

TESIS

**PENGUNAAN INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR *HEALTH LITERACY* PADA LANSIA DENGAN PENYAKIT KRONIK:
*SCOPING REVIEW***



**ISNA FARADIBA PUTRI
R012181046**

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

**PENGGUNAAN INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR *HEALTH LITERACY* PADA LANSIA DENGAN PENYAKIT KRONIK:
*SCOPING REVIEW***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

ISNA FARADIBA PUTRI
R012181046

Kepada

**PROGRAM STUDI ILMU MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

HALAMAN PENGESAHAN

TESIS

PENGUNAAN INSTRUMEN UNTUK MENGUKUR *HEALTH LITERACY* PADA LANSIA DENGAN PENYAKIT KRONIK: *SCOPING REVIEW*

Disusun dan diajukan oleh


ISNA FARADIBA PUTRI
Nomor Pokok: R012181046

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 19 November 2020
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

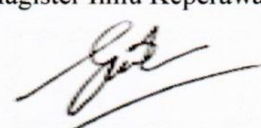
Menyetujui

Komisi Penasihat,


Kusrini Semarwati Kadar., S.Kp., MN., PhD.
Ketua


Syahrul, S.Kep., Ns., M.Kes., PhD.
Anggota

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,


Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,


Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Isna Faradiba Putri
NIM : R012181046
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Penggunaan Instrumen Untuk Mengukur *Health Literacy* Pada Lansia Dengan Penyakit Kronik:
Scoping Review

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 19 Oktober 2020

Yang Menyatakan,


Isna Faradiba Putri

KATA PENGANTAR



Alhamdulillah wa Syukurillah, tiada kata yang pantas peneliti ucapkan selain puji dan syukur ke hadirat Allah Subhanahu wa Ta'ala atas rahmat, bimbingan, ujian, kemudahan serta pertolongan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Penggunaan Instrumen Untuk Mengukur *Health Literacy* Pada Lansia Dengan Penyakit Kronik: *Scoping Review*”.

Tesis ini peneliti persembahkan untuk orang-orang tercinta yang selalu memberikan curahan kasih sayang dan motivasi. Kepada suami tersayang Taufik Rizal, S.IP serta kedua ananda, Ar Rumi dan Al Kahfi, atas pengertian, dukungan, pengorbanan dan do'a yang tak terputus selama proses pendidikan ini. Tak lupa juga kepada orang tua penulis, ayahanda Ismail, Ibunda Hermina, Bapak Rizal Aziz dan Mama Rusmiati karena atas ridha dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan seluruh proses pendidikan ini. Tak lupa pula kepada seluruh keluarga besar yang turut meberikan dukungan selama proses pendidikan dan penyusunan tesis ini, serta teman-teman seperjuangan Kelas Manajemen 2018 Angkatan IX.

Proposal penelitian ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, terutama kesediaan pembimbing yang dengan tulus, ikhlas dan sabar meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan penulis agar dapat menyusun proposal ini dengan baik. Dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan tak terhingga kepada kedua pembimbing, Ibu Kusrini Semarwati Kadar, S.Kp., MN., PhD dan Bapak Syahrul, S.Kep., Ns., M.Kes., PhD. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Ibu Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes, Dekan Fakultas Keperawatan Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si dan

seluruh Dosen Fakultas Keperawatan atas ilmu yang sangat bermanfaat selama peneliti menjalani pendidikan serta staf kependidikan Fakultas Keperawatan, khususnya Ibu Damaris Pakatung. Semoga segala bantuan yang diberikan dan ilmu yang telah diajarkan diberikan balasan yang berlipat dari Allah yang Maha Kuasa serta menjadi amal jariyah yang tidak pernah putus.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, namun demikian penulis telah berupaya dengan segala kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki sehingga studi ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari pembaca sangat berarti bagi penulis.

Makassar, 19 November 2020

Penulis,

Isna Faradiba Putri

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. TUJUAN PENYUSUNAN KAJIAN.....	7
C. MANFAAT PENELITIAN	7
D. ORIGINALITAS PENELITIAN.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. <i>HEALTH LITERACY</i>	10
B. <i>SCOPING REVIEW</i>	39
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	51
A. PENDEKATAN METODOLOGIK.....	51
B. KERANGKA KERJA	52
C. TAHAPAN PENELITIAN.....	53
D. PERTIMBANGAN ETIK PENELITIAN	60
E. <i>TIMELINE</i> PENELITIAN.....	61
BAB IV HASIL.....	62
A. MENGIDENTIFIKASI SUMBER-SUMBER STUDI YANG RELEVAN	62
B. EKSTRAKSI DATA	64

C. ANALISIS DATA.....	83
D. PENGAJIAN KUALITAS TINJAUAN	104
BAB V PEMBAHASAN	105
A. PENGGUNAAN INSTRUMEN HL PADA POPULASI LANSIA	105
B. PENGGUNAAN INSTRUMEN HL PADA PELAYANAN KESEHATAN DI NEGARA MAJU DAN NEGARA BERKEMBANG	111
C. IMPLIKASI INSTRUMEN YANG SERING DIGUNAKAN	114
BAB VI PENUTUP	117
A. KESIMPULAN	117
B. KETERBATASAN STUDI.....	118
C. IMPLIKASI HASIL TINJAUAN	118
D. SARAN.....	119
DAFTAR PUSTAKA	120
LAMPIRAN	138

DAFTAR TABEL

Tabel Teks	
2.1 Definisi <i>Health Literacy</i>	12
2.2 Kerangka Konseptual HL.....	20
3.1 Kombinasi Penggunaan Kata Kunci Pada <i>Database</i>	56
3.2 Timeline Penelitian	60
4.1 Karakteristik Studi	64
4.2 Karakteristik Instrumen.....	77
4.3 Instrumen dan Topik Penyakit	84
4.4 Instrumen dan Metode Pengukuran	87
4.5 Instrumen dan Domain Pengukuran.....	91
4.6 Instrumen HL pada Konteks Pelayanan.....	92
4.7 Instrumen HL pada Konteks Negara Maju dan Berkembang	94
4.8 Penggunaan Instrumen HL pada Konteks Jenis Pelayanan Di Negara Maju dan Negara Berkembang.....	96
4.9 Gambaran Pertimbangan dan Keterbatasan Instrumen	100
4.10 Penggunaan Instrumen Berdasarkan Tujuan Pengukuran.....	103

DAFTAR GAMBAR

2.1 Domain HL.....	15
2.2 Faktor Yang Mempengaruhi dan Dipengaruhi oleh HL	15
2.3 Kerangka Teori HL	38
2.4 Penyajian Data Dalam Bentuk Bagan	45
2.5 Penyajian Data Dalam Bentuk Tabel	47
2.6 Penyajian Data Dalam Bentuk Grafik Gelembung	48
4.1 Algoritma Pencarian.....	62
4.2 Frekuensi Penggunaan Instrumen Dalam Studi	83
4.3 Penggunaan Instrumen Berdasarkan Konsep Penyakit.....	85-86
4.4 Penggunaan Instrumen Berdasarkan Jenis Pelayanan.....	80

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

HL	: Health Literacy
WHO	: World Health Organization
UN	: United Nations
NAAL	: National Assessment of Adult Literacy
AMH	: Angka Melek Huruf
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
REALM-R	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine- Revised
TOFHLA	: Test of Functional Health Literacy in Adults
S-TOFHLA	: Short Test of Functional Health Literacy in Adults
NVS	: Newest Vital Sign
HLS-EU-Q	: Health Literacy Scale-European-Questionnaire
HLQ	: Health Literacy Questionnaire
OECD	: Organization for Economic Cooperation and Development
IOM	: Institute of Medicine
eHealth	: Electronic Health
DM	: Diabetes Mellitus
HT	: Hipertensi
NLS	: Nutritional Literacy Scale
SILS	: Single Item Literacy Scale
SAHLPA	: Short Assessment of Health Literacy for Portuguese- Speaking Adults
HELIA	: Health Literacy for Iranian Adults
HBP-HLS	: High Blood Pressure-Health Literacy Scale
KHLT	: The Korean Test of Functional Health Literacy
S-KHLT	: Short Korean Test of Functional Health Literacy
SKHLS	: Shortened for of The Korean Health Literacy Scale

HLSQ : Health Literacy Screening Questions
BHLS : The Brief Health Literacy Screener
HLS-14 : Health Literacy Scale-14
Ishikawa: MFCCHL : Ishikawa: Measuring Functional Communicative
and Critical Health Literacy

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Instrumen-instrumen HL

Lampiran 2. *Quality Assessment Checklist*

Lampiran 3. *Screen Shoot* pencarian pada *database*

Lampiran 4. Surat Keterangan Review Komite Etik

Lampiran 5. *Synthesis Grid Eligible Studies*

ABSTRAK

ISNA FARADIBA PUTRI. *Penggunaan Instrumen untuk Mengukur Health Literacy pada Lansia dengan Penyakit Kronik Scoping Review* (dibimbing oleh Kusrini Semarwati Kadar dan Syahrul Said).

Penelitian ini bertujuan menggambarkan secara komprehensif mengenai instrument-instrumen yang digunakan untuk mengukur *health literacy* (HL) pada lansia dengan penyakit kronik dalam konteks pelayanan kesehatan di berbagai negara maju dan negara berkembang.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *scoping review* yang didasarkan pada panduan dari JBI. Penelusuran literatur dilakukan melalui basis data elektronik, yaitu Pubmed, EBSCO, Proquest, Science Direct, Cochrane Library, dan Garuda, serta pencarian sekunder. Artikel akan dimasukkan jika partisipan penelitian ≥ 60 tahun, HL yang diukur pada penyakit kardiovaskuler, diabetes mellitus, kanker, dan saluran pernapasan kronik, serta artikel yang berbahasa Inggris dan Indonesia yang diterbitkan di jurnal *peer review* dalam sepuluh tahun terakhir.

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 22 instrumen HL untuk lansia dengan penyakit kronik diidentifikasi melalui 39 penelitian. Pengukuran objektif merupakan pendekatan yang paling dominan di penelitian-penelitian (12 instrumen) dan domain literasi fungsional (literasi cetak) merupakan domain yang paling difokuskan di setiap pengukuran. Selain itu, teridentifikasi empat instrument yang dikembangkan khusus untuk populasi lansia dan delapan belas lainnya merupakan instrumen pengukuran HL untuk populasi general. Berdasarkan konsep penyakit kronik, dua instrumen diidentifikasi mengukur HL dengan topik penyakit khusus, yaitu diabetes mellitus dan hipertensi. Pemilihan instrument HL didasarkan pada tujuan pengukuran dan konteks pelayanan. STOFHLA dan SILS merupakan instrumen yang paling sering digunakan dalam penelitian ini. Keunggulan kedua instrumen ini adalah pada beban pengukurannya dan validitasnya dalam mengukur HL. Penggunaan instrumen ini untuk populasi lansia di Indonesia dapat dilakukan, namun perlu melalui proses validasi dan adaptasi lintas budaya. Sementara untuk dapat mengetahui lebih dalam kualitas setiap instrumen, sebuah kajian sistematis perlu dilakukan.

Kata kunci: literasi kesehatan, lansia, penyakit kronik, instrumen



ABSTRACT

ISNA FARADIBA PUTRI. *The Uses of Health Literacy Instrument for Elderly with Chronic Diseases a Scoping Review*, (Supervisors **Kusrini Semarwati Kadar** and **Syahrul Said**).

This review aims to provide a comprehensive description of the instruments used to measure HL in the elderly with chronic diseases in context health area service in developed and developing countries.

This scoping review is based on JBI guidelines Literature searches which were carried out through the Pubmed, EBSCO, Proquest, Science Direct, Cochrane Library, Garuda databases and searching of secondary data. Article will included if the participant's ≥ 60 years, measuring HL in cardiovascular, diabetes mellitus, cancer and chronic respiratory diseases in English and Indonesian which published in *peer review journal* in recent 10 years.

The results indicate that a total of 22 HL instruments for the elderly with chronic disease were identified through 39 studies. Objective measurement is the most dominant approach in studies (12 instruments) and the functional literacy (print literacy) is the most focused on each measurement. In addition, 4 instruments were developed specifically for the elderly population, and another 18 were measuring HL for the general population. Based on the concept of chronic disease, 2 instruments are identified measuring HL with specific disease topics, diabetes mellitus and hypertension. This study was also found that purpose and health care context being considered in choosing instrument. STOFHLA and SILS are the most frequently instrument used in this review. The advantages of these two instruments are the administered burden and its validity in measuring HL for Indonesian aging, this instrument can be carried out through a cross-cultural validation and adaptation. Finally, systematic reviews are needed to assess the quality of each instrument.

Keywords: Health literacy, elderly, chronic disease, instruments.



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Seperti yang diketahui, saat ini populasi menua merupakan fenomena global. *United Nations* (2019), mengidentifikasi 703 juta orang berusia diatas 65 tahun, dimana Asia Timur dan Asia Tenggara merupakan area dengan populasi menua terbesar yaitu 37% (260,6 juta) dari total populasi menua dunia. Ironisnya, 80% lanjut usia (lansia) memiliki setidaknya 1 (satu) penyakit kronis dan 60% lansia memiliki paling tidak 2 (dua) penyakit kronis. Hal ini memiliki dampak terhadap kualitas hidup lansia dan beban pelayanan kesehatan. Tindakan yang dapat mengurangi dampak penyakit kronis terhadap kualitas hidup lansia dan pelayanan kesehatan adalah dengan manajemen penyakit yang adekuat (National Council on Aging, 2018).

Petugas kesehatan memiliki peran kunci untuk meningkatkan kemampuan lansia terhadap manajemen penyakit kronik melalui edukasi dan intervensi-intervensi yang meningkatkan keterlibatan lansia itu sendiri. Namun, tantangan yang dihadapi oleh masyarakat di abad ke-21 adalah kemampuan dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan ditengah berbagai pilihan gaya hidup yang tidak sehat, dibanjiri oleh berbagai informasi kesehatan dan sistem perawatan kesehatan yang semakin kompleks. Sehingga menjadi masyarakat yang memiliki tingkat literasi dan *health literacy* (HL) yang cukup merupakan aset dalam mencapai kesehatan dan kesejahteraan dalam masyarakat moderen (WHO, 2013).

Konsep HL pertama kali dikenalkan oleh Simonds (1974) dan terus berkembang hingga saat ini khususnya dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat dan kebijakan kesehatan (Huang, Ruan, Yi, Wang, & Guo, 2019). Ketertarikan terhadap HL berkembang dalam 25 tahun terakhir. Bagi peneliti, HL merupakan fenomena yang dapat diamati dan menjawab pertanyaan tentang berbagai hasil kesehatan. Dalam bidang promosi kesehatan, HL merupakan aset

yang dapat ditingkatkan melalui berbagai program intervensi untuk mengoptimalkan status kesehatan. Praktisi kesehatan menyakini bahwa HL sebagai penentu signifikan, independen dan dapat dimodifikasi untuk mengurangi kesenjangan *outcome kesehatan*. Sedangkan dalam bidang pendidikan kesehatan, HL dapat membantu dalam mengevaluasi kualitas dan kesesuaian informasi kesehatan (Nutbeam, Levin-Zamir, & Rowlands, 2018).

Hingga saat ini, belum ada kesepakatan global tentang definisi HL, namun secara umum HL diartikan sebagai kemampuan seseorang dalam mencari, memahami, dan menilai informasi kesehatan, lalu menggunakan informasi tersebut untuk mempertahankan atau meningkatkan status kesehatan (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012; Squiers, Peinado, Berkman, Boudewyns, & McCormack, 2012). *World Health Organization* (WHO, 2020) mendefinisikan HL sebagai berikut :

“keterampilan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mendapatkan akses, memahami dan menggunakan informasi dalam mempromosikan dan menjaga kesehatan yang baik”

HL dipandang sebagai tujuan global untuk meningkatkan kesehatan melalui strategi pendidikan dan komunikasi yang pada akhirnya berkontribusi terhadap kondisi pasien (Baur, 2011; Nutbeam, McGill, & Premkumar, 2017; Parnell et al., 2019). Seseorang dengan HL yang memadai memiliki kemampuan untuk mengakses sistem perawatan kesehatan, berbagi informasi pribadi dan kesehatan dengan petugas kesehatan, terlibat dalam perawatan diri dan manajemen penyakit kronis serta mengadopsi perilaku yang mempromosikan kesehatan (Ploomipuu, Holbrook, & Rannikmäe, 2019). Khusus dalam manajemen penyakit kronik, HL memiliki pengaruh langsung maupun tidak langsung dalam mengubah perilaku pasien yang berdampak pada kondisi klinis penyakit. Beberapa studi mengidentifikasi bahwa pasien lansia yang memiliki HL yang baik akan menunjukkan manajemen diri yang adekuat dalam menjalani perawatan, status kognitif yang lebih baik, menunjukkan gejala depresi yang lebih rendah, dan kinerja fisik yang lebih baik (Chen et al., 2018; Como, 2018;

Lee, Yu, You, & Son, 2017; Eronen, Paakkari, Portegijs, Saajanaho, & Rantanen, 2019; Park, Song, Hin, Jeonh, & Lee, 2018). Sebaliknya, HL yang tidak adekuat merupakan faktor penyebab seseorang dengan penyakit kronik sulit dalam memahami informasi kesehatan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan (Friis, Lasgaard, Osborne, & Maindal, 2016).

Beberapa survey tentang tingkat literasi atau *health literacy* yang dilakukan diberbagai negara menemukan bahwa lansia merupakan kelompok umur yang identik dengan tingkat literasi yang rendah. *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) pada tahun 2003 menemukan bahwa 3% dari kelompok umur diatas 65 tahun memiliki tingkat literasi yang buruk (Kutner, Greenberg, Jin, & Paulsen, 2006), 66,3% lansia >65 tahun di Jerman memiliki HL yang tidak adekuat (Vogt, Schaeffer, Messer, Berens, & Hurrelmann, 2018), 85,1% lansia di Turkey menunjukkan masalah pada HL (Bozkurt & Demirci, 2019), hubungan yang signifikan ($p < 0.001$) antara umur dengan tingkat HL ditemukan pada survey yang dilakukan di Florence (Bonaccorsi, Lastrucci, Vettori, & Lorini, 2019), sedangkan di Indonesia hasil sensus penduduk pada tahun 2018 mengidentifikasi angka melek huruf (AMH) pada lansia di Indonesia setara dengan kelas 4 atau 5 sekolah dasar. Melek huruf atau literasi merupakan kemampuan dasar yang dapat membantu individu dalam menjalani hidup dengan didukung kemampuan membaca dan menulis. Dampaknya yaitu, akses informasi akan lebih terbuka pada mereka yang memiliki literasi yang memadai (Badan Pusat Statistik RI, 2018). HL ini juga diidentifikasi sebagai mediator yang mempengaruhi *self efficacy*, motivasi, manajemen diri, serta perilaku mencari pelayanan kesehatan pada lansia (David W. Baker, 2006; Irwan et al., 2016; Von Wagner, Steptoe, Wolf, & Wardle, 2009). Di Indonesia, dari survey yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik RI (2018) menemukan 55,50% lansia telah memanfaatkan fasilitas kesehatan saat sakit.

Berdasarkan konteks tersebut, sangat penting bagi petugas kesehatan mengetahui tingkat HL lansia agar dapat berkomunikasi secara efektif dan memberikan intervensi yang sesuai serta mengidentifikasi hambatan dalam

pemanfaatan pelayanan kesehatan (Matsuoka, Kato, Kayane, & Yamada, 2016; Park et al., 2018). Pada tatanan klinis, HL dianggap sebagai resiko yang harus diidentifikasi untuk mengatasi hambatan belajar dan keterlibatan pasien dalam perawatan. Sedangkan pada tatanan kesehatan masyarakat, HL merupakan aset yang dapat digunakan untuk meningkatkan kemandirian dalam manajemen kesehatan (Ploomipuu et al., 2019). Ketidaktepatan dalam pengukuran berakibat pada estimasi yang berlebihan petugas kesehatan pada pasien, sehingga memperpanjang waktu interkasi pasien-petugas kesehatan (Storms, Aertgeerts, Vandenabeele, & Claes, 2019). Sedangkan kemampuan praktisi kesehatan dalam mengenali ketidakadekuatan HL pasiennya berpengaruh terhadap keterlibatan pasien dalam proses perawatan (Liang, Wang, Hwang, Lin, & Pan, 2013).

Saat ini, sejumlah instrumen untuk mengukur HL dapat diakses pada *Health Literacy Tool Sheed*, sebuah *database* yang dikembangkan oleh Michael Paasche-Orlowe dari *Boston Univerity*. Hingga Januari 2020, 198 instrumen teridentifikasi untuk mengukur HL dalam berbagai konteks kesehatan, bahasa dan kelompok umur, dan 43 instrumen khusus untuk lansia. *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*, *Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)*, dan *Newest Vital Sign (NVS)* adalah instrumen-instrumen yang paling umum digunakan untuk mengukur HL melalui pemeriksaan langsung terhadap kemampuan membaca atau berhitung terkait istilah-istilah medis.

Awalnya, penelitian tentang HL hanya berfokus pada kemampuan membaca, menulis dan berhitung, dalam hal ini berhubungan dengan kemampuan membaca resep, kartu kontrol, label obat dan arahan untuk perawatan dirumah (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995). Namun perkembangan penelitian dalam HL telah menyatakan bahwa petugas kesehatan perlu mengenali hambatan yang diciptakan oleh sistem kesehatan dan profesional dalam bidang kesehatan, sehingga faktor sosial perlu dimasukkan dalam pengukuran (Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Berfokus hanya pada kemampuan kognitif dengan mengabaikan faktor sosial menjadikan HL tidak dapat

diintervensi karena berhubungan dengan kecerdasan yang merupakan sesuatu yang diwariskan. Oleh sebab itu, studi pengembangan instrumen yang diklaim dapat mengukur HL multi-domain berkembang sangat pesat. Berbeda dengan model pengembangan instrumen pada REALM dan TOFHLA, pengembangan berbasis definisi, konsep dan teoritis ditemukan pada *Health Literacy Scale–European–Questionnaire* (HLS-EU-Q) (Sørensen et al., 2013), *Calgary Charter on Health Literacy Scale* (Pleasant, Maish, Leary, & Carmona, 2018), *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) (Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins, & Buchbinder, 2013a), dan *Comprehensive Health Activities Scale* (Curtis et al., 2014).

Pada lansia, pengukuran HL harus mempertimbangkan bahwa lansia merupakan kelompok khusus dan membutuhkan pendekatan yang berbeda (Huang et al., 2019). Kesulitan lansia dalam menjawab pertanyaan yang berhubungan dengan kemampuan membaca istilah baru dan menghitung dapat mengakibatkan perasaan malu dan penyangkalan. Hal ini dapat terjadi karena instrumen-instrumen ini dikembangkan untuk populasi umur yang termasuk didalamnya kelompok umur remaja dan dewasa muda, dan tidak cocok untuk digunakan pada lansia (M.-H. Chung, Chen, Peng, & Chi, 2015). Tantangan yang dihadapi petugas kesehatan saat ini adalah menentukan instrumen yang tepat dalam mengukur HL, diantara sejumlah pilihan instrumen yang tersedia. Hal ini kemudian menimbulkan pertanyaan, instrumen apa saja yang dapat digunakan untuk mengukur HL pada lansia dengan penyakit kronik?

Untuk dapat menjawab pertanyaan tersebut, dibutuhkan sebuah kajian yang dapat mengidentifikasi instrumen-instrumen yang telah tersedia dan digunakan pada studi utama diberbagai negara. Hasil penelusuran awal mengidentifikasi beberapa kajian yang berhubungan dengan HL antara lain konsep HL pada lansia (Harbour & Grealish, 2018; Kobayashi, Wardle, Wolf, & von Wagner, 2016; Zamora & Clingerman, 2011), pengaruh HL terhadap kondisi penyakit (Delgado & Ruppard, 2017; Falk, Ekman, Anderson, Fu, & Granger, 2013; Flores & Acton, 2013; Muir, Christensen, & Bosworth, 2013; Puts et al.,

2015), dan program-program intervensi untuk meningkatkan HL untuk lansia (Choi, 2011; de Wit et al., 2017; Fernandez-Gutierrez, Bas-Sarmiento, Albar-Marin, Paloma-Castro, & Romero-Sanchez, 2018; Geboers et al., 2015; Manafo & Wong, 2012). Khusus untuk tinjauan yang berfokus pada instrumen pengukuran, diidentifikasi 3 tinjauan. Yang pertama, tinjauan literature yang disusun oleh Machado, Lima, Cavalcante, de Araujo, & Vieira (2014) yang membahas tentang instrumen-instrumen yang digunakan untuk mengukur HL pada lansia dengan hipertensi serta dikhususkan pada studi-studi keperawatan. Lalu *scoping review* yang disusun oleh Chan & Kisa, (2019) tentang instrumen HL yang digunakan dalam konteks kardiovaskuler, serta Guo et al. (2018) yang mengkaji kualitas instrumen yang dikembangkan untuk mengukur HL pada anak dan remaja.

Walaupun Machado et al., (2014) dan Chan & Kisa, (2019) telah memberikan gambaran tentang instrumen yang digunakan untuk mengukur HL pada penyakit kardiovaskuler, namun studi tersebut belum memberikan gambaran yang rinci mengenai kelebihan dan keterbatasan serta pertimbangan bagi pembaca tentang instrumen yang dapat digunakan khusus untuk populasi lansia, serta implikasinya dalam *setting* klinik dan komunitas. Selain itu, topik kesehatan yang dibahas terfokus pada kardiovaskuler. Oleh sebab itu, peneliti merasa perlu menyusun tinjauan ini yang bertujuan untuk mengidentifikasi instrumen-instrumen untuk mengukur HL pada lansia dengan penyakit kronik yang telah tersedia di berbagai negara melalui studi-studi primer yang telah dilakukan, serta menyediakan informasi mengenai manfaat dan keterbatasan pada instrumen-instrumen yang teridentifikasi.

B. TUJUAN PENYUSUNAN KAJIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi instrumen pengukuran HL pada lansia khususnya dengan penyakit kronik yang telah tersedia dan digunakan pada pelayanan kesehatan lansia di berbagai negara maju dan negara berkembang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi penggunaan instrumen pada lansia dan jenis penyakit kronik yang dimiliki.
- b. Mengidentifikasi komponen dalam instrumen yang digunakan dalam mengukur HL pada lansia meliputi domain pengukuran, metode pengukuran, dan beban pengukuran.
- c. Mengidentifikasi penggunaan instrumen pada pelayanan kesehatan (misalnya Rumah Sakit, *home care*, atau komunitas) di berbagai Negara maju dan Negara berkembang.
- d. Memberikan gambaran tentang manfaat dan keterbatasan pada instrumen-instrumen yang telah diidentifikasi pada studi-studi utama.

C. MANFAAT PENELITIAN

Manfaat dari kajian ini diharapkan dapat :

1. Menyediakan pemahaman yang lebih luas dan mendalam tentang pengukuran HL pada lansia khususnya dengan penyakit kronik.
2. Sebagai dasar untuk menyusun kajian sistematis, khususnya dalam memilih instrumen yang paling sesuai dan berkualitas untuk digunakan dalam mengukur HL pada lansia dengan penyakit kronik.
3. Sebagai bahan pertimbangan dalam mengembangkan instrumen baru untuk mengukur HL pada lansia.

D. ORIGINALITAS PENELITIAN

HL merupakan area yang menjadi fokus penelitian di abad 21 bersama dengan perubahan paradigma pelayanan kesehatan menjadi *patient centered*

care. Kemampuan pasien dalam mengenali, memahami, mengambil keputusan dan berperan aktif dalam proses perawatannya turut berpengaruh pada hasil klinis pasien. Oleh karena itu, studi-studi yang berhubungan dengan pengkajian, pengaruh intervensi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan HL juga berkembang pesat. Hal ini sejalan dengan meningkatnya studi-studi tinjauan terhadap studi utama.

Hasil penelusuran mengidentifikasi beberapa tinjauan yang membahas HL pada lansia dengan berbagai konteks, konsep HL pada lansia (Harbour & Grealish, 2018; Kobayashi, Wardle, Wolf, & von Wagner, 2016; Zamora & Clingerman, 2011), pengaruh HL terhadap kondisi penyakit (Delgado & Ruppard, 2017; Falk et al., 2013; Flores & Acton, 2013; Muir et al., 2013; Puts et al., 2015), dan program-program intervensi HL untuk lansia (Choi, 2011; de Wit et al., 2017; Fernandez-Gutierrez et al., 2018; Geboers et al., 2015; Manafu & Wong, 2012). Khusus untuk tinjauan yang berfokus pada instrumen pengukuran, diidentifikasi 3 tinjauan.

Yang pertama, tinjauan literature yang disusun oleh Machado, Lima, Cavalcante, de Araujo, & Vieira (2014) yang membahas tentang instrumen-instrumen yang digunakan untuk mengukur HL pada lansia dengan hipertensi serta dikhususkan pada studi-studi keperawatan. Lalu *scoping review* yang disusun oleh Chan & Kisa, (2019) tentang instrumen HL yang digunakan dalam konteks kardiovaskuler, serta Guo et al. (2018) yang mengkaji kualitas instrumen yang dikembangkan untuk mengukur HL pada anak dan remaja.

Walaupun Machado et al., (2014) dan Chan & Kisa, (2019) telah memberikan gambaran tentang instrumen yang digunakan untuk mengukur HL pada lansia dengan penyakit kardiovaskuler, namun studi tersebut belum memberikan gambaran yang rinci mengenai kelebihan dan keterbatasan serta pertimbangan bagi pembaca tentang instrumen yang dapat digunakan khusus untuk populasi lansia, serta implikasinya dalam *setting* klinik dan komunitas. Selain itu, topic kesehatan yang dibahas terfokus pada kardiovaskuler. *Scoping review* yang akan disusun membahas penggunaan instrumen untuk mengukur HL

pada lansia dengan konsep penyakit yang lebih luas, yaitu 4 penyakit kronik yang paling sering diderita lansia berdasarkan WHO dan IDC. Hal ini yang kemudian menjadi informasi berbeda yang akan disampaikan melalui tinjauan ini dibandingkan tinjauan-tinjauan yang telah ada sebelumnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. HEALTH LITERACY

1. Definisi

Health literacy (HL) menjadi topik prioritas dalam bidang kesehatan di abad 21. Berbagai pendekatan konsep digunakan para ahli untuk membangun definisi tentang HL. Namun hingga saat ini belum ada kesepakatan definisi yang digunakan secara global untuk menggambarkan HL. Dalam 20 tahun terakhir, definisi HL telah berubah dari pendekatan individu menjadi pendekatan yang lebih luas dalam konteks sosial. Sehingga interaksi antara individu dan sistem pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap HL (Okan, Bauer, Levin-Zamir, Diane Pinheiro, & Sørensen, 2019).

Untuk dapat memahami HL, penting untuk mengetahui definisi dasar literasi. *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) (2016) dalam *Survey of Adult Skill* mendefinisikan literasi adalah bagaimana seseorang memahami, mengevaluasi, menggunakan, dan terlibat dengan teks tertulis untuk berpartisipasi dalam masyarakat, mencapai tujuan, serta mengembangkan pengetahuan dan potensinya. Dalam membaca, seseorang biasanya menggunakan 3 strategi kognitifnya yaitu mengakses dan mengidentifikasi, mengintegrasikan dan menafsirkan, serta mengevaluasi dan merefleksinya. Konsep ini akan sangat bermanfaat dalam memahami berbagai definisi HL yang dikembangkan oleh para peneliti. Dalam konsep yang dikembangkan, OECD (2016) memisahkan kemampuan literasi dan *numeracy* (menghitung). Sedangkan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) (Kemdikbud, 2016) literasi didefinisikan sebagai kemampuan menulis dan membaca, kemampuan atau keterampilan dalam bidang atau aktivitas tertentu, serta kemampuan seseorang dalam mengolah informasi dan pengetahuan

untuk kecakapan hidup. Hal ini kemudian dapat dibandingkan dengan beberapa definisi HL yang berkembang saat ini.

Istilah HL pertama kali diungkapkan oleh Simonds (1974) dalam makalah yang membahas pendidikan kesehatan sebagai kebijakan sosial. Hingga saat ini sejumlah definisi HL dapat ditemukan pada artikel-artikel penelitian. Beberapa definisi HL dalam kurun waktu 3 dekade terakhir yang diidentifikasi melalui kajian literature (Okan et al., 2019; Ploomipuu et al., 2019), dirangkum dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 2.1 Definisi *Health Literacy*

No.	Author/Tahun	Definisi
1.	Nutbeam dalam WHO (1998)	“keterampilan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mendapatkan akses informasi, memahami dan menggunakan informasi untuk mempromosikan dan menjaga kesehatan dengan baik. HL lebih dari sekedar dapat membaca pamphlet dan membuat perjanjian, dengan meningkatkan akses masyarakat tentang informasi kesehatan dan kapasitasnya menggunakan informasi secara efektif, HL sangat penting dalam untuk pemberdayaan”
2.	Nutbeam (2000)	<p>“HL terdiri dari 3 macam :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Literasi fungsional didefinisikan sebagai kemampuan yang memadai dalam membaca dan menulis. Dalam konteks kesehatan, kemampuan ini berhubungan dengan resep obat, kartu penjanjian, label obat dan arahan perawatan kesehatan dirumah. b. Literasi interaksi/komunikasi didefinisikan sebagai perpaduan kemampuan kognitif dan sosial yang digunakan untuk berpartisipasi aktif dalam kegiatan sehari-hari, menyaring informasi dan mendapatkan makna dari berbagai bentuk komunikasi untuk kemudian menerapkan informasi baru dalam perubahan. c. Literasi kritis didefinisikan sebagai perpaduan keterampilan kognitif dan sosial yang digunakan untuk menganalisis informasi secara kritis, kemudian menggunakan informasi ini untuk melakukan kontrol yang lebih besar atas peristiwa dan situasi kehidupan”
4.	Nielsen-bohlman, Panzer, & David (2005) untuk Institute of Medicine	“HL adalah kapasitas seseorang untuk mendapatkan, memproses, dan mengerti informasi dasar kesehatan dan pelayanan yang dibutuhkan dalam membuat keputusan yang sesuai terkait kesehatannya”
5.	Paasche-Orlow & Wolf (2007)	“HL berkaitan dengan keterampilan yang dimiliki individu yang diperlukan membuat keputusan terkait kesehatan. HL tidak hanya mencakup kemampuan seseorang, tetapi juga kompleksitas tugas khusus yang dihadapi dan harus diselesaikan”
6.	Sørensen et al., (2012)	“HL berkaitan dengan literasi dan memerlukan pengetahuan, motivasi dan kompetensi seseorang untuk mengakses, memahami, menilai, dan menerapkan informasi kesehatan untuk membuat penilaian dan mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-hari mengenai perawatan kesehatan, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan untuk mempertahankan atau meningkatkan kualitas hidup selama perjalanan hidup”
7.	Mårtensson & Hensing (2012)	<p>“Definisi HL dapat diartikan melalui 2 pendekatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebagai fenomena terpolarisasi, HL berfokus pada keterampilan dasar (fungsional) yang dibutuhkan untuk memahami informasi kesehatan. • Sebagai fenomena kompleks, HL berfokus pada keterampilan interaktif dan kritis yang diperlukan untuk menggunakan informasi yang diperoleh dalam konteks sosial-budaya untuk mengambil keputusan terkait kesehatan”

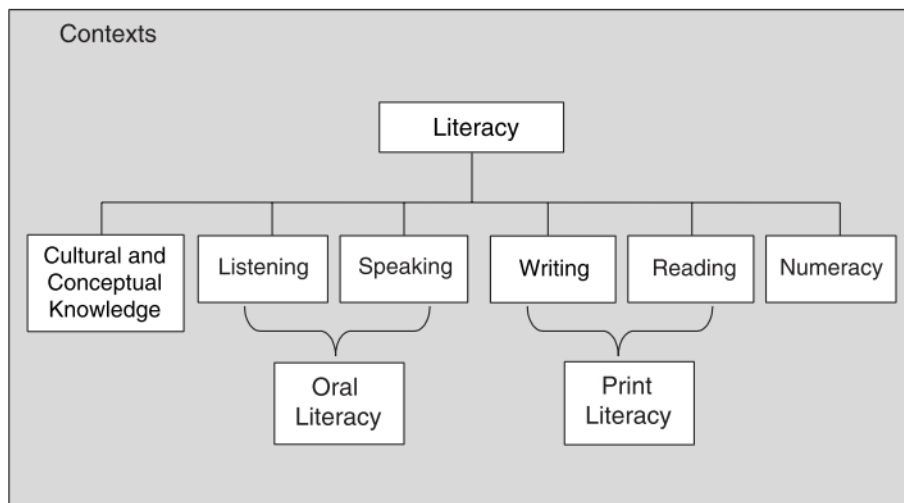
No.	Author/Tahun	Definisi
8.	Parnell et al. (2019)	“HL adalah kemahiran yang dinamis, kolaboratif, dan saling menguntungkan yang menggabungkan pengetahuan dan pengalaman kesehatan sebelumnya, karakteristik individu, status kesehatan, preferensi budaya dan bahasa, dan kemampuan kognitif yang memengaruhi kemampuan organisasi, pengasuh, dan penerima perawatan kesehatan untuk mengakses, memahami, dan menggunakan informasi dan layanan kesehatan untuk membuat keputusan yang dapat ditindaklanjuti dan meningkatkan hasil kesehatan.”
9.	Ploomipuu et al. (2019)	“Literasi kesehatan adalah pengetahuan, motivasi, dan kompetensi yang dimiliki seseorang untuk mengakses, memahami, menilai, dan menerapkan informasi kesehatan untuk membuat penilaian dan keputusan kesehatan yang bertanggung jawab secara sosial, memiliki sikap, nilai, pola pikir, dan keterampilan yang positif, ditambah kemampuan keseluruhan untuk mengatasi dan berkembang dalam masalah kesehatan terkait kontemporer dalam kehidupan sehari-hari, secara profesional”

Sebagian besar penelitian tentang literasi kesehatan sebelumnya menganggapnya sebagai konsep satu dimensi yang berfokus pada kemampuan membaca atau fungsional individu. Namun, dengan perkembangan bidang HL, menjelaskan bahwa HL mencakup banyak dimensi, kompleks dan heterogen. Dari beberapa definisi HL yang telah dijabarkan, dapat terlihat bahwa definisi yang dikembangkan telah melibatkan banyak faktor misalnya status sosial ekonomi dan sistem pelayanan kesehatan.

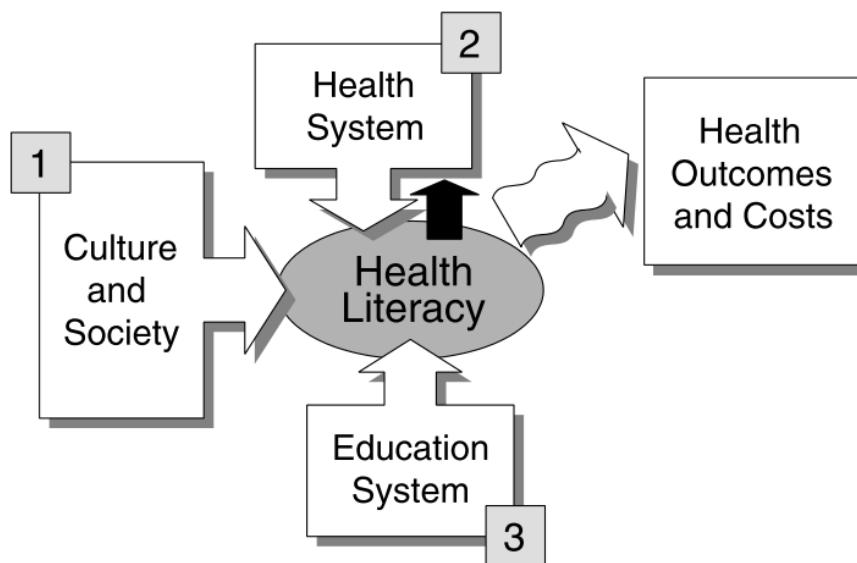
Dengan menggabungkan definisi dasar literasi dan beberapa definisi yang telah ada, dapat disimpulkan bahwa HL adalah keterampilan seseorang dalam menggunakan kemampuan fungsional kognitif (membaca, menilai, memahami) dan keterampilan sosial (mencari informasi, berinteraksi dan komunikasi) sebagai dasar dalam membuat keputusan terkait kondisi kesehatan, merefleksikan pengetahuannya dalam pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh faktor individu, lingkungan, sistem pelayanan kesehatan dan sosial-ekonomi.

2. Kerangka Konseptual dan Domain *Health Literacy*

Pada sub bab sebelumnya telah dijabarkan beberapa definisi HL. Oleh beberapa peneliti, definisi ini dikembangkan menjadi kerangka konseptual dan mendasari penelitian serta alat pengukuran HL. Melalui kerangka konseptual, dapat diketahui domain-domain dalam HL, faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat HL seseorang, bagaimana efek HL terhadap perilaku sehat, dan bagaimana hubungan HL dengan berbagai agen (misalnya : komunitas, sistem pelayanan kesehatan, media informasi dan keluarga) berpengaruh terhadap kondisi kesehatan. Secara umum, *Institute of Medicine* (IOM) (Nielsen-bohlman et al., 2005) menggambarkan domain kerangka konseptual HL sebagai berikut :



Gambar 2.1
Domain HL



Gambar 2.2
Faktor Yang Mempengaruhi dan Dipengaruhi oleh HL

Dari bagan diatas terlihat beberapa domain HL dan faktor-faktor yang dapat berpengaruh dan dipengaruhi oleh HL. Penelusuran referensi yang dilakukan mengidentifikasi beberapa kerangka konsep HL yang dikembangkan pada berbagai penelitian yaitu sebagai berikut :

a. Nutbeam (2000)

Dalam kerangka konseptual ini, pendidikan kesehatan menjadi fokus yang mempengaruhi HL seseorang. Kegiatan-kegiatan promosi kesehatan, seperti pendidikan, kegiatan sosial dan kebijakan-kebijakan akan membantu individu dalam menggunakan kemampuannya terkait HL. pada akhirnya, HL menjadi mediator dalam peningkatan kualitas hidup seseorang, pencegahan kecacatan bahkan menurunkan angka kematian. Namun, dalam kerangka konseptual ini tidak tergambar domain HL yang digunakan dalam pengukuran sesuai definisi yang dikembangkan oleh peneliti, yaitu HL fungsional, HL komunikatif/interaktif dan HL kritikal.

b. Baker (2006)

Baker (2006) mengembangkan kerangka konsep HL berdasarkan definisi oleh IOM (Nielsen-bohlman et al., 2005), dimana mendefinisikan HL sebagai kapasitas individu untuk mendapatkan, memproses, dan mengerti informasi dasar kesehatan.

Pada kerangka konseptual ini dapat diidentifikasi 2 domain dalam HL yaitu literasi cetak dan literasi oral. Literasi cetak merujuk pada kemampuan membaca dan menghitung, sedangkan literasi oral merujuk pada kemampuan berkomunikasi terkait topik kesehatan. Kedua hal ini dipengaruhi oleh tingkat kesulitan dan kompleksitas pesan yang dibaca atau didengar. Kapasitas individu merupakan satu-satunya faktor pendukung HL pada kerangka konsep ini. Baker (2006) menjabarkan bahwa output HL yaitu diperolehnya pengetahuan baru, perilaku positif, meningkatnya *self-efficacy*, serta perubahan perilaku yang pada akhirnya akan meningkatnya *outcome* kesehatan.

c. Paasche-Orlow & Wolf (2007)

Definisi HL berdasarkan IOM (Nielsen-bohlman et al., 2005) juga menjadi dasar dalam pengembangan kerangka konseptual ini. Namun, dalam kerangka konsep ini tidak digambarkan dengan jelas domain pengukuran HL. Lebih luas lagi dibandingkan konsep Baker (2006), Paasche-Orlow & Wolf (2007) menambahkan aspek sosiodemografi

sebagai faktor yang mempengaruhi HL seseorang. Dari segi internal kemampuan kognitif/fisik, umur, dan etnis menjadi faktor yang mempengaruhi HL. Sedangkan faktor eksternal seperti budaya, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan dukungan sosial menjadi faktor yang mempengaruhi HL seseorang. Efek HL terhadap seseorang dibagi menjadi 3 yaitu: kemampuan mengakses dan menggunakan pelayanan kesehatan; interaksi petugas dan pasien; serta meningkatnya perawatan diri. Hal ini kemudian berpengaruh terhadap kondisi kesehatan.

Kerangka konsep ini kemudian diadaptasi oleh Von Wagner, Steptoe, Wolf, & Wardle (2009) dan dikembangkan berdasarkan ilmu psikologi kesehatan. Pada kerangka konsep ini dijelaskan dua domain pengukuran HL yaitu kemampuan membaca dan keterampilan aritmatika. Pada kerangka konsep ini juga mempertimbangkan penurunan fungsi kognitif yang disebabkan oleh penuaan sebagai salah satu faktor internal yang berpengaruh pada tingkat HL seseorang. Berbeda dengan kerangka konseptual sebelumnya, sebelum mempengaruhi tindakan pasien, HL terlebih dahulu berpengaruh terhadap faktor sosio-kognitif atau psikologikal, misalnya: peningkatan motivasi dan tindakan/kontrol pasien.

d. Jordan, Buchbinder, & Osborne (2010)

Pada kerangka konsep ini, domain-domain HL dikembangkan melalui proses kualitatif untuk melihat keterampilan yang dibutuhkan untuk dapat berpartisipasi secara aktif dalam perawatan kesehatan berdasarkan persepsi pasien. Jordan et al. (2010) melakukan wawancara pada pasien-pasien dengan penyakit akut hingga kronik dan terdiri dari karakteristik demografik yang beragam. Hasil analisis dengan pendekatan *grounded theory* telah mengidentifikasi 7 domain HL berdasarkan persepsi pasien, yaitu : “Tahu kapan mencari informasi kesehatan”; “Tahu dimana mencari informasi kesehatan”; “komunikasi verbal”; “Sikap asertif”; “Literasi dasar”; “Mempertahankan dan memproses informasi”; dan “Mengaplikasikan

keterampilan”. Diharapkan domain HL dari persepsi pasien ini dapat membantu peneliti dalam mengembangkan instrumen yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi komunikasi efektif dan intervensi yang sesuai pada pasien. Efek HL yang dapat dievaluasi dibagi menjadi 2 poin besar yaitu interaksi antara pasien dengan petugas kesehatan (sikap pasien, petugas-pasien, pendekatan yang digunakan oleh petugas kesehatan) serta faktor yang lebih luas (sistem pelayanan kesehatan, faktor sosial-ekonomi, sikap dan pengalaman pasien, dukungan sosial, pendidikan, dan pengaruh budaya)

e. Frisch, Camerini, Diviani, & Schulz (2011)

Definisi HL yang dikembangkan oleh Frisch et al. (2011) bertujuan untuk memberikan gambaran definisi HL multidomain yang kemudian dapat dioperasionalkan sehingga dapat membantu peneliti dalam menyusun instrumen pengukuran HL. definisi konseptual ini membantu peneliti dalam mengembangkan instrumen yang lebih holistik, bukan hanya mengukur kemampuan pasien dalam membaca kosakata medis namun juga dapat mengukur pengetahuan terkait kesehatan secara keseluruhan. Domain HL dalam kerangka teori Frisch et al. (2011) yaitu sebagai berikut : “Literasi fungsional”; “Pengetahuan procedural dan factual”; “Kewaspadaan”; “Dimensi kritis”; “Dimensi efektif”; dan “Sikap”.

f. Sørensen et al. (2012)

Melalui kajian sistematis, Sørensen et al. (2012) mengembangkan definisi HL yang lebih komprehensif berbasis bukti. Sørensen et al. (2012) mengidentifikasi 4 domain HL, yaitu mengakses informasi, memahami informasi, menilai informasi, dan menggunakan informasi dalam konteks kesehatan. Selain faktor/kemampuan individu, HL juga dipengaruhi oleh faktor sosial dan lingkungan, serta situasi.

g. Squiers, Peinado, Berkman, Boudewyns, & McCormack (2012)

Squiers, Peinado, Berkman, Boudewyns, & McCormack (2012), menjabarkan 3 domain HL yaitu literasi cetak, komunikasi, serta mencari informasi dan *electronic Health* (eHealth). Sedangkan faktor

internal yang mempengaruhi HL adalah sosiodemografi, kemampuan individu dan pengetahuan sebelumnya berpengaruh terhadap HL. Selain itu, dukungan lingkungan, budaya, komunitas, keluarga, media, pelayanan kesehatan dan tersedianya pusat kesehatan menjadi faktor eksternal yang berpengaruh terhadap HL. Pada akhirnya, HL yang adekuat merupakan mediator dalam meningkatkan perilaku sehat dan kondisi kesehatan.

Tabel berikut ini merangkum setiap elemen dalam HL, faktor yang mempengaruhi dan bagaimana dampak health literacy pada status kesehatan seseorang berdasarkan analisis terhadap kerangka konseptual yang telah dijabarkan sebelumnya.

Tabel 2.2 Kerangka Konseptual HL

No.	Author	Dimensi health literacy	Faktor yang mempengaruhi	Pengaruh terhadap kesehatan
1.	Nutbeam, (2000)	Tidak disebutkan	Kegiatan promosi kesehatan (pendidikan kesehatan, kegiatan-kegiatan sosial yang berhubungan dengan kesehatan, dan advokasi)	<ul style="list-style-type: none"> • Individu : sikap pengetahuan, motivasi, niat perilaku, keterampilan pribadi, self-efficacy • sosial meliputi : partisipasi komunitas, pemberdayaan komunitas, norma sosial, opini masyarakat tentang kesehatan
2.	Baker (2006)	HL : <ul style="list-style-type: none"> • Literacy cetak • Literacy oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Kelancaran membaca • Pengetahuan sebelumnya (kosakata atau istilah terkait kesehatan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendapatkan pengetahuan baru • Sikap lebih positif • Peningkatan self-efficacy • Perubahan perilaku
3.	Paasche-Orlow & Wolf (2007)	Tidak disebutkan	<ul style="list-style-type: none"> • Individu (penglihatan, pendengaran, kemampuan berbicara, ingatan dan penalaran) • Demografi (umur, pendidikan, suku) • Sosial ekonomi (pekerjaan, pendapatan, dukungan sosial, budaya, bahasa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan mengakses dan menggunakan pelayanan kesehatan • Interaksi pasien dan penyedia layanan kesehatan • Perawatan diri
4.	Von Wagner et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Membaca • Aritmatika 	<ul style="list-style-type: none"> • Individu : kemampuan kognitif, penurunan kognitif karena usia, pengetahuan • Eksternal : Pengaruh lingkungan (status pekerjaan, ketersediaan asuransi kesehatan, keluarga dan pasangan), pendidikan formal dan pengalaman belajar 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan dalam mengakses dan menggunakan fasilitas kesehatan • Peningkatan interaksi antara pasien dan petugas kesehatan • Manajemen kesehatan dan penyakit

No.	Author	Dimensi health literacy	Faktor yang mempengaruhi	Pengaruh terhadap kesehatan
5.	Jordan et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Mengetahui kapan mencari informasi kesehatan • Mengetahui dimana mencari informasi kesehatan • Komunikasi verbal • Sikap asertif • Literasi • Mempertahankan dan memproses informasi • Mengaplikasikan keterampilan 	<ul style="list-style-type: none"> • Sifat pasien : fisik/watak emosional, Ketakutan/kecemasan, Kepercayaan pada profesi kesehatan • Hubungan profesi kesehatan dan pasien : pertukaran informasi, mengetahui pengetahuan awam • Pendekatan petugas kesehatan : penggunaan istilah medis, proses penyampaian informasi • Faktor yang lebih luas : sistem kesehatan, faktor sosio-ekonomi, sikap dan pengalaman pasien, dukungan sosial, pendidikan, pengaruh budaya 	
6.	Frisch et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Literasi fungsional • Pengetahuan procedural dan factual • Kewaspadaan • Dimensi kritisal • Dimensi efektif • Sikap 	-	-

No.	Author	Dimensi health literacy	Faktor yang mempengaruhi	Pengaruh terhadap kesehatan
7.	Sørensen et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Mengakses informasi • Memahami informasi • Menilai informasi • Menerapkan informasi yang diperoleh 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal (umur, jenis kelamin, ras, status sosial-ekonomi, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan literasi) • Situasional (dukungan sosial, keluarga, pengaruh kelompok, penggunaan media, dan lingkungan fisik) • Lingkungan sosial (situasi demografis, budaya, bahasa, politis, dan sistem sosial) 	<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan pelayanan kesehatan yang tepat sehingga mengurangi pembiayaan • Perilaku sehat • Meningkatnya partisipasi dalam pemeliharaan kesehatan (pemberdayaan) • Keadilan dan keberlanjutan perubahan pada kesehatan masyarakat.
6.	Squiers et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Literasi cetak (membaca, menulis, dan menghitung) • Komunikasi (mendengarkan, berbicara, dan bernegosiasi) • Mencari informasi (navigasi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Demografis (umur, suku, pendapatan dan jenis kelamin) • Sumber daya individu (pekerjaan/kedudukan, dukungan sosial, budaya, bahasa, literasi dan pendidikan) • Kemampuan (penglihatan, pendengaran, kemampuan berbicara, daya ingat, dan fungsi kognitif) • Pengetahuan sebelumnya (pengalaman penyakit, pengetahuan tentang konsep dan istilah kesehatan). 	<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku hidup sehat (merokok, latihan fisik, dan kepatuhan pengobatan) • Status kesehatan (kecacatan/kematian, status penyakit, penggunaan layanan kesehatan, kualitas hidup, kesehatan, atau kesejahteraan)

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Health Literacy*

Berdasarkan beberapa kerangka konsep, dapat diidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tingkat HL seseorang. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut :

a. Faktor individu

Faktor individu disebutkan secara jelas pada kerangka konsep yang dikembangkan oleh Paasche-Orlow & Wolf (2007), Sørensen et al. (2012), dan Von Wagner et al. (2009). Sedangkan Squiers et al. (2012) menggunakan faktor demografi, dimana didalamnya mencakup faktor individu dan sosio-ekonomi. Beberapa aspek yang terkait dengan faktor individu adalah kondisi fisik, kognitif, usia, pendidikan dan jenis kelamin.

Kondisi fisik, dalam hal ini fungsi indera seperti penglihatan, pendengaran dan kemampuan bicara memiliki hubungan dengan HL. Pada lansia, penurunan fungsi penglihatan dan pendengaran merupakan hal yang fisiologis, namun dapat diperparah oleh beberapa penyakit kronis (Eliopoulos, 2018). Hal ini selanjutnya akan berpengaruh pada kemampuan dalam mencari dan memahami informasi kesehatan.

Kognitif dan usia merupakan dua faktor yang memiliki hubungan satu sama lain. Kelompok umur lanjut usia sering dikaitkan dengan tingkat HL. Namun perlu dibedakan antara fungsi kognitif dan kemampuan kognitif pada lansia (Eliopoulos, 2018). Beberapa studi menemukan secara konsisten hubungan umur dengan HL, dimana semakin bertambah umur seseorang, maka hasil pengukuran HL semakin menurun (Protheroe et al., 2016; Rheault, Coyer, Jones, & Bonner, 2019) . Hal ini didukung oleh kajian sistematik dan meta analisis yang oleh Kobayashi, Wardle, Wolf, & Von Wagner (2016) dan Rajah, Hassali, & Murugiah (2019). Penurunan kelancaran membaca, daya ingat, dan penalaran yang merupakan dasar dalam HL mengalami penurunan ringan selama masa penuaan pada individu dengan status kognitif normal. Sedangkan pengetahuan umum terkait

kosa kata lebih melekat dan bersifat stabil jika dikaitkan dengan usia (Liu, Chen, Xue, & Hou, 2019). Hal ini akan dibahas lebih detail pada sub bab lansia dan HL.

Secara konsisten, pada beberapa studi diidentifikasi bahwa tingkat pendidikan formal berpengaruh terhadap tingkat HL seseorang (Clouston, Manganello, & Richards, 2017; Protheroe et al., 2016; Van Duong et al., 2019). Studi kohort yang dilakukan oleh Clouston et al. (2017) mengidentifikasi adanya pengaruh pendidikan dimasa muda dengan HL pada masa tua. Dijelaskan bahwa pria dengan pendidikan rendah pada masa muda menunjukkan resiko memiliki HL yang rendah pada usia pertengahan, dan HL yang rendah pada usia lanjut.

Faktor yang juga sering dikaitkan dengan HL adalah jenis kelamin. Beberapa penelitian menunjukkan hasil yang berbeda tentang hubungan jenis kelamin dengan HL. Pada studi Clouston et al. (2017) diidentifikasi bahwa wanita memiliki tingkat HL yang lebih adekuat dibanding pria. Hal ini sejalan dengan studi yang dilakukan oleh Rheault et al. (2019) dan Agarwal et al., (2018). Namun, temuan yang berbeda ditemukan pada beberapa studi dimana wanita menunjukkan HL yang tidak adekuat (Lee & Son, 2018; Verney et al., 2019). Sementara itu, Protheroe et al., (2016) tidak menemukan pengaruh jenis kelamin terhadap tingkat HL. Tentu saja temuan yang beragam ini memerlukan analisis lebih mendalam untuk melihat keadaan lain yang menyebabkan perbedaan dalam beberapa studi. Keperahan penyakit, fungsi kognitif, umur, dan pendidikan menjadi faktor yang berhubungan dengan variasi hasil tentang hubungan jenis kelamin dan HL (Agarwal et al., 2018; Clouston et al., 2017; Lee & Son, 2018; Rheault et al., 2019; Verney et al., 2019).

b. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan atau dukungan sosial disebutkan oleh Nutbeam (2000) dalam bentuk pengembangan komunitas. Dalam kerangka konsep ini, kegiatan-kegiatan sosial dalam bentuk pendidikan kesehatan dinilai memberikan kontribusi terhadap tingkat HL

seseorang. Hal ini dikaitkan dengan terbatasnya ketersediaan informasi kesehatan yang adekuat atau akses yang sulit menuju fasilitas kesehatan. Dalam studinya, Loignon, Dupéré, Fortin, Ramsden, & Truchon (2018) mengembangkan program kerjasama antara petugas kesehatan, kelompok komunitas dan imigran suku Aborigin di Kanada yang memiliki HL rendah. Hasil studi menunjukkan adanya peningkatan kemampuan dalam mencari informasi kesehatan pada suku Aborigin yang merupakan kelompok imigran.

Von Wagner et al. (2009) menjabarkan faktor lingkungan dalam bentuk dukungan keluarga dan pasangan. Berbeda dengan Sørensen et al. (2012), dukungan keluarga dimasukkan kedalam faktor situasional. Eliopoulos (2018) menjelaskan bahwa perpisahan dengan pasangan merupakan peristiwa yang banyak mengubah kehidupan keluarga lansia. Hal ini disebabkan rasa kehilangan pada seseorang tempat berbagi pengalaman hidup dan suka duka. Penelitian yang dilakukan oleh Yong Bing Liu, Hou, Xue, Mao, & Li (2019) hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat HL pada lansia dan kecenderungan lansia masuk rumah sakit (RS). Pada studi ini ditemukan bahwa dukungan keluarga dibutuhkan oleh lansia dalam mencari informasi kesehatan, membangun koping dan pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan. Penelitian lain oleh Ishikawa & Kiuchi (2019) yang mengukur tingkat HL pada anggota keluarga menemukan bahwa tingkat HL yang dimiliki oleh salah satu anggota keluarga berpengaruh terhadap tingkat HL anggota keluarga yang lainnya dengan cara berbagi informasi kesehatan. Pada penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Dutta, Kaur, Luk, Lin, & Lee (2018) menemukan bahwa budaya Asia yang masih kental dengan kekeluargaan mempengaruhi anggota keluarga yang sakit dalam mencari informasi dan terlibat dalam program-program kesehatan melalui dukungan keluarga, teman atau grup dengan kondisi yang sama.

c. Faktor sistem kesehatan

Dengan meningkatnya populasi jumlah lansia diatas 65 tahun, berdampak pada berkembangnya sistem pelayanan kesehatan yang berfokus pada lansia, misalnya program layanan sosial bagi lansia, program kunjungan rumah, dan kegiatan-kegiatan promosi kesehatan berbasis rumah sakit maupun komunitas (Eliopoulos, 2018). Hal ini menjadi fokus dalam kerangka konsep Nutbeam (2000) dimana tindakan-tindakan promosi kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi tingkat HL. Program-program tersebut akan membantu lansia yang memiliki kemampuan terbatas dalam mengakses informasi. Jordan et al. (2010) menyebutkan bahwa pendekatan yang digunakan oleh profesi kesehatan juga berpengaruh terhadap HL pasien. Penggunaan istilah-istilah medis dan metode pemberian edukasi kesehatan juga dapat berperan dalam kemampuan HL pasien. Hal ini kemudian menjadi pertimbangan yang penting dalam tatanan praktik klinis atau Rumah sakit.

d. Faktor sosial ekonomi

Faktor sosial ekonomi disebutkan dalam kerangka konseptual sebagai faktor yang mempengaruhi HL. Faktor sosial seperti budaya, ras, dan bahasa. Sedangkan faktor ekonomi seperti pekerjaan dan jumlah pendapatan (Jordan et al., 2010; Nutbeam, 2000; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Sørensen et al., 2012; Squiers et al., 2012).

Sumber daya keuangan merupakan hal penting pada segala kelompok usia karena akan berpengaruh terhadap pola makan, kesehatan, perumahan, keamanan, dan kemandirian serta memengaruhi banyak pilihan dalam kehidupan. Pada lansia, penurunan pendapatan dipengaruhi oleh masa pensiun maupun rencana masa tua yang kurang matang (Eliopoulos, 2018). Kajian sistematis yang dilakukan oleh Rajah et al. (2019) menjelaskan bahwa terbatasnya pendapatan mengakibatkan kemampuan untuk membayar pengobatan dan melakukan konsultasi dokter. Hal ini dikaitkan dengan kemampuan mendapatkan informasi yang akurat tentang kesehatannya. Hal ini

sejalan dengan temuan dalam studi Protheroe et al., (2016) dimana lansia dengan pendapatan yang rendah menunjukkan tingkat HL yang tidak adekuat.

Faktor budaya dan ras serta bahasa menjadi faktor yang juga membatasi HL seseorang. *Ethnogeriatrics* adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan efek suku dan budaya terhadap kesehatan dan kesejahteraan lansia, dan *American Geriatrics Society* mengidentifikasi hal ini sebagai komponen penting dari ilmu geriatrik (Eliopoulos, 2018). Dijabarkan oleh Eliopoulos (2018) bahwa hambatan bahasa dapat mempengaruhi seseorang dalam mengkomunikasikan informasi kesehatan, memahami instruksi, menyediakan persetujuan tindakan, dan berpartisipasi penuh dalam perawatan. Hal ini sejalan dengan temuan Loignon et al. (2018) yang mengidentifikasi rendahnya tingkat HL pada imigran suku Aborigin di Kanada dikarenakan oleh faktor bahasa dan budaya yang berbeda dengan karakteristik perkotaan.

4. Health Literacy dan Penyakit Kronis

Penyakit kronis merupakan penyakit tidak menular yang berdurasi lama dan pada umumnya menunjukkan progress yang lambat (WHO, 2018). Menurut National Centre for Disease Prevention and Health Promotion (2019), penyakit kronis didefinisikan secara luas sebagai kondisi yang telah berlangsung selama 1 tahun atau lebih, membutuhkan perhatian medis yang berkelanjutan serta dapat membatasi aktivitas kehidupan sehari-hari. Karena kondisi yang kompleks maka pasien diharuskan untuk dapat memahami konsep-konsep yang berkaitan dengan istilah-istilah medis dan mengenali gejala-gejala yang khas karena pada umumnya penyakit kronis dimulai dengan tanpa gejala. Lebih rinci, AIHW (2017) menjelaskan beberapa gambaran umum penyakit kronis yaitu :

- a. Berbagai faktor dapat menjadi penyebab penyakit kronis.

- b. Proses perkembangan yang panjang, dimana mungkin tidak menunjukkan gejala.
- c. Merupakan penyakit yang berkepanjangan dan dapat menyebabkan komplikasi kesehatan lainnya.
- d. Menyebabkan gangguan dan kecacatan.

Karena merupakan kasus yang kompleks, keterlibatan pasien dalam mengenali dan manajemen penyakit sangat dibutuhkan. Dalam manajemen penyakit kronis, pasien akan berhadapan dengan konsep-konsep medis dan dituntut untuk memiliki pemahaman yang menyeluruh tentang faktor-faktor yang berkontribusi terhadap manajemen diri. Studi menunjukkan bahwa ada hubungan antara HL dengan keterampilan manajemen penyakit. Namun efek HL terhadap manajemen penyakit kronis masih perlu diteliti lebih lanjut karena ada keterkaitan antara pengetahuan, *self efficacy* dan keyakinan yang merupakan mediator antara HL dan keterampilan manajemen penyakit (Cudjoe, Delva, Cajita, & Han, 2020; MacKey, Doody, Werner, & Fullen, 2016).

HL dipandang sebagai tujuan global untuk meningkatkan kesehatan melalui strategi pendidikan dan komunikasi yang pada akhirnya berkontribusi terhadap kondisi pasien (Baur, 2011; Nutbeam, McGill, & Premkumar, 2017; Parnell et al., 2019). Seseorang dengan HL yang memadai memiliki kemampuan untuk mengakses sistem perawatan kesehatan, berbagi informasi pribadi dan kesehatan dengan petugas kesehatan, terlibat dalam perawatan diri dan manajemen penyakit kronis serta mengadopsi perilaku yang mempromosikan kesehatan (Ploomipuu et al., 2019).

Sebuah kajian meta-analisis mengidentifikasi adanya pengaruh signifikan antara HL yang adekuat dengan kepatuhan pasien perawatan pasien kronis terhadap pengobatan, perubahan gaya hidup, penerapan diet, memenuhi perjanjian kunjungan, latihan fisik, vaksinasi dan perilaku sehat lainnya (Miller, 2017).

5. *Health Literacy* dan Lansia

Menurut United Nations (2019), diidentifikasi 703 juta orang berusia diatas 65 tahun, dimana Asia Timur dan Tenggara merupakan area dengan populasi lanjut usia (lansia) terbesar yaitu 37% (260,6 juta) dari total populasi menua dunia diikuti Eropa dan Amerika Utara (>200 juta). Kelompok lansia erat kaitannya dengan tingkat literacy yang disebabkan oleh penurunan fungsi kognitif dan daya ingat yang merupakan salah satu domain penting pada HL. Hal ini sejalan dengan hasil survey oleh *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) pada tahun 2003 yang menemukan bahwa 3% dari kelompok umur diatas 65 tahun memiliki tingkat HL yang buruk (Kutner et al., 2006).

Pada lansia, perubahan fungsi kognitif dan daya ingat merupakan hal yang bersifat fisiologis sejalan dengan penambahan usia. Fungsi kognitif dibutuhkan dalam HL dalam memahami, menilai, dan memproses informasi, sedangkan daya ingat digunakan dalam mengingat informasi yang dibutuhkan terkait perawatan kesehatan khususnya ketika pasien telah kembali kerumah (Eliopoulos, 2018). Fungsi kognitif dan HL merupakan hal yang tumpang tindih dan digunakan bersamaan dalam manajemen diri terkait kesehatan. Studi mengidentifikasi adanya hubungan antara gangguan kognitif sedang (*Mild Cognitive Impairment*) dengan HL yang tidak adekuat pada lansia jika dibandingkan pada kelompok lansia dengan status kognitif normal (*Normal Cognitive Function*) (Han, Boyle, James, Yu, & Bennett, 2015; J. K. Lee & Son, 2018b; Yong B Liu et al., 2019). Geboers et al., (2018) juga menemukan adanya hubungan timbal balik antara fungsi kognitif dan penurunan kognitif dengan HL. Penurunan kognitif dapat menyebabkan orang yang lebih tua memiliki HL terbatas, sebaliknya HL yang terbatas juga bisa menyebabkan fungsi kognitif menjadi lebih buruk.

Berbeda dengan fungsi kognitif, kemampuan kognitif atau kecerdasan sering dikaitkan dengan HL (Geboers et al., 2018). Namun, kecerdasan pada lansia yang sakit tidak bisa dibandingkan dengan lansia sehat, lansia dengan perbedaan latar belakang pendidikan dan budaya tidak

dapat dibandingkan, serta uji tes IQ pada sekelompok lansia yang dapat melakukannya tidak dapat dibandingkan dengan kelompok lansia yang memiliki keterbatasan sensori sehingga tidak dapat melakukan tes tersebut (Eliopoulos, 2018). Sehingga untuk dapat membuktikan hubungan kecerdasan dengan HL, dilakukan studi longitudinal agar menghindari bias dalam pengukuran (Clouston et al., 2017; Fawns-Ritchie, Starr, & Deary, 2018; Geboers et al., 2018; Kobayashi, Wardle, Wolf, & von Wagner, 2015).

Secara fisiologis, kecerdasan terbagi menjadi 2 macam yaitu kemampuan kognitif yang terkristalisasi (*Crystallized Cognitive*) dan kemampuan kognitif yang mencair (*Fluid Cognitive*) (Eliopoulos, 2018). Eliopoulos (2018) menjelaskan kemampuan kognitif yang terkristalisasi (*Crystallized Cognitive*) sebagai pengetahuan yang terakumulasi sepanjang hidup dan dihasilkan pada bagian otak yang yang dominan serta ini bertahan hingga usia dewasa. Kemampuan kognitif dasar dipertahankan; seseorang tidak menjadi lebih atau kurang pintar seiring bertambahnya usia, sehingga kemampuan untuk pemahaman verbal dan operasi aritmatika tidak berubah. Bentuk kecerdasan ini memungkinkan individu untuk menggunakan pembelajaran masa lalu dan pengalaman untuk pemecahan masalah.

Kemampuan kognitif yang mencair (*Fluid Cognitive*) didefinisikan oleh Eliopoulos (2018) sebagai kemampuan seseorang yang melibatkan informasi baru, berasal dari bagian otak yang tidak dominan. Kemampuan ini dalam bentuk mengendalikan emosi, penyimpanan informasi non-intelektual, kapasitas kreatif, persepsi spasial, dan apresiasi estetika; jenis kecerdasan ini diyakini menurun di kemudian hari. Dalam kaitannya dengan HL, *fluid cognitive* digunakan dalam menyelesaikan masalah-masalah kompleks dengan melibatkan informasi baru..

Daya ingat, yang terbagi menjadi 3 macam yaitu daya ingat jangka pendek yang bertahan dalam waktu 30 detik-30 menit, daya ingat jangka panjang dan daya ingat sensorik yang diperoleh melalui organ sensorik yang hanya berlangsung beberapa detik (Eliopoulos, 2018). Pada

instrument yang mengukur tingkat HL dengan cara meminta pasien untuk mengingat beberapa kosa kata terkait istilah medis, hasil yang didapatkan mungkin akan lebih rendah pada kelompok lansia dimana penurunan daya ingat jangka pendek telah terjadi.

Perubahan yang selanjutnya dipertimbangkan dalam HL adalah rentang perhatian. Pada lansia, terjadi penurunan kinerja kewaspadaan, dimana kemampuan untuk mempertahankan perhatian tidak lebih dari 45 menit. Lansia mudah terdistraksi oleh informasi atau rangsangan yang tidak relevan, serta mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan tugas-tugas yang rumit atau membutuhkan kinerja simultan (Eliopoulos, 2018). Pertimbangan ini dapat digunakan dalam melakukan pengukuran HL pada lansia yang akan dibahas khusus pada bab selanjutnya

6. *Health Literacy* pada Lansia dengan Penyakit Kronik

Data oleh National Council on Aging (2018) menunjukkan bahwa 80% lansia memiliki setidaknya 1 penyakit kronis dan 60% lansia memiliki paling tidak 2 penyakit kronis. Berbeda dengan kondisi akut yang berfokus pada diagnosa, perawatan dan pengobatan penyakit, kondisi kronis adalah keadaan dimana penyakit tidak dapat diobati dan kembali ke keadaan semula. Oleh karena itu, prinsip menyembuhkan lebih tepat digunakan pada kondisi akut lansia. Proses penyembuhan melibatkan fisik, pikiran dan jiwa untuk mengendalikan gejala, meningkatkan rasa kesejahteraan dan kualitas hidup. Hal ini dapat dilakukan perawat dengan menciptakan lingkungan terapeutik, memberikan edukasi, memberdayakan dan menghilangkan hambatan dalam perawat diri lansia (Eliopoulos, 2018). Dalam beberapa kerangka konsep, HL diposisikan sebagai salah satu asset yang harus dimiliki untuk dapat membantu pasien dalam meningkatkan kemampuan perawatan diri dan manajemen penyakit (David W. Baker, 2006; Nutbeam, 2000; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Sørensen et al., 2012; Squiers et al., 2012; Von Wagner et al., 2009).

Rendahnya HL pada lansia dengan penyakit kronik dikaitkan dengan beberapa hal sebagai berikut :

a. Pemanfaatan pelayanan kesehatan

Beberapa studi mengidentifikasi dampak HL yang tidak adekuat pada lansia terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Studi mengidentifikasi bahwa tingkat HL berpengaruh terhadap kunjungan pasien ke instalasi rawat darurat dan penggunaan layanan kesehatan (Irwan et al., 2016; Y. S. Kim, Khatiwoda, Park, & Lee, 2016; Ownby, Acevedo, Jacobs, Caballero, & Waldrop-Valverde, 2014; Van der Heide, Heijmans, Schuit, Ueters, & Rademakers, 2015; Zhang, Ding, Neubeck, & Gallagher, 2020). Selain meningkatnya jumlah kunjungan, peluang rehospitalisasi juga meningkat pada pasien dengan HL yang tidak adekuat (Bailey et al., 2015).

b. Biaya kesehatan

Rendahnya tingkat HL berakibat pada tingginya penggunaan pelayanan kesehatan dan obat-obatan yang kurang tepat. Beberapa studi mengidentifikasi

c. Pengambilan keputusan

Walaupun pada umumnya, pengambilan keputusan pada lansia dipengaruhi oleh faktor keluarga, namun kemandirian dalam pengambilan keputusan akan meningkatkan keterlibatan lansia pada proses perawatan. Salah satu penyebab kesulitan lansia dalam pengambilan keputusan karena rendahnya kemampuan dalam mencari informasi terkait penyakit yang diderita (Kim & Utz, 2018; Soones et al., 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Sharp et al., (2013) mengidentifikasi adanya hubungan antara level HL dengan lama waktu dalam memberikan keputusan di formulir *informed consent*.

d. Kepatuhan berobat

Rendahnya pengetahuan terkait medikasi pada saat keluar dari rumah sakit (Chesser, Woods, Smothers, & Rogers, 2016; Sierra & Cianelli, 2019; Soones et al., 2017), meningkatnya frekuensi kunjungan ke ruang emergency dan rawat inap (Kiechle, Bailey, Hedlund, Viera, &

Sheridan, 2015), rendahnya kemampuan dalam mencari informasi terkait penyakit yang diderita (Kim & Utz, 2018; Soones et al., 2017) sehingga mempengaruhi kemampuan manajemen diri pada penyakit kronis, bahkan dapat berdampak pada resiko kematian (Chesser et al., 2016; Geboers, Reijneveld, Jansen, & de Winter, 2016; Kobayashi et al., 2015).

7. Pengukuran *Health Literacy*

a. Tujuan pengukuran *health literacy*

Pada tatanan pelayanan klinis, HL dianggap sebuah resiko yang dapat berpengaruh terhadap proses perawatan, sedangkan pada tatanan kesehatan masyarakat HL adalah sebuah aset yang dapat membantu seseorang dalam meningkatkan kesehatannya (Ploomipuu et al., 2019). Pada tingkat yang lebih tinggi, organisasi pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab untuk menyesuaikan layanan kesehatan dengan kebutuhan HL dan kebutuhan populasi yang dilayani. Organisasi membutuhkan kesadaran tentang HL sebagai topik penting dan pemberian informasi kepada pasien disesuaikan dengan kebutuhan spesifik pasien (Trezona, Dodson, & Osborne, 2017, 2018).

Oleh karena itu HL perlu diidentifikasi melalui pengukuran yang akurat, sehingga metode edukasi dan intervensi yang diberikan sesuai dengan tingkat HL yang dimiliki oleh setiap pasien (Ploomipuu et al., 2019).

b. Instrumen *health literacy*

Hingga saat ini belum ada standar baku dalam mengukur HL. Perkembangan dalam bidang penelitian menambah jumlah alat yang dapat digunakan untuk mengukur HL. Akibatnya, pengukuran yang pada awalnya berfokus pada kemampuan fungsional dan numerik berkembang menjadi lebih komprehensif. Beberapa instrumen yang pada umumnya digunakan dalam mengukur HL adalah sebagai berikut :

- 1) REALM (T. C. Davis et al., 1993)

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) adalah alat skrining yang didesain untuk digunakan pada tatanan kesehatan masyarakat dan pelayanan primer yang bertujuan untuk mengkaji kemampuan pasien dalam membaca istilah medis umum serta istilah untuk bagian tubuh dan penyakit. REALM diharapkan dapat membantu profesi medis dalam memperkirakan tingkat literasi pasien sehingga materi pendidikan kesehatan atau instruksi lisan dapat disesuaikan dengan tingkat literasi pasien.

REALM berisi 66 istilah medis, namun hanya butuh 2-3 menit dalam penggunaan instrumen ini. Pasien diminta untuk menyebutkan dengan keras istilah-istilah medis yang tertulis dalam kartu pemeriksaan. Skoring REALM terbagi menjadi 4 tingkat yaitu :

- 0-18 setara dengan level 3 kebawah
- 19-44 setara dengan level 4-6
- 45-60 setara dengan level 7-8
- Dan 61-66 setara dengan pendidikan sekolah menengah atas.

2) TOFHLA (Parker, Baker, Willia, & Nurss, 1995)

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) merupakan instrumen yang dikembangkan untuk mengukur aspek fungsional. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan materi-materi yang umumnya ditemukan pasien di Rumah Sakit. TOFHLA terdiri dari 66 item yang terbagi menjadi 2 bagian, yaitu bagian untuk mengetes kemampuan membaca dan memahami istilah-istilah yang biasa digunakan dalam perawatan serta bagian untuk mengetes kemampuan berhitung yang berhubungan dengan instruksi medis. Dalam penggunaannya, TOFHLA membutuhkan waktu 22 menit.

Bagian pertama yaitu tes kemampuan membaca terdiri dari 50 item. Pertanyaan disusun berdasarkan instruksi persiapan pemeriksaan saluran cerna atas, hal dan tanggung jawab pasien dari formulir aplikasi *Medicaid*, serta standar formulir persetujuan

rumah sakit. Bentuk pertanyaan berupa pilihan ganda dengan 4 pilihan, dimana 1 pilihan jawaban benar dan 3 pilihan jawaban lainnya menyerupai secara gramatikal dan kontekstual.

Bagian kedua yaitu tes kemampuan berhitung yang terdiri dari 17 item. Pertanyaan disusun dengan menggunakan formulir rumah sakit yang sebenarnya dan label resep pada botol obat. Bagian ini bertujuan untuk menguji kemampuan pasien dalam memahami arahan minum obat, memantau glukosa darah, mematuhi perjanjian klinik, dan penggunaan asuransi. Pelanggan diberikan kartu isyarat atau botol resep berlabel dan diminta untuk menjawab pertanyaan lisan mengenai informasi tentang kartu atau botol tersebut.

3) NVS (B. D. Weiss et al., 2005)

The Newest Vital Sign (NVS) adalah alat untuk mengukur HL secara komprehensif. Instrumen ini terdiri dari 6 pertanyaan dengan menggunakan label nutrisi. Penggunaan label nutrisi untuk menilai HL secara intuitif menarik karena label nutrisi adalah item yang akrab dan merupakan bagian penting dari manajemen kesehatan untuk banyak penyakit kronis. Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan tes ini adalah rata-rata 2.9 menit (SD 1.2 menit; range = 1.5-6.2 menit). Interpretasi pengukuran NVS adalah sebagai berikut :

- Skor 0-1 menunjukkan kemungkinan besar keterbatasan literasi (50%)
- Skor 2-3 mengindikasikan kemungkinan literasi terbata.
- Skor 4-6 menunjukkan kemampuan baca tulis yang memadai.

4) HLSQ (Chew et al., 2008)

Health Literacy Screening Questions (HLSQ) adalah instrumen singkat yang terdiri 3 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert yang terdiri dari skor 0-4. Pertanyaan dalam HLSQ yaitu :

“Seberapa sering anda meminta bantuan seseorang (seperti anggota keluarga, teman, pegawai rumah

sakit/klinik atau penjaga) untuk membaca bahan-bahan rumah sakit?” (Ditolong membaca),

“Seberapa sering anda mengalami masalah dalam mempelajari kondisi medis anda karena kesulitan membaca informasi tertulis?” (Masalah membaca)

“Seberapa percaya diri anda dalam mengisi formulir sendiri?” (Kepercayaan diri untuk mengisi formulir)

5) HLS-EU (European Health Literacy Consortium 2012)

The Health Literacy Scale-Europe (HLS-EU) adalah instrumen yang dikembangkan berdasarkan hasil konsorsium HL di Eropa. HLS-EU berbentuk *self-report* terdiri 47 item yang dikelompokkan kedalam 3 dimensi (pelayanan kesehatan, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan) dan 12 subdimensi HL terkait dengan kompetensi mengakses, memahami, menilai dan menerapkan informasi terkait kesehatan. Model dan definisi ini mengintegrasikan pandangan medis dan kesehatan masyarakat tentang HL dan dikembangkan melalui tinjauan literatur yang sistematis dan analisis isi dari 17 definisi sejawat dan 12 kerangka kerja konseptual yang ditemukan dalam tinjauan literatur yang luas (Sørensen et al., 2012).

HLS-EU tersedia dalam berbagai bahasa dan versi. Beberapa studi telah mengembangkan HLS-EU dalam versi singkat. Pemakaian HLS-EU untuk Asia di uji cobakan oleh Duong et al. (2017) pada 6 negara di Asia Tenggara termasuk Indonesia.

6) HLQ (Osborne et al., 2013a)

Health Literacy Questionnaire (HLQ) terdiri dari 44 item yang terbagi kedalam 9 domain, bertujuan untuk menilai kebutuhan dan tantangan berbagai orang dan organisasi. Pengembangan HLQ dilakukan melalui metode *systematic grounded* dengan melibatkan seluruh elemen yang terlibat dalam pelayanan kesehatan, yaitu populasi umum, pasien, praktisi serta pembuat kebijakan. HLQ dapat digunakan untuk keperluan survey,

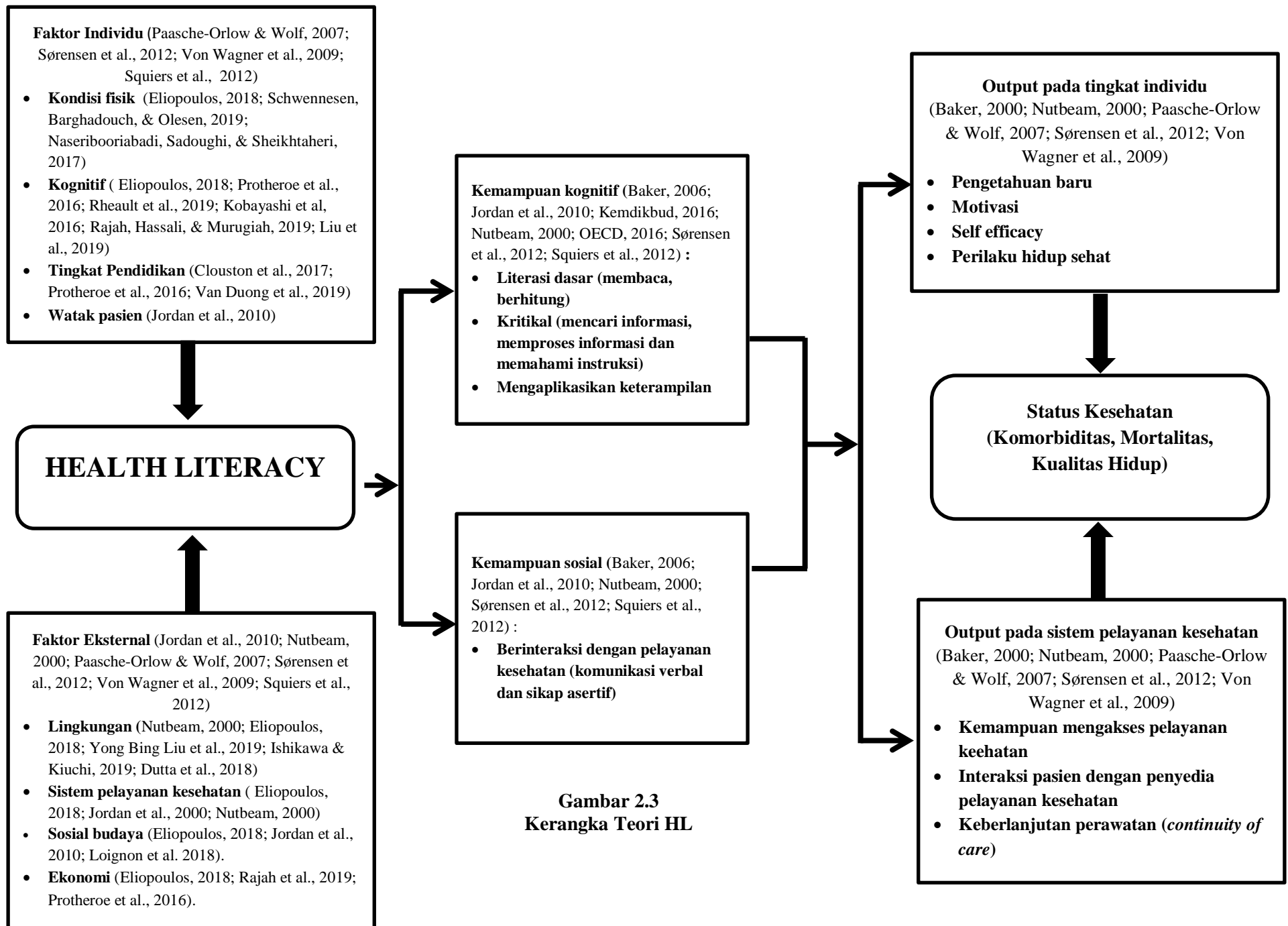
mengevaluasi intervensi, dan studi untuk mengidentifikasi kebutuhan dan kemampuan individu. HLQ menggunakan skala likert dan merupakan *self-repor* serta tersedia dalam 33 bahasa termasuk bahasa Indonesia.

8. Ringkasan Teori

Beberapa definisi dan kerangka konsep telah diidentifikasi melalui kajian pustaka. Dari beberapa definisi dan mempertimbangkan definisi dasar literasi, maka dapat disimpulkan bahwa HL adalah keterampilan seseorang dalam menggunakan kemampuan fungsional kognitif (membaca, menilai, memahami dan mengaplikasikan) dan keterampilan sosial (mencari informasi dan berinteraksi dengan pelayanan kesehatan) sebagai dasar dalam membuat keputusan terkait kondisi kesehatan, merefleksikan pengetahuannya dalam pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh faktor individu, lingkungan, sistem pelayanan kesehatan dan sosial-ekonomi.

Domain yang digunakan dalam mengukur HL pada umumnya terbagi menjadi 2 poin besar, yaitu kemampuan fungsional kognitif dan kemampuan sosial berdasarkan definisi WHO. Kemampuan fungsional kognitif dalam hal ini adalah kemampuan literasi dasar seperti kemampuan membaca dan berhitung. Hal ini dibutuhkan dalam membaca brosur kesehatan, menghitung dosis obat, instruksi-instruksi pemeriksaan medis dan persetujuan tindakan. Domain lain yaitu kemampuan sosial, dimana hal ini berhubungan dengan kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan pelayanan kesehatan dan petugas kesehatan.

Efek HL dapat berdampak pada 2 hal besar, yaitu pada individu itu sendiri dan pada pelayanan kesehatan. Rangkuman studi literatur tentang HL disajikan dalam bagan berikut ini:



Gambar 2.3
Kerangka Teori HL

B. SCOPING REVIEW

1. Definisi *Scoping Review*

Praktik berbasis bukti adalah bidang penelitian yang saat ini berkembang pesat. Agar dapat mensintesis bukti secara lebih efektif dan akurat, berbagai pendekatan dikembangkan sesuai dengan tujuan dan pertanyaan penelitian (Peters et al., 2020). Grant & Booth (2009) mengidentifikasi 14 kajian dimana *scoping review* merupakan salah satunya. *Scoping review* dipandang sebagai pendekatan yang valid ketika *systematic review* tidak dapat memenuhi tujuan atau persyaratan yang diperlukan oleh peneliti (Munn et al., 2018).

Walaupun belum ada definisi yang secara global disepakati untuk mendefinisikan jenis tinjauan ini, namun *scoping review* atau yang dikenal juga dengan sebutan *mapping review* adalah jenis tinjauan yang bertujuan untuk memberikan gambaran atau pendahuluan tentang ukuran potensial dan cakupan literatur yang tersedia (Grant & Booth, 2009). *Scoping review* dapat digunakan untuk menyusun peta konsep dan mengeksplorasi bagaimana sebuah topik diteliti, oleh siapa topik tersebut diteliti, dan untuk tujuan apa topik tersebut digunakan (Peters et al., 2020).

Karakteristik yang paling membedakan *scoping review* dengan *systematic review* adalah sebagai berikut (Peters et al., 2020):

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

- b. Pada *systematic review*, semua studi yang dimasukkan dalam tinjauan harus melalui pengkajian kualitas. Hal ini karena *systematic review* disusun untuk menghasilkan bukti terbaik yang akan digunakan dalam sebuah praktik. Sementara dalam *scoping review* pengkajian kualitas tidak menjadi syarat, walaupun *reviewer* dapat memutuskan untuk melakukannya jika hal tersebut sesuai dengan pertanyaan penelitian.

2. Indikasi Penyusunan *Scoping Review*

Agar dapat menjawab pertanyaan penelitian dengan pendekatan *scoping review*, beberapa indikasi berikut ini dapat menjadi pertimbangan *reviewer* sebelum menyusun sebuah *scoping review* (Munn et al., 2018).

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

3. Kerangka Kerja Penyusunan *Scoping Review*

Kerangka kerja penyusunan *scoping review* awalnya disusun oleh Arksey & O'Malley (2005). Levac & Colleagues (2012) kemudian mengembangkan kerangka kerja ini dengan menambahkan detail pada setiap tahap penyusunan tinjauan. Hingga akhirnya, kedua kerangka kerja

ini dikembangkan oleh The Joanna Briggs Institutes menjadi pedoman dalam penyusunan *scoping review*.

Berdasarkan Peters et al. (2020) dalam panduan The Joanna Briggs Institute (2020), tahapan penyusunan *scoping review* adalah sebagai berikut:

Tahap 1: Menentukan tujuan dan pertanyaan penelitian

Pertanyaan *scoping review* akan memandu dan mengarahkan pengembangan kriteria inklusi yang spesifik. Pertanyaan yang jelas juga akan membantu memfasilitasi pencarian yang efektif serta menyajikan struktur *scoping review* yang jelas. Pertanyaan harus mengandung elemen PCC yaitu *population/participant*, *concept* dan *context*. Sebuah *scoping review* harus memiliki satu pertanyaan primer dan dapat didukung dengan beberapa sub pertanyaan. Sub pertanyaan dapat digunakan untuk memperjelas elemen PCC dalam pertanyaan utama.

Tahap 2: Mengembangkan kriteria inklusi

Kriteria inklusi menyediakan panduan bagi pembaca untuk dapat mengerti dengan jelas apa yang ditawarkan oleh *reviewer*, dan lebih penting, kriteria inklusi memandu *reviewer* dalam memutuskan sumber-sumber yang akan dimasukkan kedalam tinjauan. Kriteria inklusi harus selaras dengan judul dan pertanyaan *scoping review*.

a) Tipe partisipan

Karakteristik penting partisipan harus disebutkan dengan detail, termasuk umur dan kriteria lainnya yang sesuai dengan tujuan dan pertanyaan *scoping review*. Namun, jenis partisipan mungkin tidak digunakan pada *scoping review* yang bertujuan untuk mengidentifikasi metode penelitian yang telah digunakan pada sebuah topik.

b) Konsep

Konsep ini yang akan dibahas dalam *scoping review* harus dijelaskan dengan jelas untuk memandu ruang lingkup dan seberapa luas pencarian. Rincian yang termasuk dalam konsep juga dapat termasuk

intervensi, fenomena, dan/atau hasil intervensi. Jika ingin memasukkan hasil kedalam komponen *scoping review*, maka harus berkaitan dengan tujuan disusunnya *scoping review*.

c) Konteks

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

d) Tipe sumber bukti-bukti

Sebagaimana tujuan *scoping review* adalah untuk melakukan pemetaan terhadap studi-studi yang telah dilakukan, maka sumber informasi dapat berasal dari semua literatur yang ada, misalnya studi utama, *systematic review*, meta-analisis, surat, panduan, situs, blog dan lain-lain. Walaupun demikian, *reviewer* juga dapat menerapkan batasan pada jenis sumber yang ingin dimasukkan. Hal ini dilakukan atas dasar pengetahuan tentang jenis sumber yang sesuai dan berguna pada topic yang dibahas. Misalnya, pada *scoping review* yang bertujuan untuk memetakan instrumen pengukuran, maka studi kualitatif dapat dieksklusi dari tinjauan.

Tahap 3: Menyusun strategi pencarian

Seperti yang direkomendasikan oleh JBI, strategi pencarian dilakukan dengan tiga tahap. Tahap pertama dimulai dengan pencarian terbatas menggunakan minimal 2 *database online* yang relevan dengan topik. Pencarian kemudian dilanjutkan dengan menganalisis kata kunci

yang ditemukan pada judul dan abstrak. Pencarian kedua dilakukan menggunakan semua kata kunci dan istilah indeks pada semua *database* yang disertakan. Pencarian tahap ketiga dilakukan dengan menelusuri daftar referensi dari artikel yang diidentifikasi. Penelusuran referensi dapat dilakukan pada semua sumber yang diidentifikasi atau hanya terbatas pada artikel lengkap yang dimasukkan dalam tinjauan.

Batasan bahasa dan rentang waktu pencarian harus dijelaskan dengan justifikasi yang tepat dan jelas. Walaupun JBI merekomendasikan untuk tidak membatasi bahasa artikel yang akan dimasukkan dalam tinjauan namun justifikasi yang jelas dapat mendukung pembatasan yang dilakukan oleh *reviewer*.

Tahap 4: Melakukan pencarian bukti-bukti

Artikel yang digunakan pada *scoping review* dapat berupa literatur yang terpublikasi maupun yang belum dipublikasikan. Dalam pencarian artikel ditetapkan tahun terbit dan rentang waktunya. Penggunaan jenis bahasa seperti *English* atau *non English*. Jenis artikel ditetapkan sebelumnya, apakah hanya berupa jurnal ataukah termasuk *conference proceeding*, opini ataupun laporan proyek. Strategi pencarian artikel telah ditetapkan sebelum melakukan *scoping review* apakah secara elektronik, *search engines*, *database* dan *websites* atau pencarian secara manual dengan memasukkan kata kunci yang telah ditetapkan.

Proses pencarian yang dilakukan individu harus disajikan secara berurutan dan disajikan dalam format yang jelas dalam lampiran. Dokumentasi proses pencarian adalah komponen penting dari validitas sebuah *scoping review*. Pencarian manual pada jurnal tertentu yang relevan harus dijabarkan dengan rinci. Bahkan bila perlu, menyertakan kontak penulis untuk meminta akses ke sumber bukti yang diketahui tapi tidak tersedia dalam bentuk *full text*.

Tahap 5: Memilih bukti yang akan dimasukkan ke dalam tinjauan

Seleksi dilakukan berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya. Untuk *scoping review*, pemilihan sumber (baik pada judul/abstrak ataupun teks lengkap) dilakukan oleh dua orang atau lebih *reviewer* secara independen. Perbedaan pendapat diselesaikan dengan konsesus atau keputusan *reviewer* ketiga. Proses pencarian digambarkan dengan diagram alur proses peninjauan (berdasarkan standar PRISMA) dan sebaiknya disertai dengan deksriptif naratif. Perangkat lunak yang digunakan untuk mengolah hasil pencarian juga harus dijelaskan (misalnya, Covidence, Endnote, JBI Summari). Lampiran terpisah yang berisi tentang studi yang dikeluarkan serta alasan mengapa studi dikeluarkan harus disertakan.

Tahap 6: Mengekstraksi data

Proses ekstraksi data pada *scoping review* disebut juga “*data charting*”. Hal ini bertujuan untuk memberikan ringkasan dan deskriptif dari hasil yang telah diperoleh sesuai dengan tujuan dan pertanyaan penelitian. Beberapa informasi yang mungkin akan disajikan oleh *reviewer* adalah :

- a) Author(s)
- b) Tahun publikasi
- c) Negara (tempat studi dipublikasi atau dilakukan)
- d) Tujuan
- e) Populasi dan ukuran sampel (jika tersedia)
- f) Metode penelitian
- g) Tipe intervensi, pembandingan, detail yang lainnya misalnya durasi intervensi (jika tersedia)
- h) Hasil dan detailnya, misalnya bagaimana hasil diukur (jika tersedia)
- i) Temuan kunci sesuai dengan pertanyaan *scoping review*

Tahap 7: Melakukan analisis terhadap bukti-bukti yang dimasukkan

Sangat penting diingat bahwa *scoping review* tidak melakukan sintesis hasil dari sumber bukti yang dimasukkan dalam tinjauan, karena hal ini lebih tepat dilakukan dengan pendekatan *systematic review*. *Reviewer* dapat mengekstraksi hasil lalu memetakannya secara deskriptif.

Pada banyak *scoping review*, data yang diperlukan hanya frekuensi konsep, populasi, karakteristik atau bidang data lain yang diperlukan. Namun, *reviewer* juga dapat melakukan analisis yang lebih mendalam seperti analisis konten kualitatif. Penting untuk dicatat bahwa analisis konten kualitatif dalam *scoping review* umumnya bersifat deskriptif dan *reviewer* tidak disarankan untuk melakukan analisis tematik karena hal ini lebih sesuai dengan pendekatan *systematic review* terhadap studi kualitatif.

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

Tahap 8: Menyajikan hasil

Pemilihan bentuk presentasi hasil dapat dilakukan pada saat penyusunan protokol *scoping review*. Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, diagram bagan atau gambar, dan disesuaikan dengan tujuan/pertanyaan *scoping review*.

Tujuan akhir pemetaan data adalah untuk mengidentifikasi, mengkarakterisasi dan meringkas bukti penelitian tentang suatu topik, termasuk mengidentifikasi kesenjangan penelitian. Elemen PCC dalam kriteria inklusi juga dapat memandu *reviewer* tentang bagaimana bentuk penyajian data. Beberapa contoh bentuk penyajian hasil dalam *scoping review* adalah sebagai berikut :

1) Bentuk bagan



Figure 11.2: Example of data presentation (types of family involvements in intensive care units and level of involvement from passive to active). (Olding et al. 2016)

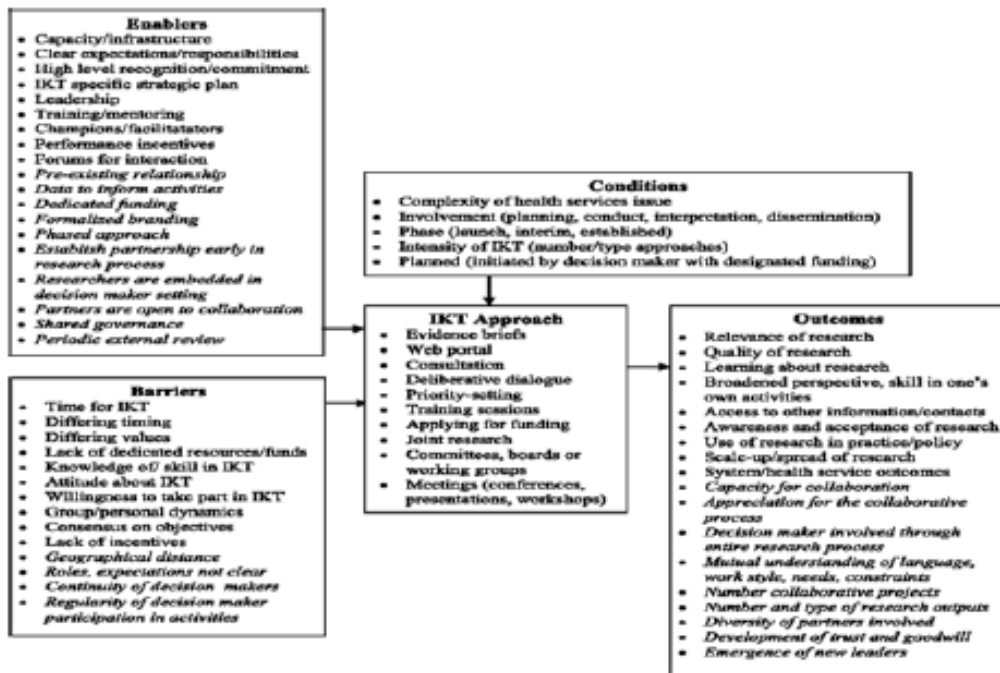


Figure 11.3: Example of data presentation (IKT approaches or strategies, enablers, barriers, and outcomes). (Gagliardi et al. 2015)

Sumber: Reviewer Manual Guide JBI (2020)

Gambar 2.4
Penyajian Data Dalam Bentuk Bagan

Bentuk bagan dapat menyajikan data dengan tujuan untuk lebih memahami kesenjangan pengetahuan, hubungan antara

karakteristik, faktor-faktor yang mempengaruhi dan pengaruh sebuah intervensi.

2) Bentuk tabel

Tabel dapat berisi informasi tentang distribusi sumber bukti berdasarkan tahun publikasi, negara, area intervensi dan metode penelitian. Ringkasan deskriptif harus menyertai tabel atau diagram dan harus menjelaskan bagaimana hasil dihubungkan dengan tujuan atau pertanyaan tinjauan.

Table 11.3: Example tabular presentation of data for a scoping review

Parameter	Results
Numbers of publications	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total number of sources of evidence 2. Total numbers between 2000 until 2016 (5 Sept) 3. Number of publications every year
Types of studies	<ol style="list-style-type: none"> 1. Randomized controlled trials 2. Non-randomized controlled trials 3. Quasi-experimental studies 4. Before-and-after studies 5. Prospective cohort studies 6. Retrospective cohort studies 7. Case-control studies 8. Cross-sectional studies 9. Other quantitative studies
Population/s identified	<ol style="list-style-type: none"> 1. Children 0-4 2. Children 5-7 3. Children 8-10 4. Children 11-13 5. Children 14-16 6. Children 17-18 7. Parent/s and/or caregivers 8. Health Care professionals 9. Not applicable 10. Services 11. Others (not classified in any of the above)
Quality of life domains	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physical 2. Emotional 3. Social 4. School/ learning/ education 5. Behaviour 6. Mental health 7. General health 8. Family 9. Speech 10. Other (not classified in any of the above)
Format/ number of items	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paper-based 2. Web-based 3. Mobile/tablet (e.g. App) 4. Others

Sumber: Reviewer Manual Guide JBI (2020)

Gambar 2.5
Penyajian Data Dalam Bentuk Tabel

3) Diagram gelembung

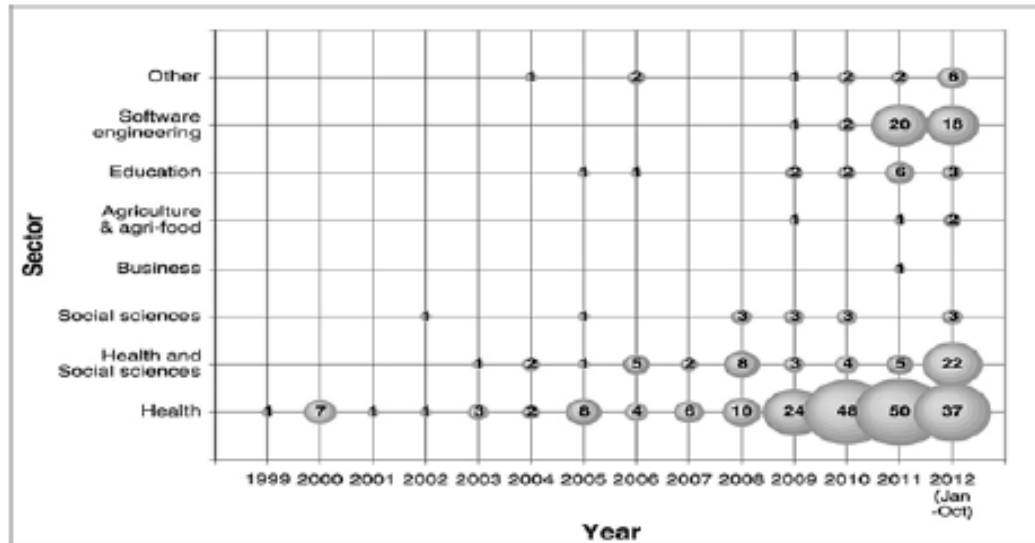


Figure 11:4: Example of data presentation (sources of evidence published by year) (Pham et al 2014)

Sumber: Reviewer Manual Guide JBI (2020)

Gambar 2.6 Penyajian Data Dalam Grafik Gelembung

Metode ini sering digunakan pada sektor teknis namun juga dapat digunakan pada disiplin ilmu lainnya. Ukuran masing-masing gelembung mewakili jumlah studi yang dipublikasi setiap tahunnya.

Tahap 9: Merangkum bukti

Rangkuman bukti-bukti dalam *scoping review* harus mencakup komponen berikut : garis besar tinjauan, kriteria inklusi (elemen PCC), strategi pencarian, ekstraksi data, penyajian dan ringkasan hasil, serta implikasi studi terhadap penelitian dan praktik.

4. Kualitas *Scoping Review*

Seperti yang telah 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, untuk menjamin kualitas sebuah *scoping review* dibutuhkan panduan yang berisi poin-poin untuk mengkritisi studi *scoping*. Pengkajian kualitas tinjauan ini berdasarkan Cooper et al., (2019) yang berisi 6 kriteria kunci dalam menilai kualitas sebuah *scoping review*. Kriteria-kriteria tersebut selanjutnya terdiri dari beberapa item ceklis (daftar terlampir). Poin 1 diberikan jika indikator ditemukan dalam tinjauan, sedangkan poin 0 jika tidak ditemukan. Total nilai yang akan diperoleh adalah 22. Semakin tinggi nilai yang diperoleh, maka semakin berkualitas sebuah *scoping review*.

Selain instrumen tersebut, kualitas sebuah *scoping review* juga dapat dinilai menggunakan PRISMA *checklist for scoping review* (Tricco et al., 2018). Instrumen ini terdiri dari 22 item. Kelebihannya dari instrumen ini adalah karena pada kolom *checklist* pembaca dapat langsung mengidentifikasi pada halaman keberapa masing-masing kriteria dapat ditemukan.