dan beberapa pasien menyebabkan sering buang air kecil di malam hari (nokturia). Perfusi

otak yang menurun menyebabkan pusing, kebingungan, gelisah, dan kecemasan karena penurunan oksigenasi dan aliran darah. Stimulasi sistem simpatis juga menyebabkan pembuluh darah tepi mengerut, sehingga kulit tampak pucat atau pucat serta terasa dingin dan lembab.

Gagal jantung sisi kanan ketika ventrikel kanan gagal karena sisi kanan jantung tidak dapat mengeluarkan darah dan tidak dapat menampung semua darah yang biasanya kembali dari sirkulasi vena sehingga kongesti di jaringan perifer dan visera mendominasi. Manifestasi klinis sistemik meliputi edema pada ekstremitas bawah (edema dependen), hepatomegali (pembesaran hati), asites (akumulasi cairan di rongga peritoneum), anoreksia dan mual, kelemahan dan penambahan berat badan karena retensi cairan. Edema biasanya mempengaruhi kaki dan pergelangan kaki dan memburuk ketika pasien berdiri atau duduk dalam waktu lama.

Klasifikasi gagal jantung menurut New York Heart Association (NYHA):

Klasifikasi (kelas)	Tanda dan gejala	Prognosis
I	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan, Dispnea, palpitasi, atau nyeri dada ✓ Tidak ada kongesti paru atau hipotensi perifer ✓ Asimptomatic ✓ Biasanya tidak ada batasan aktivitas sehari-hari (ADL) 	Baik
II	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sedikit batasan pada 	Baik

	<p>ADL</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pasien melaporkan tidak ada gejala saat istirahat tetapi peningkatan aktivitas fisik akan menyebabkan gejala ✓ Ronkhi basilar dan murmur S3 dapat dideteksi 	
III	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Batasan pada ADL ✓ Pasien merasa nyaman saat istirahat tetapi aktivitas yang kurang dari biasanya akan menimbulkan gejala 	Batas wajar
IV	Bergejala saat kurang istirahat	Buruk

Tabel 2.1 Klasifikasi HF berdasarkan NYHA

Klasifikasi gagal jantung menurut American College Of Cardiology and American Heart Association (ACC/AHA):

Klasifikasi	Kriteria
Stadium A	Pasien yang berisiko tinggi mengalami disfungsi ventrikel kiri tetapi tanpa penyakit jantung struktural atau gejala gagal jantung
Stadium B	Pasien dengan disfungsi ventrikel kiri atau penyakit jantung struktural yang belum mengalami gejala gagal jantung
Stadium C	Pasien dengan disfungsi ventrikel kiri atau penyakit jantung struktural dengan gejala gagal jantung saat ini atau sebelumnya
Stadium D	Pasien dengan gagal jantung stadium akhir refrakter yang membutuhkan intervensi khusus

Tabel 2.2 Fase HF menurut ACC/AHA

e. Penatalaksanaan

Tujuan dari penatalaksanaan gagal jantung secara menyeluruh adalah untuk meringankan gejala, meningkatkan status fungsional dan kualitas hidup, serta memperpanjang kelangsungan hidup. Tujuan secara khusus penatalaksanaan medis meliputi:

- Menghilangkan atau mengurangi faktor penyebab apa pun, seperti hipertensi yang tidak terkontrol atau fibrilasi atrium dengan respons ventrikel yang cepat
- Mengoptimalkan regimen pengobatan dan terapeutik lainnya
- Mengurangi beban kerja jantung dengan mengurangi preload dan afterload

- Mempromosikan gaya hidup yang kondusif untuk kesehatan jantung
- Cegah episode gagal jantung akut

Mengelola pasien dengan gagal jantung meliputi pemberian pendidikan dan konseling yang komprehensif kepada pasien dan keluarga. Hal ini penting agar pasien dan keluarga mengetahui sifat gagal jantung dan perlunya partisipasi mereka dalam pengobatan. Menurut Wang et al., (2017) elemen penting dalam manajemen CHF adalah dengan perilaku *self-care*, akumulasi bukti menunjukkan bahwa perilaku *self-care* penting untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas serta meningkatkan kualitas hidup mereka. Rekomendasi gaya hidup termasuk seperti pembatasan natrium pada makanan, menghindari intake cairan yang berlebihan, menghilangkan kebiasaan minum alkohol dan merokok, penurunan berat badan bila ada indikasi, serta olahraga teratur. Pasien perlu mengetahui atau mengenali tanda dan gejala yang perlu dilaporkan ke petugas kesehatan. Kemampuan penderita dalam bekerja sama dengan keluarga, tim kesehatan dan komunitas dalam melaksanakan manajemen penyakit, pengobatan, perubahan gaya hidup merupakan bentuk manajemen diri. Cakupan dari manajemen diri yaitu perawatan diri (*Self-care*), manajemen stres, manajemen nutrisi, pedoman pengobatan sesuai dengan penyakit dan dukungan sosial (Richard & Shea, 2011). Menurut Wonggom, Tongpeth, Newman, Du, & Clark, (2016) 10 sampai 50% rawat inap pasien penyakit kronis kemungkinan bisa dicegah. Pasien penyakit kronis yang terjun dalam *self-care* dan manajemen diri penyakit mempunyai hasil kesehatan yang lebih baik, lebih minim rawat inap dan minim komplikasi.

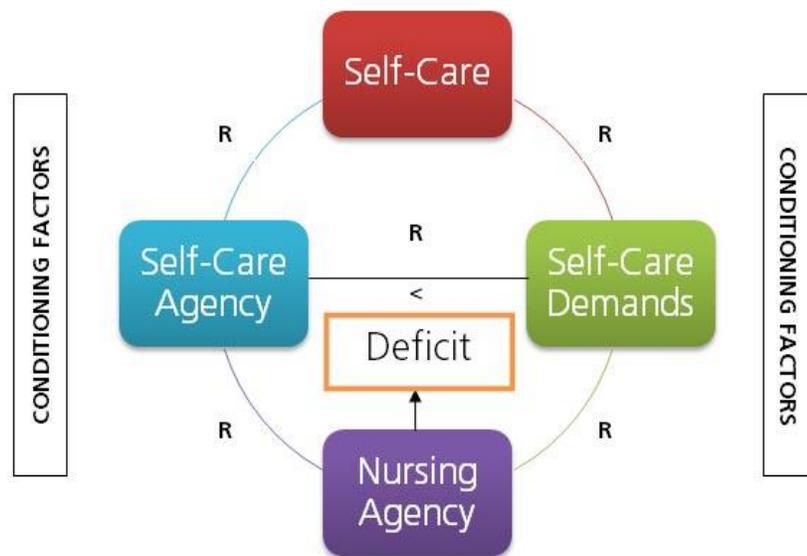
B. Tinjauan *Self-care* pada Lansia

Self-care merupakan salah satu komponen manajemen diri yang mencakup perilaku gaya hidup sehat dan dikerjakan oleh seseorang untuk menjaga kesehatan (Pratama, Nurhest, & Sulistiowati, 2019). Menurut Riegel, Jaarsma, & Strömberg, (2012) *self-care* merupakan suatu cara menjaga kondisi kesehatan serta pengelolaan penyakit. Sedangkan menurut Alligood, (2014) *self-care* merupakan pengaturan kegiatan manusia yang harus dikerjakan dengan kemauan sendiri dan dilakukan sendiri untuk mempertahankan kesehatan. *Self-care* dilakukan dalam kondisi sehat maupun sakit. *Self-care* lebih dominan dibutuhkan oleh seseorang dengan kondisi kronis. Faktor yang mempengaruhi pemenuhan *self-care* diantaranya pengetahuan tentang perawatan diri, pemahaman terhadap perawatan diri, nilai sosial budaya pada individu atau keluarga. Sementara menurut Uchmanowicz et al., (2017a) *self-care* dipengaruhi secara negatif oleh usia yang lebih tua, durasi penyakit yang lebih lama, lebih banyak rawat inap, dan kurangnya dukungan sosial (masih lajang). *Self-care* merupakan salah satu keterampilan dasar manusia dalam mencukupi kebutuhannya untuk mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraannya sesuai dengan kondisi kesehatannya. Kemampuan melakukan *self-care* meliputi kemampuan fungsional klien yang dikerjakan rumah maupun lingkungan sosial. Kegiatan *self-care* meliputi pemeliharaan perawatan-diri seperti: gaya hidup sehat dan kepatuhan pengobatan serta pengaturan diet; manajemen perawatan diri meliputi pengenalan gejala, manajemen gejala (misalnya mencari bantuan ketika gejala terjadi) dan pengobatan gejala (misalnya minum pil diuretik tambahan jika terjadi masalah luaran urine); dan kepercayaan perawatan diri adalah memastikan perilaku pemeliharaan dan manajemen perawatan diri memadai (Siabani, Driscoll, Davidson, & Leeder, 2015).

Tujuan melakukan *self-care* adalah untuk menjaga kondisi tubuh dengan mengatur pola hidup sehat dan bersih dengan memperbaiki

pemahaman tentang kesehatan. *self-care* dapat membantu seseorang dengan kondisi kronis memperoleh kenyamanan dalam hidup (Richard & Shea, 2011).

Conceptual framework of Orem's theory



Gambar 2.2 Teori Keperawatan Self-care (Alligood, 2014)

Ada 6 konsep teori keperawatan *self-care* menurut Orem (Alligood, 2014), yaitu :

1. *Self-care*, merupakan perilaku yang sengaja dilakukan oleh diri sendiri untuk mengatur kegiatan seseorang demi memperoleh kesehatan dan kesejahteraan dalam kehidupan.
2. *Self-care Agency*, kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri.

3. *Self-care Demands*, keseluruhan dari tindakan perawatan diri yang akan mengontrol kegiatan seseorang, jika tidak dilakukan maka akan berakibat pada kemunduran kesejahteraan, penyakit, cedera atau bahkan kematian.
4. *Nursing Agency*, kemampuan manusia untuk merancang, menjalankan dan memproses sistem keperawatan dengan dan untuk orang lain yang memerlukan bantuan.
5. *Self-care deficit*, konsep hubungan antara kurangnya agen perawatan diri dengan ajakan melakukan perawatan diri.
6. *Conditioning factors*, figur manusia atau lingkungan yang mengindikasikan agen mutu perawatan diri, permintaan perawatan diri dan agen keperawatan pada satu kondisi.

Dalam teori keperawatan yang perlu diingat bahwa hubungan antara agen perawatan diri dan permintaan perawatan diri berkaitan dengan eksplorasi hubungan antara entitas. Pada gambar diatas ada dua kemungkinan hubungan yaitu sama dengan atau tidak sama dan khususnya kurang dari atau lebih besar. Dalam situasi konkrit dan khusus perlu untuk mengetahui hubungan unsur-unsur agensi perawatan diri dan nilai setiap elemen. Ada 3 pertimbangan hubungan terkait gambar diatas diantaranya agensi perawatan-diri terkait dengan permintaan perawatan-diri, agensi perawatan-diri terkait dengan perawatan-diri dan Perawatan-diri terkait dengan permintaan perawatan-diri . Untuk memastikan permintaan perawatan diri dalam situasi aktual dan khusus diberikan standar yang dapat dievaluasi kecukupan kualitatif dan kuantitatif tindakan perawatan diri (Alligood, 2014).

Nursing agency merupakan keterampilan yang dikembangkan dari seseorang yang dilatih sebagai perawat untuk memberdayakan diri mereka sendiri sebagai perawat. Dalam konteks hubungan sosial yang resmi dalam bertindak, mengetahui, dan membantu orang-orang yang membutuhkan perawatan terapeutik mereka dan untuk mengatur pengembangan atau latihan kemampuan perawatan diri mereka (Alligood, 2014). Disinilah peran perawat dalam memberikan pendidikan kepada seseorang yang membutuhkan dalam

upaya meningkatkan kesejahteraan hidup. Perawat yang telah dididik menggunakan metode dalam memilih dan menggabungkan tindakan untuk individu di bawah asuhan keperawatan. Uraian tindakan terkait kesehatan mereka, sebagai berikut: bertindak untuk orang lain, membimbing dan mengarahkan, memberikan dukungan fisik atau psikologis, menyediakan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan pribadi serta mengajar (Alligood, 2014). *Self-care deficit* merupakan istilah untuk mengungkapkan kaitan antara kemampuan *self-care (self-care agency)* dengan permintaan untuk melakukan *self-care (self-care demand)* (Alligood, 2014). Pasien yang mengalami *self-care deficit* ditentukan dengan menilai antara kecukupan dari *self-care agency* yang dimiliki dengan perubahan perawatan diri pasien dan permintaan perawatan diri (Alligood, 2014).

Faktor kondisi seseorang akan mempengaruhi nilai permohonan *self-care* terapeutik dan kemampuan *self-care* seseorang pada situasi dan kondisi tertentu. Ada 10 faktor kondisi yang dimaksud diantaranya umur, jenis Kelamin, status perkembangan, status kesehatan, pola hidup, faktor sistem perawatan kesehatan, faktor sistem keluarga, faktor sosial budaya, ketersediaan sumber daya dan faktor lingkungan eksternal (Alligood, 2014).

Dalam buku Alligood, (2010) menerangkan bahwa ada 4 teori keperawatan tentang *self-care deficit* yaitu :

- 1) Teori perawatan diri (*self-care*), yang membahas kenapa dan bagaimana orang merawat diri sendiri.
- 2) Teori perawatan-ketergantungan (*Dependent-Care Deficit*), yang menerangkan bagaimana anggota keluarga mampu memberikan perawatan-tergantung untuk individu yang secara sosial bergantung pada bantuan.
- 3) Teori *self-care deficit* yang menjabarkan dan menjelaskan tentang mengapa orang dibantu dalam perawatannya.

- 4) Teori sistem keperawatan, yang menggambarkan dan menjelaskan hubungan yang harus dijaga dan dipelihara untuk keperawatan yang akan dihasilkan.

Perawatan mandiri dibutuhkan secara universal agar proses validasi secara struktural dan fungsional manusia pada tahap siklus kehidupan dapat diketahui dan bermakna. Ada 8 syarat perawatan diri menurut Alligood, (2010) yaitu :

- 1) Pemeliharaan asupan udara yang cukup
- 2) Pemeliharaan asupan makanan yang cukup
- 3) Pemeliharaan asupan air yang cukup
- 4) Penyediaan perawatan yang terkait dengan proses eliminasi dan kotoran
- 5) Pemeliharaan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat
- 6) Pemeliharaan keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial
- 7) Pencegahan bahaya terhadap kehidupan manusia, fungsi manusia, dan kesejahteraan manusia
- 8) Promosi fungsi dan perkembangan manusia dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi manusia, keterbatasan manusia yang diketahui, dan keinginan manusia untuk menjadi normal. Normal berarti yang sesuai dengan fitrah manusia dan apa yang sesuai dengan kekhususan genetik dan konstitusional serta bakat individu.

Ada tiga kunci dalam *self-care* pada pasien dengan penyakit kronis yaitu *self-care maintenance*, *self-care monitoring*, and *self-care management*. *Self-care maintenance* diartikan sebagai tindakan yang difungsikan untuk menjaga kemandirian fisik dan emosional. *self-care monitoring* mengarahkan pada proses mengamati diri pada peralihan tanda dan gejala. Sedangkan *self-care management* diartikan sebagai pengambilan tindakan apabila tanda dan gejala terjadi (Riegel et al., 2012). *Self-care* yang efektif memainkan peran penting dalam meningkatkan hasil dan kualitas hidup pada pasien dengan gagal jantung kronik (CHF) (Siabani et al., 2015).



Gambar 2.3 Elemen inti Self-care (Riegel et al., 2012)

C. Tinjauan Pendidikan Kesehatan pada Lansia

Pendidikan kesehatan merupakan cara yang dapat digunakan dalam meningkatkan pengetahuan seseorang tentang kesehatan. Hal ini sejalan dengan temuan (Rujawatthanakorn, et al, 2011) bahwa pengetahuan dapat ditingkatkan melalui pelatihan dan pendidikan dan oleh peserta yang berperan aktif. Kesuksesan dalam melakukan pendidikan dapat ditopang dengan adanya ketersediaan alat bantu atau media yang memudahkan dalam penyampaian materi atau informasi yang diberikan (Ulya & Iskandar, 2017). Pendidikan kesehatan adalah keragaman dari pengetahuan yang dirancang untuk memudahkan tindakan yang mendukung bagi kesehatan. Tindakan tersebut bisa dilakukan dari pihak individu, keluarga, lembaga atau komunitas.

Ruang lingkup pendidikan kesehatan meliputi intervensi pendidikan untuk anak-anak, orang tua/lansia, pembuat kebijakan, atau penyedia layanan kesehatan. Pengetahuan yang didapatkan dapat digunakan sebagai media seseorang dengan penjelasan yang akurat tentang kesehatan menjadikan mereka memilih tindakan yang dapat menjaga kesehatan tubuh (Nakre & Harikiran, 2013). Pendidikan kesehatan menurut WHO adalah harapan yang

dibentuk secara sadar dalam pembelajaran yang melibatkan beberapa metode komunikasi yang dirancang untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dan membangun keterampilan yang kondusif bagi individu dan komunitas kesehatan (WHO, 2016). Dari beberapa pengertian pendidikan kesehatan dapat ditarik kesimpulan bahwa pertama, pendidikan kesehatan merupakan penerapan sistematis dan terencana yang mencukupi syarat sebagai ilmu. Kedua, penyampaian pendidikan kesehatan melibatkan sekumpulan tehnik lebih dari satu seperti menyediakan brosur pendidikan, pamflet dan video; memberikan pengajaran; menyuguhkan permainan peran atau simulasi; menganalisis sebuah kasus; berkontribusi dalam diskusi kelompok; materi dan terlibat dalam pelatihan. Pendidikan kesehatan merangkum berbagai manfaat yang luas termasuk pencerahan masyarakat, jejaring dan pembelaan yang wujudkan dengan istilah promosi kesehatan (Sharma & Romas, 2012).

Ada beberapa tahapan yang menjadi tanggungjawab pendidik kesehatan dalam merancang pendidikan (Sharma & Romas, 2012) diantaranya:

1. Pendidik harus menilai terlebih dahulu apa yang menjadi kebutuhan individu dan masyarakat untuk pendidikan kesehatan.
2. Merancang program pendidikan kesehatan yang efektif dan efisien.
3. Pelaksanaan program pendidikan kesehatan.
4. Menilai efektifitas program pendidikan.
5. Mengatur penyediaan layanan pendidikan kesehatan
6. Berperan sebagai pemateri dalam pendidikan.
7. Mengemukakan tentang kesehatan dan kebutuhan akan pendidikan kesehatan, keprihatinan dan sumber daya.
8. Mengaplikasikan prinsip dan metode riset yang sesuai dalam pendidikan kesehatan.
9. Mengelola program pendidikan kesehatan.
10. Mengembangkan profesi pendidikan kesehatan.

WHO Library, (2012) juga telah menjelaskan komponen dalam merencanakan pendidikan kesehatan yaitu :

1. Melibatkan dan memahami populasi prioritas
2. Menilai kebutuhan dan aset populasi prioritas
3. Mengembangkan tujuan dan sasaran program
4. Merencanakan intervensi
5. Menerapkan intervensi
6. Mengevaluasi pentingnya intervensi

Keberhasilan program pendidikan kesehatan dalam pengaturan budaya didapatkan karena adanya keyakinan dan pengalaman kultural yang dapat dipahami dengan benar. Para profesional kesehatan dilatih untuk melakukan fungsi dengan benar dalam berbagai golongan termasuk termasuk masyarakat, sekolah, industri, rumah sakit, dan bisnis baik individu, keluarga maupun kelompok. Ketika memberikan konseling dalam pendidikan kesehatan perlu dipertimbang factor sebagai berikut : pertama identifikasi penyebab masalah; kedua adalah factor budaya dan ketiga tujuan dari konseling (Perez & Luquis, 2016).

Pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan mempunyai banyak pengaruh dari beberapa disiplin ilmu. Namun yang menjadi pokok pengaruh pendidikan kesehatan berasal dari ilmu perilaku dan promosi kesehatan yang berkembang dalam ilmu sosial. Dari ilmu perilaku dan sosial inilah praktik pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan dirancang sebagai metode pendidikan (Sharma & Romas, 2012).

Faktor-faktor yang harus dipertimbangkan agar pendidikan kesehatan mencapai tujuan yaitu :

a. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi pola pikir seseorang terhadap penjelasan baru yang diterimanya. Maka dapat dimaknai bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah mereka menerima informasi yang didapatnya.

b. Tingkat Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

c. Adat Istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh dihilangkan.

d. Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh mereka yang tidak asing lagi, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.

Asuhan keperawatan ditujukan untuk meningkatkan, memelihara, dan memulihkan kesehatan; mencegah penyakit; dan membantu orang menyesuaikan diri dari efek penyakit. Aktifitas keperawatan kebanyakan didapatkan melalui pendidikan kesehatan atau pengajaran pasien. Perawat yang melayani sebagai pengajar ditantang untuk fokus pada kebutuhan pendidikan masyarakat. Pendidikan kesehatan penting untuk asuhan keperawatan karena mempengaruhi kemampuan seseorang untuk melaksanakan kegiatan perawatan diri. Meskipun seseorang mempunyai hak untuk menentukan apakah akan belajar atau tidak, namun perawat mempunyai tanggung jawab untuk menyampaikann informasi yang mendukung seseorang untuk mengidentifikasi kebutuhan untuk belajar. Oleh sebab itu, perawat harus mampu mengambil peluang tersebut dalam penataan perawatan kesehatan untuk mendapatkan kesehatan. Wilayah pendidikan dapat berupa rumah, rumah sakit, pusat kesehatan masyarakat, sekolah, tempat usaha, agen layanan, tempat penampungan dan lain-lain (Smeltzer et al., 2010).

Seseorang yang menderita penyakit kronis dan cacat adalah mereka yang paling membutuhkan pendidikan kesehatan. Sejalan dengan bertambahnya usia, jumlah orang dengan penyakit kronis juga meningkat. Orang dengan kondisi kronis membutuhkan informasi perawatan kesehatan untuk perawatan dirinya. Pendidikan kesehatan mampu membantu penderita

penyakit kronis beradaptasi dengan penyakit mereka, mencegah komplikasi, melakukan pengobatan yang ditentukan, dan mengatasi masalah ketika dihadapkan dengan lingkungan baru. Hal ini juga mampu membantu mencegah kondisi krisis dan mengurangi kemungkinan rawat inap yang disebabkan dari informasi yang tidak relevan tentang perawatan diri. Tujuan dari pendidikan kesehatan adalah untuk mengajarkan seseorang dalam menjalani gaya hidup sehat dan berusaha mendapatkan kesehatan yang maksimum (Smeltzer et al., 2010).

Dalam memberikan pendidikan kesehatan perlu memahami metode atau teknik dalam pembelajaran sesuai kebutuhan pasien. beberapa teknik yang dapat digunakan termasuk kuliah, pengajaran kelompok, dan demonstrasi, yang dapat dikembangkan dengan bahan pengajaran yang disiapkan secara khusus. Seperti teori pembelajaran lansia “geragogy” yang dikembangkan Martha Tyler John pada tahun 1988 digunakan oleh Irwan, et al., (2016) dalam penelitiannya sebagai metode dalam memberikan edukasi pada lansia. Teknik atau metode ini juga digunakan oleh Kimball et al., (2010) dalam penelitiannya sebagai acuan dalam mengajar lansia. Metode belajar *geragogy* telah digunakan pada sebagian besar layanan kesehatan dalam mengajar lansia. Namun hal ini terkadang tidak disadari oleh pendidik bahwa mereka telah memberikan pengajaran sesuai dengan teori tersebut. Irwan, (2018) juga mengemukakan bahwa model belajar *geragogy* ini diaplikasikan dengan mengulang-ulang setiap poin utama dalam memberikan pendidikan kesehatan untuk melatih daya ingat, melakukan evaluasi setelah pembahasan tiap poin pokok, melakukan peragaan atau demonstrasi dan mengutamakan praktek perawatan diri yang perlu dikuasai oleh lansia. Dalam teori *geragogy* ada hal yang perlu dipertimbangkan sekaligus menjadi sebuah ciri khas teori ini sebelum memulai aktifitas belajar yaitu :

1. Gambar/tulisan memiliki ukuran poster/besar.
2. Setiap slide ada musik yang menyertai
3. Peta/layar besar

4. Cerita dan musik untuk memperkenalkan cerita rakyat kelompok budaya
5. Poster perjalanan yang nyata
6. Penggunaan waktu yang efisien
7. Dramatisasi tanpa persiapan
8. Sebuah film/video
9. Sebuah filmstrip dengan kaset
10. Penggunaan pengeras suara
11. Lingkungan yang tenang

Beberapa klasifikasi strategi pendidikan kesehatan (Lestari, 2015) meliputi:

1. Expository

Expository adalah menyajikan informasi pendidikan kesehatan yang berupa teori. Pada konteks ini pasien hanya menerima informasi yang diberikan oleh pendidik, contoh metode ini yaitu ceramah. Bahan pendidikan kesehatan telah diolah sedemikian rupa sehingga siap untuk disampaikan kepada klien. Metode ini merupakan metode konvensional yang kini mulai ditinggalkan. Jika pendidik ingin banyak melibatkan pasien secara aktif, maka pendidik harus kreatif, sehingga walaupun yang dipilih metode expository, pelaksanaan pendidikan kesehatan tetap optimal dan menyenangkan bagi pasien.

Contoh metode expository adalah ceramah. Pendidik hanya akan menyampaikan pesan berturut-turut sampai pada pemecahan masalah

2. Discovery

Discovery atau penemuan adalah proses mental dimana pasien memadukan suatu konsep atau prinsip. Proses mental misalnya: mengamati, menganalisa, memvalidasi data, mengelompokkan data, dan menetapkan diagnose. Misalnya konsep kesehatan. setiap pasien diharapkan memaknai konsep kesehatan dan berdaya dalam memenuhi hak akan kesehatannya. Melalui peninjauan diharapkan pasien mengidentifikasi konsep sehat dan menerapkannya didalam kehidupan sehari-hari.

3. Inquiry

Inquiry mengandung arti yang lebih luas dari discovery. Artinya, penyelidikan dalam prose belajar mengandung proses mental yang lebih tinggi tingkatannya. Pada saat seorang pendidik akan menyajikan pendidikan kesehatan, sebaiknya tujuan pendidikan kesehatan sudah dirumuskan secara jelas. Sehingga pasien dapat melaksanakan pendidikan kesehatan secara optimal. Setelah itu baru menentukan strategi manakah yang paling efektif dan efisien untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah dirumuskan.

Metode pengajaran ceramah atau penjelasan umum yang digunakan harus disertai dengan diskusi untuk memberi kesempatan kepada peserta didik mengeluarkan pendapat dan masalah yang dihadapi dengan mengajukan pertanyaan dan menerima klarifikasi. Metode ini sangat cocok digunakan pada pengajaran kelompok. Namun jika metode kelompok digunakan perlu adanya penilaian dan tindak lanjut untuk memastikan bahwa setiap orang telah memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang memadai. Metode demonstrasi merupakan metode dengan memperlihatkan keterampilan khusus dalam mengajar serta melibatkan peserta didik untuk latihan. Belajar dalam melakukan keterampilan dengan satu macam peralatan dan kemudian diubah ke jenis yang berbeda dapat menyebabkan kebingungan, frustrasi, dan kesalahan bagi peserta didik. Untuk meningkatkan pembelajaran dapat menggunakan media bantu pengajaran diantaranya buku, pamflet, gambar, film, slide, kaset audio, model, instruksi yang diprogramkan, alat bantu visual lainnya (misalnya grafik), dan modul pembelajaran dari computer (Smeltzer et al., 2010).

Media berfungsi sebagai alat bantu dalam penyampaian informasi kesehatan. Beberapa fungsi media (Smeltzer et al., 2010) yaitu :

- 1) Menimbulkan ketertarikan bagi sasaran pendidikan
- 2) Menjangkau sasaran yang lebih besar
- 3) Memudahkan dalam mengatasi masalah pemahaman

- 4) Merangsang sasaran untuk melanjutkan informasi yang didapat orang lain
- 5) Membantu dalam penyampaian informasi kesehatan
- 6) Memudahkan penerimaan pesan kesehatan bagi sasaran pendidikan
- 7) Memotivasi keinginan sasaran untuk mengetahui, mendalami dan mendapatkan pemahaman yang lebih baik
- 8) Membantu menanamkan pemahaman yang didapatkan

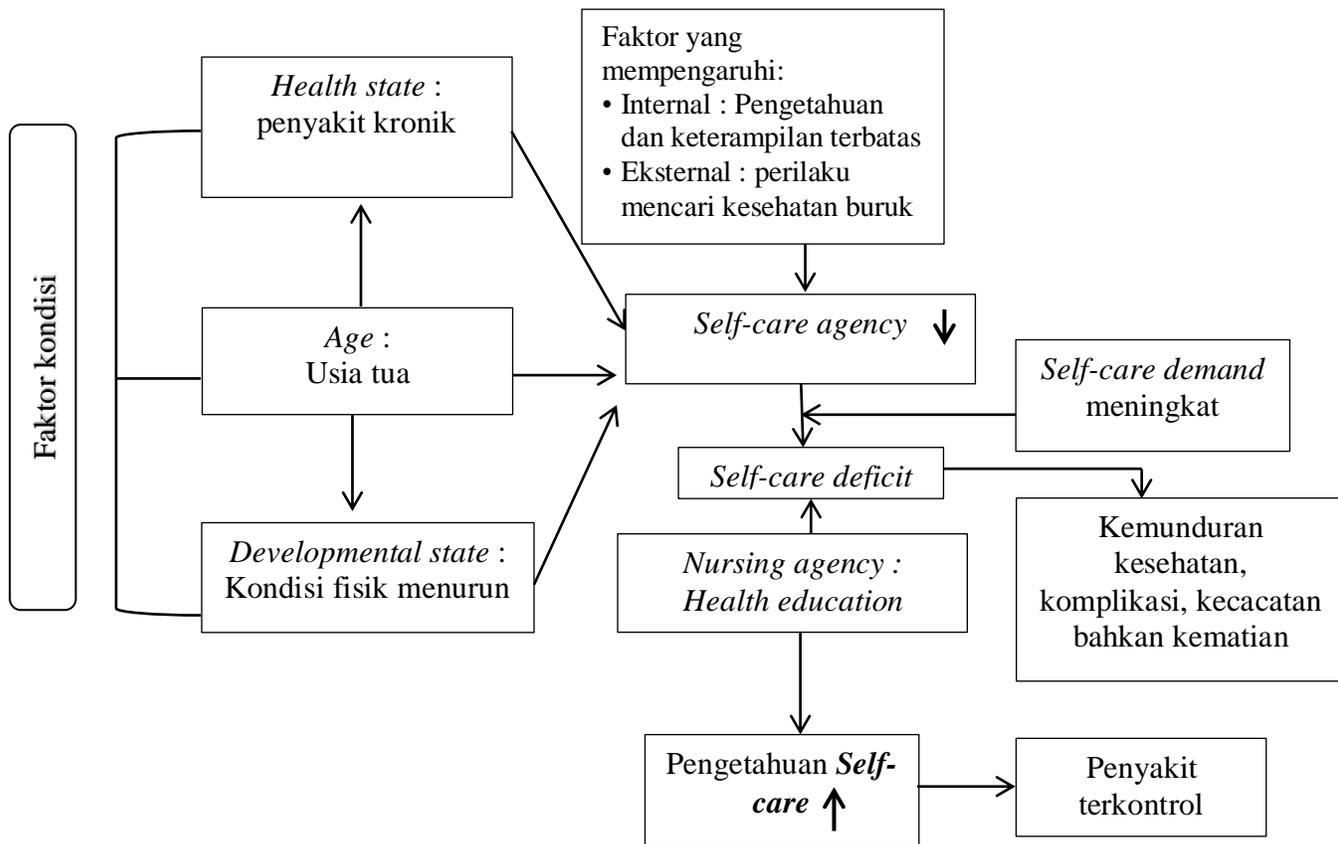
Memberikan pendidikan kesehatan khususnya lansia membutuhkan ketelatenan karena penuaan dapat memengaruhi kemampuan belajarnya. Perubahan terkait dengan penuaan sangat beragam secara signifikan di antara orang tua, perawat harus menilai secara menyeluruh terhadap fungsi fisiologis dan psikologis setiap orang sebelum mulai mengajar. Perubahan dalam pemahaman orang tua dapat berupa fungsi mental yang melambat; penurunan daya ingat, pemikiran yang singkat, konsentrasi berkurang dan waktu reaksi yang melambat. Perubahan-perubahan ini sering disebabkan karena masalah kesehatan yang mengakibatkan orang tua mencari pelayanan kesehatan. Strategi pengajaran yang relevan mencakup penyampaian materi dilakukan secara bertahap dalam jumlah kecil ; pengulangan informasi; dan penggunaan teknik penguatan, seperti materi audiovisual dan tertulis dan terdapat sesi latihan . Stimulus dari lingkungan yang dapat mengganggu harus diminimalisir sehingga memungkinkan pelajaran dapat terserap. Pembelajaran yang sukses harus menghasilkan peningkatan keterampilan manajemen perawatan diri, peningkatan harga diri, kepercayaan diri, dan kemauan untuk belajar di masa depan (Smeltzer et al., 2010).

Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam mendidik pasien gagal jantung menurut Rasmusson, et al (2015) yaitu :

Pertimbangan khusus	Spesifik tindakan untuk dipertimbangkan
Populasi lansia	<ul style="list-style-type: none"> • Peningat • Pengulangan • Libatkan keluarga / pengasuh • Panggilan tindak lanjut
Penyakit penyerta (komorbiditas)	<ul style="list-style-type: none"> • Pertimbangkan bagaimana kondisi komorbiditas mempengaruhi perawatan diri • Pertimbangkan rujukan ke klinik multispesialis yang menggunakan ahli kesehatan mental • Rujuk ke ahli kesehatan mental untuk mengobati penyakit dan meningkatkan kepatuhan • Kelompok pendukung
Literasi kesehatan rendah	<ul style="list-style-type: none"> • Menilai preferensi belajar dan pendekatan Multimedia tingkat literasi • Gunakan metode mengajar kembali • Ajari tujuan • Pengulangan • Alat yang tepat melek huruf • Alat pendidikan dalam bahasa ibu
Disfungsi kognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji disfungsi kognitif (terapi wicara untuk evaluasi neurokognitif) Pertimbangkan kognitif, intervensi perilaku • Pengulangan

Kurangnya dukungan sosial	<ul style="list-style-type: none">• Kelompok pendukung• Kunjungan kelompok• Dukungan keluarga
Tantangan sosial ekonomi	<ul style="list-style-type: none">• Pekerjaan sosial dan / atau fi konsultasi konselor keuangan• Program bantuan farmasi• Bantuan transportasi
Kultur, preferensi, gender dan agama	<ul style="list-style-type: none">• Kaji preferensi pasien• Tawarkan pilihan saat mempertimbangkan keputusan pengobatan• Sertakan konten yang relevan secara budaya

D. Kerangka teori



Gambar 2.4 Gambar kerangka teori (Alligood 2014),
(Irwan et al., 2016)

E. Tinjauan *systematic review*

Tinjauan sistematis merupakan sumber bukti berkualitas tinggi yang dapat diandalkan untuk menuntun praktik klinis. Tinjauan sistematis bertujuan memberikan rangkuman yang telaten dari semua penelitian utama yang masuk dalam pertanyaan penelitian. Semua penelitian yang ada digunakan dalam tinjauan sistematis termasuk penelitian sekunder (penelitian tentang penelitian). Temuan dari tinjauan sistematis kadang digunakan dalam penataan layanan kesehatan tetapi dapat juga diterapkan di lingkungan lain (Clarke, 2011). Tinjauan sistematis memiliki serangkaian langkah-langkah yang jelas, tertib, saling berhubungan secara struktural, dilakukan dengan teknik yang menghindari bias. Tinjauan sistematis membahas pertanyaan yang jelas, menggunakan metodologi sistematis dan eksplisit untuk mengidentifikasi, memilih, dan menilai studi yang relevan secara kritis. Keputusan yang dibuat untuk memasukkan atau mengecualikan studi dari tinjauan didasarkan pada hasil penilaian kritis sehingga ekstraksi data akhir dan analisis hanya mengambil data dari penelitian berkualitas tinggi dan dapat dipercaya (Holly, Salmond, & Saimbert, 2012).

Systematic review mempunyai beberapa jenis diantaranya : *Rapid Avidence Assesment Review (REA)*, *User Involvement*, *mixed methods*. *Rapid Avidence Assesment Review* merupakan cara pencarian dan penilaian *literature* yang cepat dan tahapan yang masih terbatas. *User Involvement* adalah penetapan persyaratan awal dalam riset yaitu metode penelusuran artikel dan evaluasi *literature*. Sedangkan *mixed methods* adalah pencarian dan evaluasi *literature* dengan menggabungkan metode kualitatif dan kuantitatif. Manfaat dari metode ini adalah meningkatkan kredibilitas dari hasil namun kelemahannya adalah saat ada artikel yang tidak masuk dalam kategori *review* (Hariyati, 2010).

Menurut Joanna Briggs Institute ada beberapa langkah dalam melakukan *systematic review* (JBI, 2017) diantaranya :

1. Menentukan pertanyaan tinjauan sistematis.

Pertanyaan tinjauan adalah langkah penting dalam proses tinjauan sistematis. Sebuah pertanyaan yang dilafalkan dengan jelas dapat mendefinisikan ruang lingkup tinjauan serta membantu dalam mengembangkan strategi pencarian untuk menemukan bukti yang relevan. Pertanyaan dinyatakan secara eksplisit, dirumuskan menggunakan elemen PICO (Populasi, Intervensi, Perbandingan, Hasil) sehingga membantu tim peninjau dalam melakukan peninjauan untuk menentukan apakah tinjauan telah mencapai tujuannya. Idealnya, pertanyaan ulasan harus disusun berdasarkan protokol yang diterbitkan; namun ini tidak selalu menjadi masalah dalam ulasan yang ditemukan.

2. Menentukan kriteria studi sesuai dengan pertanyaan ulasan.

Mengidentifikasi kriteria inklusi yang sesuai dengan pertanyaan ulasan. Elemen-elemen yang dibutuhkan dari PICO harus secara eksplisit dan jelas. Kriteria inklusi harus rinci dan ulasan yang dimasukkan harus memenuhi syarat ketika disinkronkan dengan kriteria inklusi yang ditentukan. Jenis-jenis studi yang dimasukkan harus relevan dengan pertanyaan ulasan, misalnya, tinjauan payung yang bertujuan untuk merangkum berbagai intervensi non-farmakologis yang efektif untuk perilaku agresif di antara pasien lansia dengan demensia maka akan dibatasi untuk memasukkan tinjauan sistematis dan meta-analisis yang mensintesis studi kuantitatif yang menilai berbagai intervensi; Ulasan kualitatif atau ekonomi tidak akan dimasukkan.

3. Melakukan strategi pencarian yang sesuai.

Tinjauan sistematis harus menyiapkan strategi pencarian yang jelas dan membahas masing-masing komponen PICO yang dapat diidentifikasi dari pertanyaan ulasan. Beberapa ulasan juga dapat memberikan deskripsi batasan jumlah kata dalam jurnal, ini mungkin lebih menjadi aturan dalam publikasi online saja. Memberikan indeks kata kunci dan istilah yang relevan dalam melakukan pencarian. Batasan pencarian juga harus

dipertimbangkan dan dampak potensial misalnya, batas tanggal atau tahun publikasi yang digunakan, apakah ini sesuai dan / atau dibenarkan? atau hanya memilih studi berbahasa Inggris yang akan dimasukkan. Menentukan basis data yang digunakan dalam pencarian juga harus dinyatakan dan dituangkan dalam tinjauan.

4. Menentukan instrument untuk menilai studi.

Alat atau instrumen yang digunakan harus sesuai untuk pertanyaan tinjauan yang diajukan dan jenis penelitian yang dilakukan. Misalnya, tinjauan sistematis tentang keefektifan harus menyajikan alat atau instrumen yang membahas aspek validitas untuk studi eksperimental dan uji coba terkontrol secara acak seperti pengacakan dalam menentukan sampelnya. Penilaian juga akan dilakukan oleh beberapa pengulas lain.

5. Melakukan ekstraksi data.

Strategi untuk meminimalkan bias dalam melakukan ekstraksi data perlu dikerjakan secara rangkap dan mandiri, peninjau boleh menggunakan alat atau instrumen khusus untuk memandu ekstraksi data dan beberapa bukti uji coba.

6. Melakukan sintesis bukti.

Sintesis bukti adalah karakteristik utama dari tinjauan sistematis. sintesis naratif akan menjadi metode yang tepat untuk menyajikan hasil dari beberapa studi.

Sementara menurut Bettany & Saltikov, (2012) ada beberapa tahapan yang dapat ditambahkan dalam melakukan *systematic review* yaitu :

1. Memilih topik untuk tinjauan sistematis.

Ketika memilih suatu topik penelitian penulis harus memperhatikan poin kunci. Poin kunci yang harus diidentifikasi saat memilih topik penelitian yaitu :

- Bidang yang diminati penulis
- Pertanyaan penelitian yang ingin diketahui jawabannya
- Mengapa pertanyaan tersebut menarik dan layak untuk diteliti

- Masalah yang berkaitan dengan pertanyaan penelitian
- Apa yang didapatkan dari menyelidiki pertanyaan
- Apa yang profesi anda maupun profesi yang lain dapatkan dari hasil penyelidikan
- Alasan mengusulkan pertanyaan tersebut

2. Menyusun pertanyaan penelitian

Dalam pencarian artikel yang relevan terkait topik harus menyusun satu pertanyaan penelitian. Cara yang tepat dalam menyusun pertanyaan adalah dengan menggunakan format PICO yaitu :

- (P) adalah populasi atau masalah
Elemen penting yang perlu dikemukakan yaitu diagnosis klinis atau penyakit, usia, jenis kelamin, dan faktor lain yang terkait dengan populasi yang ingin disertakan.
- (I) adalah intervensi atau paparan (exposure)
Evaluasi intervensi spesifik yang akan diulas misalnya jenis obat dari dosisnya atau faktor lain yang terkait.
- (C) adalah pembandingan (comparative)
Memungkinkan untuk melihat pembandingan dengan intervensi lain meskipun itu perawatan standar atau tanpa pembandingan sekalipun.
- (O) adalah hasil atau tema
Untuk menuliskan hasil penting mempertimbangkan faktor atau masalah yang dicari atau diukur.

3. Menghubungkan pertanyaan penelitian dengan jenis desain penelitian yang dicari.

Pertanyaan terkait dengan desain penelitian studi yang akan dimasukkan dalam ulasan sistematis untuk menjawab pertanyaan ulasan. Jadi untuk mendapatkan jenis desain penelitian yang dicari tambahkan elemen (T) pada PICO dimana (T) adalah waktu atau jenis desain studi. Tipe desain penelitian kuantitatif yang dapat dimasukkan yaitu: Case reports and case series, Case control studies, cohort studies, randomized control trial,

Systematic reviews, Meta-analysis. Sedangkan untuk tipe desain penelitian kualitatif yaitu : Phenomenological research design, Ethnographic research design, Grounded theory research design dan Relating a specific research question to an appropriate research design.

4. Rencanakan penulisan dengan protokol dan menentukan kriteria studi yang dipilih untuk dimasukkan dalam ulasan.
5. Melakukan strategi pencarian berdasarkan elemen PICO, menentukan bagaimana dan dimana mencari artikel yang akan dimasukkan dalam ulasan.
6. Memilih, menilai, dan mengekstraksi data yang relevan dari artikel penelitian untuk menjawab pertanyaan ulasan. Pada bagian ini gambarkan proses bagaimana rencana memilih artikel, bagaimana mengevaluasi artikel, kerangka apa yang akan digunakan, dan tahap akhir proses ekstraksi data dari artikel untuk menjawab pertanyaan ulasan.

Ada beberapa alasan penting dari penggunaan protokol tinjauan sistematis (Shamseer et al., 2015) diantaranya :

- 1) Membolehkan peninjau sistematis untuk merancang dengan seksama sehingga mengantisipasi kemungkinan masalah
- 2) Mengharuskan pengulas untuk mendokumentasikan secara eksplisit apa yang telah dirancang sebelum mengawali ulasan mereka, memungkinkan peneliti lain untuk menimbang protokol dan tinjauan lengkap (yaitu, untuk mengidentifikasi pelaporan secara hati-hati) untuk menyalin metode ulasan jika diinginkan dan untuk mengevaluasi validitas metode yang dipersiapkan
- 3) Menahan pengambilan ketetapan sewenang-wenang terkait dengan kriteria inklusi dan ekstraksi data
- 4) Dapat menekan upaya menggandakan dan memajukan kerja sama jika memungkinkan.

Ada pertanyaan bahwa mengapa tinjauan sistematis dan sintesis bukti dibutuhkan oleh akademisi dan praktisi. Harapan dari semua studi manajemen

dan institut adalah untuk meningkatkan pengetahuan dan memberikan pandangan terkait praktik manajemen. Harapan tersebut masih terhambat oleh ketidaksanggupan sektor untuk secara efektif mengakumulasi bukti di seluruh badan penelitian sebelumnya. Tanggapan bahwa penelitian disusun atas prinsip memperluas pengetahuan, Isaac Newton mengungkapkan dengan baik dalam pernyataan— "sekiranya saya dapat mengetahui sedikit lebih jauh, itu adalah dengan berdiri di atas bahu besar" memandang pentingnya berada pada posisi menyusun penelitian sebelumnya dengan menumbuhkan pemahaman yang komprehensif tentang kondisi pengetahuan yang ada, cukup mencengangkan jika akademisi manajemen lebih terfokus dengan mengidentifikasi pertanyaan penelitian baru daripada menyatukan pengetahuan di seputar agenda yang ditetapkan dan disepakati (Jamal et al., 2017).