



**PEMBERIAN DUKUNGAN SOSIAL MENINGKATKAN
TINGKAT *RETURN TO WORK* PASIEN CEDERA
MUSKULOSKELETAL: TINJAUAN SISTEMATIS**

SKRIPSI

Oleh

**Siti Zahra Arfiani
NIM 1920101016**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2022**



**PEMBERIAN DUKUNGAN SOSIAL MENINGKATKAN
TINGKAT *RETURN TO WORK* PASIEN CEDERA
MUSKULOSKELETAL: TINJAUAN SISTEMATIS**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Dokter (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

Siti Zahra Arfiani
NIM 1920101016

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2022**

PERSEMBAHAN

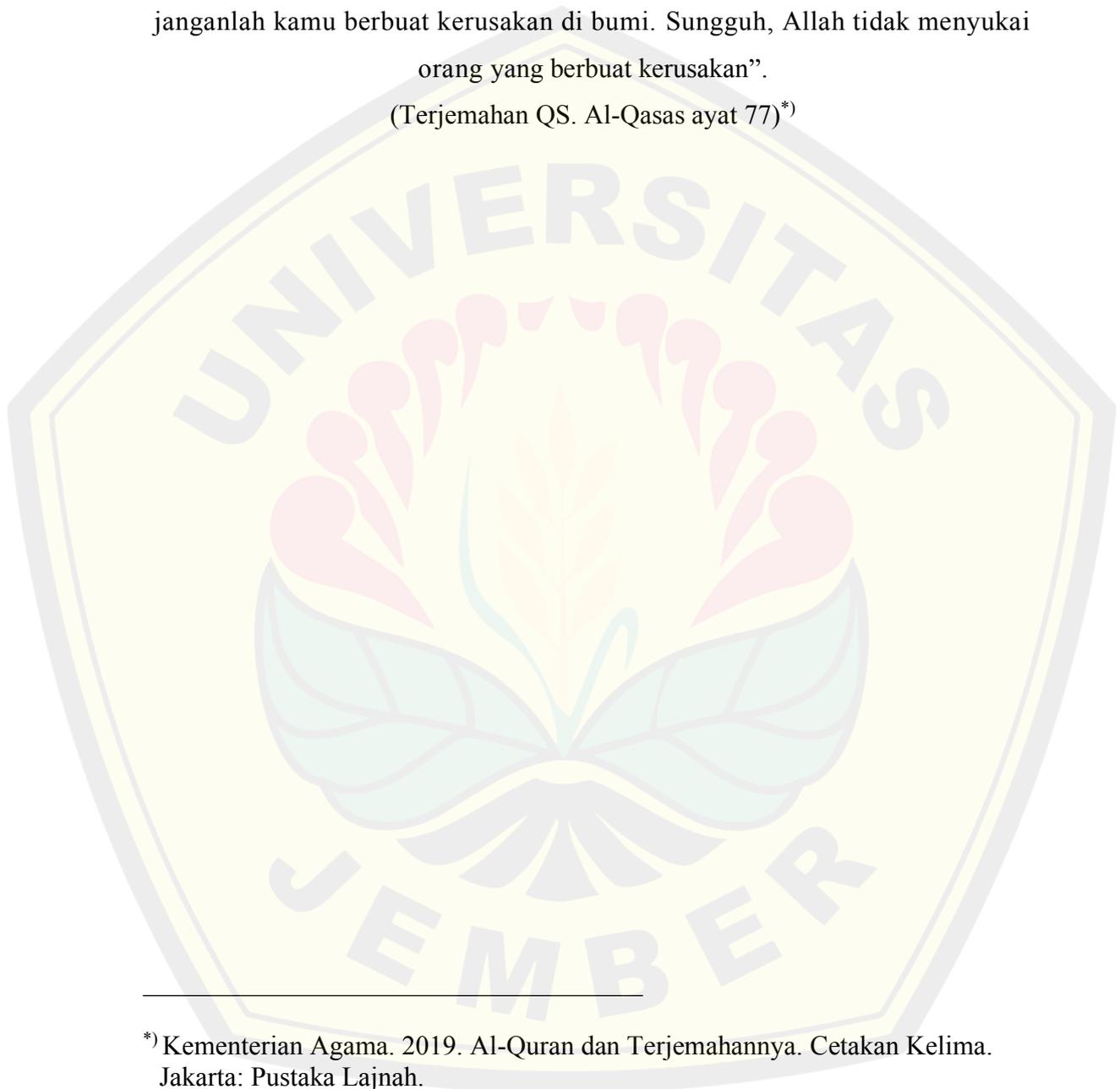
Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tua saya tercinta, Mama Rini Rahmayani (Almh), Abah Rofi Al Ansori, dan Ibu Liya Komarasari, kedua adik kandung saya Naila Zakira dan Zulfa Rosidah, serta keluarga besar yang selalu mendoakan, memberikan kasih sayang, dan dukungan yang tak terhingga;
2. Guru-guru semasa saya sekolah mulai dari taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi yang telah membimbing saya dengan sabar dan penuh dedikasi;
3. Sahabat, teman-teman, dan rekan-rekan organisasi yang sudah berbagi kenangan serta memberikan dukungan mulai dari awal perkuliahan hingga proses pengerjaan tugas akhir; dan
4. Almamater Universitas Jember yang saya banggakan.

MOTTO

“Dan carilah (pahala) negeri akhirat dengan apa yang telah dianugerahkan Allah kepadamu, tetapi janganlah kamu lupakan bagianmu di dunia dan berbuat baiklah (kepada orang lain) sebagaimana Allah telah berbuat baik kepadamu, dan janganlah kamu berbuat kerusakan di bumi. Sungguh, Allah tidak menyukai orang yang berbuat kerusakan”.

(Terjemahan QS. Al-Qasas ayat 77)^{*)}



^{*)} Kementerian Agama. 2019. Al-Quran dan Terjemahannya. Cetakan Kelima. Jakarta: Pustaka Lajnah.

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama: Siti Zahra Arfiani

NIM : 192010101016

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Pemberian Dukungan Sosial Meningkatkan Tingkat *Return to Work* Pasien Cedera Muskuloskeletal: Tinjauan Sistematis” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, karya ini belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Januari 2023

Yang menyatakan,

Siti Zahra Arfiani

NIM 192010101016

SKRIPSI

**PEMBERIAN DUKUNGAN SOSIAL MENINGKATKAN
TINGKAT *RETURN TO WORK* PASIEN CEDERA
MUSKULOSKELETAL: TINJAUAN SISTEMATIS**

Oleh
Siti Zahra Arfiani
NIM 1920101016

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Muhammad Hasan, M.Kes., Sp.OT.
Dosen Pembimbing Anggota : dr. Inke Kusumastuti, M.Biomed., Sp. KJ.

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Pemberian Dukungan Sosial Meningkatkan Tingkat *Return to Work* Pasien Cedera Muskuloskeletal: Tinjauan Sistematis” karya Siti Zahra Arfiani telah disetujui pada:

hari, tanggal :

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Ketua,

Anggota I

Dr. dr. Wiwien Sugih Utami, M.Sc
NIP 197609222005012001

dr. Erfan Efendi, Sp.An.
NIP 196803281999041001

Anggota II,

Anggota III,

dr. Muhammad Hasan, M.Kes., SpOT.
NIP 196904111999031001

dr. Inke Kusumastuti, M.Biomed., Sp.KJ.
NIP 198604172019032008

Mengesahkan,
Plt.Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Prof. Drs. Bambang Kuswandi, M.Sc., Ph.D
NIP 1969020119940310

RINGKASAN

PEMBERIAN DUKUNGAN SOSIAL MENINGKATKAN TINGKAT RETURN TO WORK PASIEN CEDERA MUSKULOSKELETAL: TINJAUAN SISTEMATIS; Siti Zahra Arfiani; 83 halaman; Desember; Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Cedera muskuloskeletal merupakan permasalahan kesehatan di bidang ortopedi yang paling umum diderita dan merupakan penyebab disabilitas utama di dunia. Cedera ini mengakibatkan sekitar 20-50 juta orang mengalami kecacatan dan menyumbang sekitar 12% dari *Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss* di seluruh dunia. Cedera muskuloskeletal juga dapat berkembang menjadi sebuah masalah kesehatan kronis yang mempengaruhi fungsi sosial, kesehatan mental, kualitas hidup, dan produktivitas penderitanya. Salah satu faktor psikososial yang dapat mengurangi dampak negatif dari kondisi kronis cedera muskuloskeletal adalah pemberian dukungan sosial. *Return to Work (RTW) Rate* merupakan salah satu instrumen penilaian yang dapat digunakan untuk menilai keberhasilan pemulihan pasien cedera muskuloskeletal. Hingga saat ini analisis mengenai pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW masih menunjukkan hasil yang beragam dan inkonklusif. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan apakah dukungan sosial dapat meningkatkan tingkat RTW pasien yang menderita cedera muskuloskeletal.

Penelitian ini merupakan tinjauan sistematis yang berdasar pada *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA)*. Pencarian literatur pada penelitian ini berasal dari basis data PubMed, Springer, dan Science Direct. Penulisan kata kunci menggunakan metode *boolean operator*. Artikel yang terkumpul akan diseleksi menggunakan aplikasi Rayyan.ai dan penilaian kualitas studi dan risiko bias pada studi ini menggunakan *The JBI Critical Appraisal Tools* dan *Downs and Black Checklist for Quality Assessment*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan pemberian dukungan sosial dari rekan *kerja dan supervisor* berkorelasi positif dengan peningkatan RTW sedangkan dukungan sosial dari keluarga dan teman berkorelasi negatif dengan peningkatan RTW. Dukungan sosial yang dari *supervisor* dan rekan kerja berkorelasi positif dengan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal karena dapat meningkatkan motivasi dan komitmen organisasi dari pekerja tersebut, sedangkan dukungan sosial yang berasal dari keluarga dan teman berkorelasi negatif dengan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal karena dapat membuat pekerja tersebut nyaman dan menormalisasi kondisi sakit mereka dalam jangka waktu yang panjang. Saran dari hasil penelitian ini antara lain bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan populasi penduduk Indonesia, melakukan telaah lebih lanjut mengenai peran dukungan sosial pada kondisi medis lainnya, dan bagi para penyedia layanan kesehatan untuk menjalin komunikasi yang baik dengan penyedia lapangan kerja guna menghasilkan kerangka kerja yang baik untuk mendukung proses RTW yang aman dan berkesinambungan bagi pasien yang cedera.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pemberian Dukungan Sosial Meningkatkan Tingkat *Return to Work* Pasien Cedera Muskuloskeletal: Tinjauan Sistematis”. Penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak yang terlibat. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati dan rasa hormat, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada pihak-pihak berikut:

1. Prof. Drs. Bambang Kuswandi, M.Sc., Ph.D selaku Plt. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. dr. Muhammad Hasan, M.Kes., Sp.OT selaku Dosen Pembimbing Utama dan dr. Inke Kusumastuti, M.Biomed., Sp.KJ selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran dalam proses penyusunan skripsi ini dari awal sampai akhir;
3. Dr. dr. Wiwien Sugih Utami, M.Sc selaku Dosen Penguji Utama dan selaku dr. Erfan Efendi, Sp.An selaku Dosen Penguji Anggota yang telah memberikan kritik dan saran dalam proses penyusunan skripsi ini;
4. dr. Arsyilma Hakim selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing dan menasehati penulis selama masa perkuliahan;
5. Seluruh dokter, staf pengajar, dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang telah membimbing dan memberikan bantuan selama masa perkuliahan;
6. Orang tua saya tercinta, Mama Rini Rahmayani (Almh), Abah Rofi Al Ansori, Ibu Liya Komarasari yang senantiasa memberikan doa, dukungan moral, finansial, pengorbanan, serta kasih sayang yang tak terhingga;
7. Kedua adik kandung saya Naila Zakira dan Zulfa Rosidah, serta seluruh keluarga besar saya yang selalu memberikan doa, dukungan, dan kasih sayang yang tiada henti;

8. Sahabat sejawat dan teman belajar bersama saya yang selalu ada sejak tahun pertama perkuliahan, Maulida Putri Syarifani, Oda Rivana, Salsabila Rahmani, Afifah Nilam Cahyani, dan Rizka Amalia Zamroni;
9. Sahabat terdekat grup DT, Rachel Firda Azzuri dan Gesa Pangesti Dewi yang selalu ada menemani saya dalam keadaan suka maupun duka, serta selalu mau meluangkan waktunya untuk saya. Terima kasih banyak atas ketulusan kalian;
10. Sahabat-sahabat saya sejak masa sekolah sampai perkuliahan, Rizkha Rachti R, Ghiya Agnia Nabilla, Ghiffa Rizky S, Fadhiilah Ali M.P., Hamdan Maulana, Andhika Dwipayana, Dilar Bambang Sudito, seluruh anggota grup TERBAKS, dan seluruh anggota grup Kos 9A. Terima kasih karena selalu ada dan mau mendengarkan cerita dan keluh kesah saya;
11. Keluarga besar AMSA-Jember yang telah menjadi keluarga dan tempat berkembang dalam bidang sosial maupun akademik selama saya menjadi mahasiswa kedokteran;
12. Sahabat sejawat saya, Angkatan 2019 “Costae” yang telah berjuang bersama dari awal sampai mencapai tahap ini;
13. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
14. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca dan banyak orang.

Jember, Januari 2023.

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Sistem Muskuloskeletal.....	5
2.1.1 Skeleton	5
2.1.2 Otot.....	6
2.1.3 Sendi	7
2.1.4 Tendon dan Ligamen	8
2.2 Cedera Muskuloskeletal	9
2.2.1 Definisi Cedera	9
2.2.2 Klasifikasi Cedera Muskuloskeletal	9
2.3 <i>Outcome</i> Terkait Pekerjaan	14
2.4 Dukungan Sosial.....	15

2.4.1 Definisi Dukungan Sosial	15
2.4.2 Komponen Dukungan Sosial.....	16
2.4.3 Bentuk Dukungan Sosial	17
2.5 Kerangka Teori.....	18
2.6 Kerangka Konsep.....	19
BAB 3. METODE PENELITIAN	20
3.1 Tahapan Tinjauan Sistematis.....	20
3.1.1 Penentuan Topik Penelitian	21
3.1.2 Sumber Data dan Teknik Pencarian Literatur.....	22
3.1.3 Proses Seleksi Studi dan Pengumpulan Data.....	22
3.1.4 Penilaian Kualitas Studi dan Risiko Bias	24
3.1.5 Penyajian dan Presentasi Hasil	25
3.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling.....	26
3.3 Variabel Penelitian	26
3.4 Definisi Operasional	27
3.5 Analisis Data dan Metode Sintesis Hasil	28
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	29
4.1 Seleksi Studi.....	29
4.2 Kualitas Studi dan Risiko Bias	32
4.3 Karakteristik Studi.....	33
4.3.1 Karakteristik Umum Studi Terinklusi.....	33
4.3.2 Karakteristik Subjek dalam Studi Terinklusi.....	36
4.4 Hasil Studi	37
4.5 Pembahasan Penelitian	40
4.5.1 Pemberian Dukungan Sosial dari Rekan Kerja.....	40
4.5.2 Pemberian Dukungan Sosial dari <i>Supervisor</i>	44
4.5.3 Pemberian Dukungan Sosial dari Keluarga dan Teman	46
4.6 Keterbatasan Penelitian	48
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	49
5.1 Kesimpulan	49
5.2 Saran	49

DAFTAR PUSTAKA	50
LAMPIRAN	56

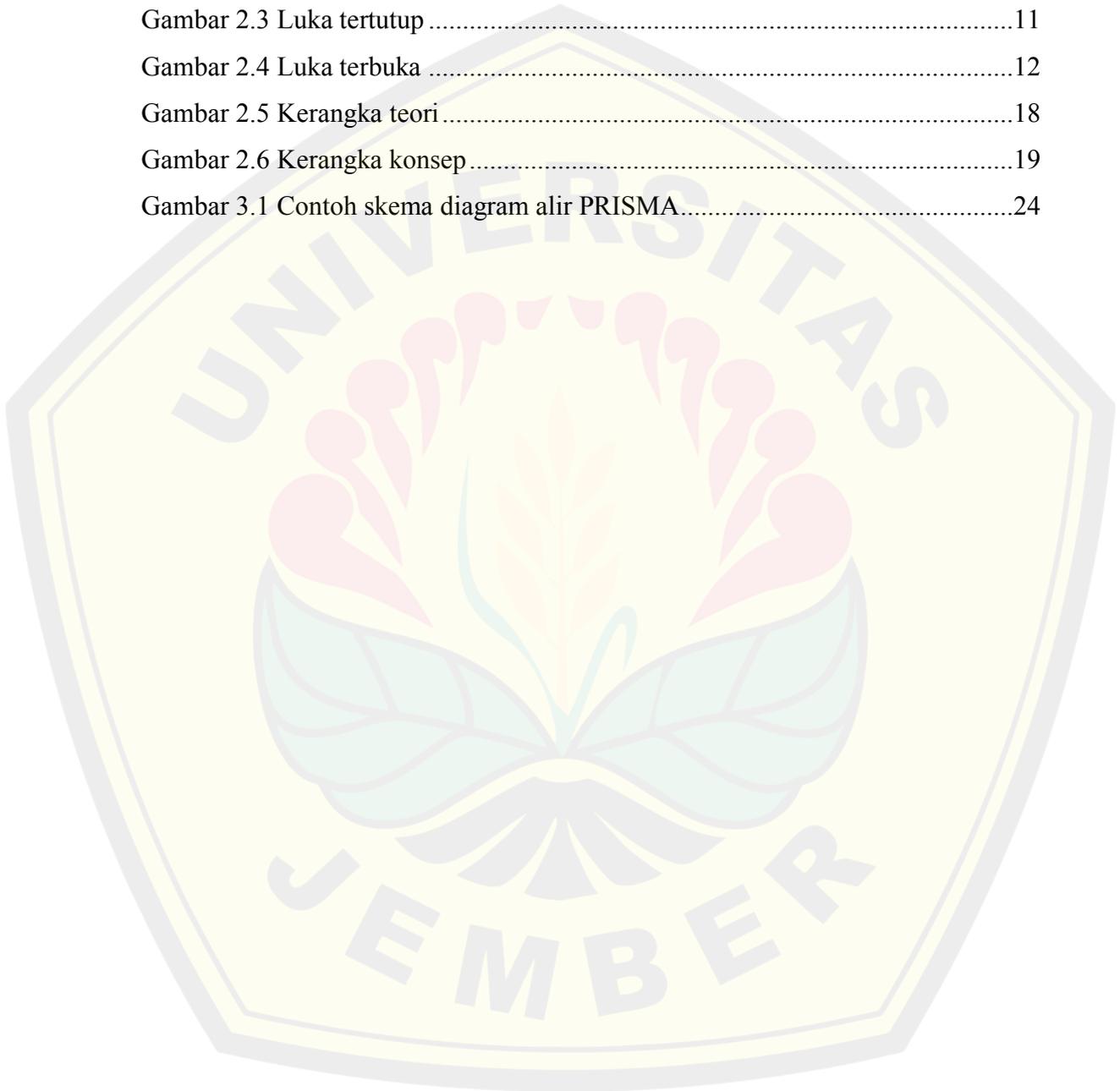


DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi fraktur Gustilo-Anderson.....	13
Tabel 3.1 Kerangka PICOS.....	21
Tabel 3.2 Kata kunci pencarian literatur.....	22
Tabel 3.3 Definisi operasional.....	27
Tabel 4.1 Hasil pencarian berdasarkan basis data.....	29
Tabel 4.2 Hasil kualitas literatur berdasarkan indeks jurnal.....	32
Tabel 4.3 Hasil penilaian kualitas studi menggunakan <i>checklist</i> JBI.....	32
Tabel 4.4 Hasil penilaian menggunakan <i>Downs and Blacks checklist</i>	33
Tabel 4.5 Karakteristik umum studi.....	34
Tabel 4.6 Penjelasan bentuk RTW dalam studi terinklusi.....	34
Tabel 4.7 Instrumen penilaian dukungan sosial.....	35
Tabel 4.8 Karakteristik subjek dalam studi yang terinklusi.....	36
Tabel 4.9 Korelasi pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW.....	37

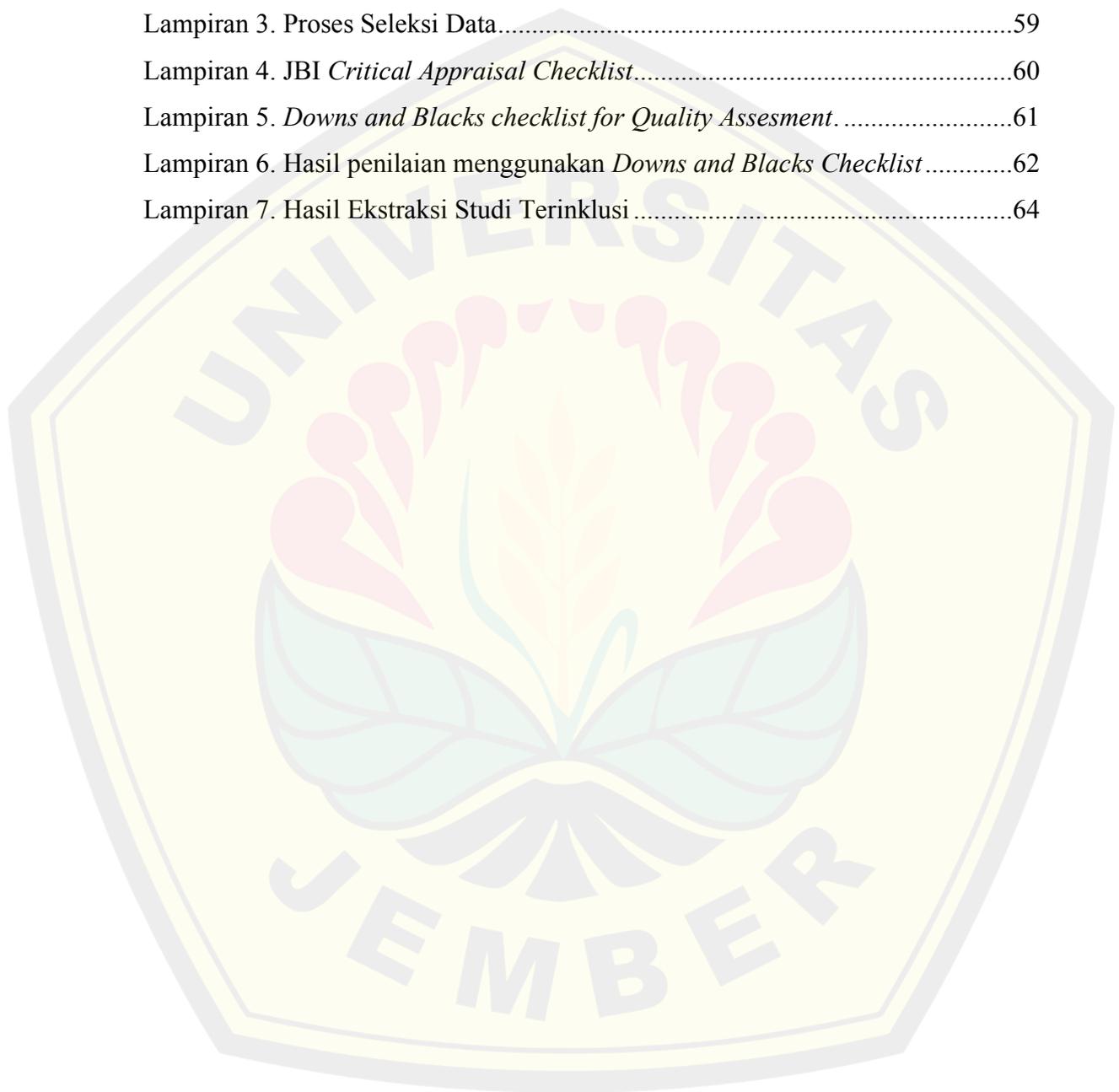
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Skema mikroskopis jenis-jenis otot	7
Gambar 2.2 Skema sendi sinovial	8
Gambar 2.3 Luka tertutup	11
Gambar 2.4 Luka terbuka	12
Gambar 2.5 Kerangka teori	18
Gambar 2.6 Kerangka konsep	19
Gambar 3.1 Contoh skema diagram alir PRISMA	24



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. PRISMA <i>Checklist</i>	56
Lampiran 2. Proses Pencarian Literatur	57
Lampiran 3. Proses Seleksi Data.....	59
Lampiran 4. JBI <i>Critical Appraisal Checklist</i>	60
Lampiran 5. <i>Downs and Blacks checklist for Quality Assesment</i>	61
Lampiran 6. Hasil penilaian menggunakan <i>Downs and Blacks Checklist</i>	62
Lampiran 7. Hasil Ekstraksi Studi Terinklusi	64



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cedera muskuloskeletal merupakan permasalahan kesehatan di bidang ortopedi yang paling umum diderita dan merupakan penyebab disabilitas utama di dunia (Torgbenu dkk., 2017). Cedera ini melibatkan seluruh sistem muskuloskeletal yang terdiri dari tulang, persendian, otot, tendon, ligamen, dan jaringan lunak yang dapat terjadi sewaktu-waktu sebagai akibat dari trauma, kecelakaan, infeksi, hingga faktor degeneratif atau penuaan (Bezabih dkk., 2022). Tingkat keparahan cedera muskuloskeletal dapat bervariasi mulai dari ringan hingga sangat berat, bahkan kematian (Quemelo dkk., 2015). Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO), cedera muskuloskeletal traumatis berkontribusi terhadap kematian sekitar 5,1 juta orang setiap tahunnya (Negussie dkk., 2018). Cedera ini juga mengakibatkan sekitar 20-50 juta orang lainnya mengalami kecacatan dan menyumbang sekitar 12% dari *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) di seluruh dunia (Torgbenu dkk., 2017).

Di negara berkembang seperti Indonesia, cedera muskuloskeletal paling banyak menyerang populasi di usia produktif (Rastogi dkk., 2014). Hal ini berkaitan dengan fakta bahwa kelompok di usia ini memiliki mobilitas yang tinggi dan lebih sering terpapar oleh berbagai faktor risiko penyebab cedera muskuloskeletal di tempat kerjanya (Krishnan dkk., 2021). Oleh karena itu, permasalahan yang ditimbulkan oleh cedera muskuloskeletal diperkirakan akan terus meningkat seiring dengan bertambahnya jumlah populasi di usia produktif (Sun dkk., 2019).

Selain dapat menimbulkan tingginya angka mortalitas dan morbiditas, cedera muskuloskeletal juga dapat berkembang menjadi sebuah masalah kesehatan kronis (Torgbenu dkk., 2017). Kondisi kronis ini dapat menimbulkan nyeri kronis yang parah, gangguan fungsional, hingga kecacatan fisik yang bertahan lama (Makino dkk., 2019). Jika kondisi tersebut terjadi pada pasien di usia produktif, hal tersebut akan mempengaruhi fungsi sosial dan kesehatan mental mereka, lalu selanjutnya akan menurunkan kualitas hidup dan produktivitas mereka (Dueñas dkk., 2016).

Untuk mencegah agar cedera tersebut tidak berkembang menjadi suatu kondisi kronis, beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa faktor psikososial memiliki peran yang signifikan dalam proses transisi dari kondisi akut menuju kronis suatu cedera (Hruschak dan Cochran, 2018). Salah satu faktor psikososial yang telah terbukti memiliki keterkaitan dengan proses pemulihan pasien cedera muskuloskeletal adalah pemberian dukungan sosial (Harandi dkk., 2017). Dukungan sosial merupakan bentuk dukungan yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki hubungan emosional yang erat seperti keluarga, teman, dan rekan kerja kepada seseorang yang sedang membutuhkan dukungan tersebut (Steigen dkk., 2022). Pemberian dukungan sosial kepada pasien yang menderita cedera dipercaya dapat mengurangi konsekuensi negatif yang ditimbulkan dari stres akibat cedera dan menurunkan risiko kronisitas cedera tersebut (Hardy dkk., 2016).

Beberapa penelitian telah mengidentifikasi bahwa dukungan sosial dari teman, keluarga dan rekan kerja berkorelasi positif dengan kualitas kesehatan dan kesejahteraan pasien yang mengalami cedera (Kamp dkk., 2022). Pada pasien dengan cedera muskuloskeletal, dukungan sosial dari teman atau keluarga dinilai dapat membantu mengurangi tingkat ketergantungan pada obat-obatan, mengurangi intensitas nyeri, dan meningkatkan dorongan untuk kembali bekerja (Richmond dkk., 2018). Di sisi lain, dukungan sosial dari atasan atau rekan kerja juga dapat meningkatkan motivasi seseorang untuk kembali bekerja dan mengambil durasi cuti sakit yang lebih pendek setelah mengalami cedera (Nunes dkk., 2018).

Salah satu instrumen penilaian yang digunakan untuk menilai keberhasilan pemulihan pasien yang menderita cedera muskuloskeletal adalah *Return to Work (RTW) Rate* (Murgatroyd dkk., 2016). RTW didefinisikan sebagai sebuah proses atau waktu yang dibutuhkan oleh para pekerja yang mengalami cedera, sakit, atau cacat untuk kembali melakukan pekerjaan mereka setelah mereka berhenti bekerja akibat mengalami cedera (Schultz dan Gatchel, 2016).

Analisis terkait hubungan antara pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW hingga saat ini masih menunjukkan hasil yang sangat beragam. Sebagian besar penelitian telah mengidentifikasi bahwa pemberian dukungan sosial dari dalam dan luar tempat kerja berkorelasi positif dengan tingkat RTW (Boštjančič dan Galič, 2020). Pemberian dukungan sosial juga dinilai dapat meningkatkan kapasitas fungsional seseorang yang mengalami cedera sehingga mempercepat proses RTW mereka (Mielenz dkk., 2008). Namun, terdapat juga beberapa literatur yang menjelaskan bahwa pemberian dukungan sosial justru dapat mempromosikan kesehatan mental yang buruk, meningkatkan tingkat ketergantungan, menurunkan motivasi seseorang untuk kembali bekerja, sehingga pada akhirnya menurunkan tingkat RTW seseorang (Croezen dkk., 2012). Kondisi seperti ini dapat dijelaskan dalam model *operant conditioning*, dimana perilaku tertentu, seperti keterbatasan seseorang yang mengalami cedera diperkuat dan dipertahankan oleh dukungan sosial yang positif dari orang disekitarnya (Kwan dan Friel, 2002). Oleh karena itu, pendekatan mengenai pemberian dukungan sosial yang tepat untuk meningkatkan tingkat RTW masih perlu dianalisis secara komprehensif.

Berdasarkan uraian di atas dan belum adanya tinjauan sistematis yang secara spesifik membahas tentang dampak dari pemberian dukungan sosial terhadap peningkatan tingkat RTW pada pasien dengan cedera muskuloskeletal, peneliti tertarik untuk menyusun penelitian dengan judul “Pemberian Dukungan Sosial Meningkatkan Tingkat *Return to Work* Pasien Cedera Muskuloskeletal: Tinjauan Sistematis”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah dikemukakan di atas, maka dapat dirumuskan rumusan masalah yaitu apakah pemberian dukungan sosial meningkatkan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk membuktikan peran dukungan sosial terhadap peningkatan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut.

a. Manfaat Bagi Masyarakat

Untuk memberikan informasi bagi masyarakat, khususnya bagi keluarga, teman, dan rekan kerja pasien yang mengalami cedera muskuloskeletal supaya bisa mengoptimalkan pemberian dukungan sosial untuk mendukung proses pemulihan dan kembali bekerja dari pasien dengan cedera muskuloskeletal.

b. Manfaat Ilmiah

Hasil dari tinjauan sistematis ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi, referensi tambahan, studi pustaka, dan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi penelitian selanjutnya untuk lebih mengembangkan topik terkait intervensi sosial yang bermanfaat dalam proses pemulihan pasien cedera muskuloskeletal.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sistem Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal atau yang dikenal juga sebagai sistem lokomotor adalah sebuah sistem dalam tubuh manusia yang memberikan kemampuan bagi manusia untuk bergerak. Sistem ini terdiri dari tulang, otot, tendon, ligamen, dan jaringan-jaringan khusus yang menghubungkan struktur-struktur tersebut. Selain memberikan kemampuan bagi manusia untuk bergerak, sistem muskuloskeletal juga berperan dalam membentuk postur tubuh dan melindungi organ-organ vital (Moore dkk., 2015).

2.1.1 Skeleton

Skeleton atau rangka tubuh merupakan serangkaian tulang yang saling berhubungan dan berperan sebagai alat gerak pasif dalam tubuh manusia. Tulang yang menyusun rangka tubuh manusia diperkirakan berjumlah sekitar 270 buah ruas tulang saat lahir. Jumlah ini mengalami penurunan karena rata-rata orang dewasa hanya memiliki 206 ruas tulang. Hal ini terjadi karena seiring berjalannya waktu beberapa tulang bergabung dengan tulang lainnya yang lebih besar untuk mendukung bentuk dan postur tubuh. Secara umum ada lima jenis tulang yang dikelompokkan berdasarkan bentuknya, yaitu tulang panjang, tulang pendek, tulang pipih, tulang tak beraturan, dan tulang sesamoid. Tulang-tulang yang membentuk sistem rangka ini kemudian akan digolongkan menjadi rangka apendikular yang terdiri dari 126 tulang pembentuk anggota gerak dan rangka aksial yang terdiri dari 80 tulang pembentuk sumbu tubuh (Moore dkk., 2015).

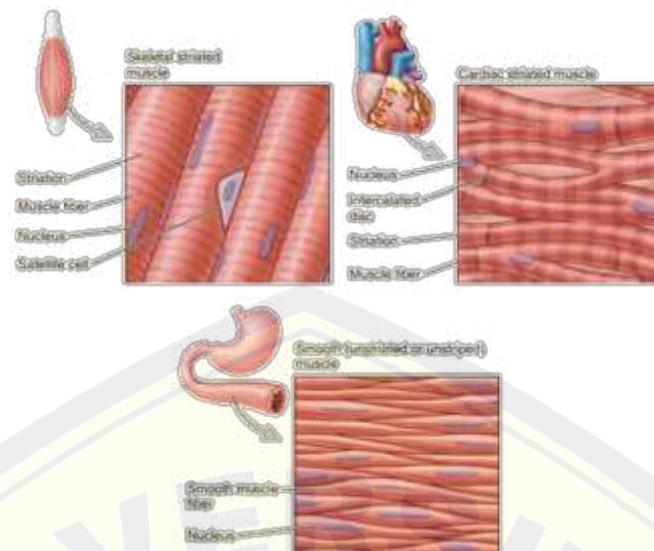
Rangka tubuh memiliki banyak fungsi penting mulai dari memberikan bentuk tubuh, melindungi organ vital seperti otak yang dilindungi oleh tulang tengkorak, jantung dan paru-paru yang dilindungi oleh tulang rusuk, serta sebagai tempat melekatnya otot. Selain itu, tulang juga berperan besar dalam proses produksi sel darah dan penyimpanan mineral (Moore dkk., 2015).

Di dalam tulang panjang terdapat dua jenis sumsum tulang, yaitu sumsum merah dan kuning. Sumsum merah merupakan tempat penting untuk pembentukan sel darah. Di sini, eritrosit, trombosit dan sebagian besar leukosit dibentuk. Sumsum kuning merupakan jaringan yang berisi sel mesenkim dan berfungsi untuk produksi jaringan ikat tubuh mulai dari lemak, kartilago, otot, dan sel tulang. Selain itu, sumsum kuning juga berfungsi sebagai tempat penyimpanan lemak dan nutrisi yang dibutuhkan oleh sumsum merah dalam menjalankan fungsinya (Hart dkk., 2020).

2.1.2 Otot

Otot merupakan bagian dari sistem muskuloskeletal yang berperan sebagai alat gerak aktif dan memiliki kemampuan untuk menggerakkan tulang. Selain berperan sebagai alat gerak aktif, otot juga berperan untuk menopang rangka dan mempertahankan tubuh saat berada dalam posisi duduk atau berdiri terhadap gaya gravitasi. Kontraksi otot juga akan menghasilkan panas untuk mempertahankan suhu normal tubuh. Jaringan otot yang ada di dalam tubuh manusia mencapai 40-50% berat tubuh. Jaringan otot tersebut tersusun dari sel-sel kontraktil yang disebut dengan serabut otot. Melalui proses kontraksi, sel-sel otot akan menghasilkan pergerakan (Moore dkk., 2015).

Secara umum, jaringan otot bisa diklasifikasikan secara struktural berdasarkan ada tidaknya striasi silang (lurik), dan secara fungsional berdasarkan kendali konstruksinya, *volunter* (sadar) dan *involunter* (tidak sadar). Ada tiga jenis otot yaitu otot polos, otot rangka, dan otot jantung. Skema mikroskopis dari ketiga jenis otot ini dapat dilihat pada Gambar 2.1.



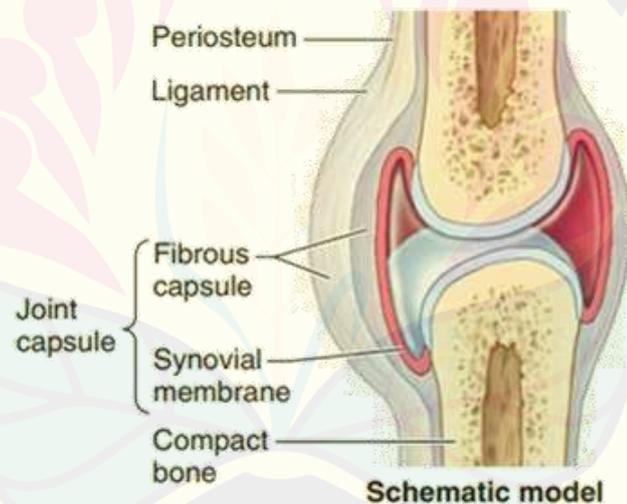
Gambar 2.1 Skema mikroskopis jenis-jenis otot (Sumber: Moore dkk., 2015)

Otot polos merupakan otot tidak lurik dan involunter yang bisa ditemukan pada dinding organ berongga seperti kandung kemih, uterus, dan dinding tuba. Otot ini juga bisa ditemukan pada sistem respirasi, gastrointestinal, reproduksi, dan sistem sirkulasi darah. Otot lurik memiliki mekanisme kerja yang bertolak belakang dengan otot polos dimana otot ini bersifat volunter dan melekat pada rangka. Jenis otot yang terakhir adalah otot jantung, merupakan otot yang hanya ditemukan pada jantung. Otot jantung digunakan untuk memompa darah dan bekerja seperti otot polos yang bisa berkontraksi secara involunter (Moore dkk., 2015).

2.1.3 Sendi

Persendian atau yang disebut juga dengan artikulasi adalah perhubungan dari dua tulang atau lebih yang membuat tulang-tulang tersebut dapat berfungsi sebagai suatu sistem rangka yang memungkinkannya untuk bergerak. Ada tiga jenis sendi yang diklasifikasikan berdasarkan jangkauan gerakannya, sendi gerak (diartrosis), sendi kaku (sinartrosis), dan sendi mati (amfiartrosis). Di antara ketiga sendi tersebut, sendi diartrosis merupakan satu-satunya jenis sendi yang bisa digerakkan secara leluasa.

Sendi sinartrosis merupakan jenis sendi yang tidak bisa memberikan mobilitas sedangkan sendi amfiartrosis merupakan jenis sendi yang memungkinkan terjadinya gerakan yang sangat terbatas atau minim (Moore dkk., 2015). Selain diklasifikasikan berdasarkan jangkauan gerakannya, sendi juga dapat diklasifikasikan secara struktural, di mana klasifikasi ini membagi sendi menjadi sendi fibrosa, sendi kartilaginosa, dan sendi sinovial yang bergantung pada bahan penyusun dan ada atau tidaknya rongga pada sendi. Sendi fibrosa disusun oleh jaringan ikat fibrosa, sendi kartilaginosa disusun oleh tulang rawan dan sendi sinovial merupakan satu-satunya sendi yang memiliki ruang antar tulang. Ruang ini diisi dengan cairan sinovial sehingga disebut sebagai rongga sinovial. Cairan sinovial ini dihasilkan oleh membran sinovial dan berfungsi untuk menurunkan gesekan antara permukaan artikular sehingga memungkinkan adanya gerakan yang maksimum (Moore dkk., 2015). Skema dari sendi sinovial dapat dilihat pada Gambar 2.2.



Gambar 2.2 Skema sendi sinovial (Sumber: Moore dkk., 2015)

2.1.4 Tendon dan Ligamen

Tendon adalah suatu jaringan ikat fibrosa yang kuat dan fleksibel yang menghubungkan otot dengan tulang, sedangkan ligamen adalah jaringan ikat fibrosa yang menghubungkan tulang dengan tulang. Secara umum, fungsi yang paling utama dari tendon dan ligamen adalah untuk menyeimbangkan struktur tubuh dan membantu pergerakan tubuh.

Tendon berfungsi untuk mengirimkan daya di antara tulang dan otot di mana pada saat otot berkontraksi, tendon akan mengirimkan daya ke tulang yang relatif kaku, sehingga hal tersebut akan mengakibatkan tulang tertarik dan menghasilkan sebuah gerakan. Di sisi lain, ligamen berfungsi untuk mengontrol jangkauan gerak sendi dan mencegah gerakan tertentu yang dapat menyebabkan cedera atau robekan (Gray dan Vandyke, 2016).

2.2 Cedera Muskuloskeletal

2.2.1 Definisi Cedera

Cedera merupakan kerusakan pada struktur atau fungsi tubuh yang disebabkan oleh suatu paksaan, tekanan fisik, maupun kimiawi. Kerusakan struktur atau fungsi tubuh yang disebabkan oleh cedera umumnya tidak dapat diduga dan dikompensasi sehingga bisa mengakibatkan aktivitas sehari-hari penderitanya terganggu. Cedera pada awalnya dapat menimbulkan adanya nyeri (*dolor*), panas (*calor*), kemerahan (*rubor*), bengkak (*tumor*) dan seiring berjalannya waktu akan menimbulkan hilangnya fungsi (*functio laesa*) pada bagian tubuh yang terlibat (Gallo dkk., 2017). Cedera muskuloskeletal adalah cedera yang melibatkan sistem muskuloskeletal, yaitu tulang, persendian, otot, tendon, ligamen, dan jaringan lunak (saraf dan pembuluh darah) yang dapat terjadi sewaktu-waktu sebagai akibat dari trauma, kecelakaan, infeksi, hingga faktor degeneratif atau penuaan (Bezabih dkk., 2022).

2.2.2 Klasifikasi Cedera Muskuloskeletal

Berdasarkan jaringan yang terkena, cedera muskuloskeletal dapat diklasifikasikan menjadi cedera jaringan lunak dan cedera jaringan keras (Subhy Alsheikhly, 2019).

a. Cedera Jaringan Lunak (*Soft Tissue Injury*)

Cedera jaringan lunak merupakan cedera yang dapat mengenai seluruh komponen jaringan lunak yang ada dalam tubuh manusia. Jaringan lunak manusia terdiri dari kulit, otot, pembuluh darah, ligamen, tendon, dan saraf (Sloan, 2008). Contoh cedera pada kulit yang paling sering terjadi adalah ekskoriasi (lecet), laserasi (robek), dan *punctum* (tusukan). Cedera yang mengenai otot, tendon, dan ligamen, contohnya adalah *sprain* dan *strain*. Cedera yang mengenai saraf dapat dibagi menjadi cedera pada sistem saraf pusat (otak dan tulang belakang) dan sistem saraf tepi, contohnya adalah *spinal cord injury* dan *brachial plexus injury*. Cedera jaringan lunak yang terakhir adalah cedera yang mengenai pembuluh darah, contohnya robekan parsial/total dan vasospasme (Subhy Alsheikhly, 2019).

Selain dapat dikelompokkan berdasarkan jaringan yang terkena, cedera ini juga secara lebih lanjut dikelompokkan kembali menjadi luka *tertutup* (*closed wounds*) dan luka terbuka (*open wounds*) (Subhy Alsheikhly, 2019).

1) Luka Tertutup (*Closed Wounds*)

Luka tertutup adalah cedera yang mengakibatkan kerusakan pada beberapa struktur jaringan lunak, tetapi kulit dan jaringan di bawahnya tetap intak dan tidak terpapar langsung dengan lingkungan luar seperti pada Gambar 2.3, yang termasuk ke dalam cedera jenis ini adalah (Subhy Alsheikhly, 2019):

- a) *Contusion* (Memar): Cedera traumatis pada jaringan di bawah kulit akibat pecahnya pembuluh darah kapiler atau vena tanpa disertai adanya diskontinuitas kulit.
- b) Ekimosis: Perubahan warna di bawah kulit yang disebabkan ketika darah merembes ke dalam jaringan lunak di sekitarnya, sehingga mengakibatkan warna kulit berubah menjadi ungu atau hitam kebiruan.
- c) Edema: Pembengkakan jaringan lunak akibat adanya peningkatan volume cairan interstitial.
- d) *Strain*: Cedera yang mengakibatkan robekan pada otot dan tendon akibat adanya penggunaan dan regangan yang berlebihan.
- e) *Sprain*: Cedera yang mengakibatkan robekan pada ligamen akibat adanya penggunaan dan regangan yang berlebihan



Gambar 2.3 Luka tertutup (Sumber: Subhy Alsheikhly, 2019)

2) Luka Terbuka (*Open Wounds*)

Cedera yang mengakibatkan kerusakan langsung pada jaringan kulit, sehingga mengakibatkan struktur dan jaringan yang berada dibawahnya terpapar langsung dengan lingkungan luar seperti pada Gambar 2.4, yang termasuk dalam cedera jenis ini adalah (Subhy Alsheikhly, 2019):

- a) Abrasi: Luka yang mengenai lapisan kulit paling atas (epidermis). Biasanya disebabkan akibat adanya gesekan antara kulit dengan permukaan yang kasar.
- b) Laserasi: Luka yang disebabkan oleh benturan keras dengan benda tumpul sehingga biasanya menghasilkan tepi luka yang tidak teratur.
- c) *Puncture* (Luka tusuk): Luka yang disebabkan oleh benda runcing yang menusuk kulit. Luka tusuk memiliki karakteristik khas, yaitu kedalaman luka lebih panjang dibandingkan dengan ukuran lebar luka.
- d) Avulsi: robeknya sebagian atau seluruh kulit dan jaringan di bawahnya akibat kecelakaan berat, tembakan, ledakan, atau perkelahian.
- e) Amputasi: Hilangnya atau putusnya sebagian atau seluruh bagian tubuh akibat penyebab traumatis atau iatrogenik.



Gambar 2.4 Luka terbuka (Sumber: Subhy Alsheikhly, 2019)

b. Cedera Jaringan Keras

Jenis cedera ini terjadi pada tulang dan sendi, yang termasuk pada cedera jenis ini adalah (Subhy Alsheikhly, 2019):

1) Fraktur

Fraktur merupakan terputusnya kontinuitas tulang yang dapat mengakibatkan adanya gangguan pada sebagian atau seluruh bagian tulang. Fragmen tulang yang dihasilkan oleh fraktur dapat berada di tempatnya, atau keluar dari tempatnya. Fraktur dapat diklasifikasikan berdasarkan tipe dan luasnya. Secara umum, fraktur dapat diklasifikasikan menjadi fraktur terbuka (*open fractures*) dan tertutup (*closed fractures*). Fraktur tertutup adalah fraktur yang tidak memiliki hubungan dengan lingkungan luar melalui defek jaringan lunak. Fraktur ini dikenal juga dan sebagai fraktur sederhana, yaitu fraktur dengan keadaan kulit yang intak dan tetap utuh, sedangkan fraktur terbuka adalah jenis fraktur yang disertai dengan luka terbuka sehingga bagian ujung tulang yang patah langsung terpapar dengan lingkungan luar (Subhy Alsheikhly, 2019).

Fraktur terbuka biasanya disebabkan oleh suatu trauma yang berenergi tinggi dan memiliki konfigurasi yang berbeda-beda mulai dari defek kutis, lepasnya jaringan periosteum, dan tulang yang terekspos dengan lingkungan luar. Kondisi ini termasuk dalam kegawatdaruratan yang membutuhkan tata laksana cepat, termasuk stabilisasi hemodinamik dan pemberian antibiotik. Jenis fraktur terbuka lebih beresiko karena kemungkinan terjadinya kontaminasi jaringan pada fraktur jenis ini lebih besar dibandingkan dengan fraktur tertutup (Subhy Alsheikhly, 2019). Untuk memudahkan klinisi selama proses pengobatan, fraktur terbuka diklasifikasikan kembali menggunakan sistem klasifikasi Gustilo-Anderson yang dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Klasifikasi fraktur Gustilo-Anderson (Sumber: Kemenkes, 2019)

Tipe Fraktur	Deskripsi	Risiko Infeksi	Risiko amputasi
I	Fraktur terbuka dengan luka kulit <1 cm dan bersih	0-2%	0%
II	Fraktur terbuka dengan luka kulit >1 cm tanpa kerusakan jaringan lunak berat, <i>flap</i> luka atau avulsi	2-7%	0%
III	Fraktur segmental terbuka atau fraktur tunggal dengan kerusakan jaringan lunak luas atau trauma amputasi		
IIIA	Jaringan lunak yang cukup untuk menutup luka walaupun terdapat luka laserasi berat atau <i>flap</i> kulit	5-10%	2.5%
IIIB	Jaringan lunak tidak cukup untuk menutup luka sehingga memerlukan tindakan rekonstruksi jaringan lunak. Adanya pelepasan periosteum	10-50%	5.6%
IIIC	Semua jenis fraktur terbuka dengan kerusakan arteri yang memerlukan tindakan reparasi	25-50%	25%

2) Dislokasi

Dislokasi adalah bergesernya atau terlepasnya ujung tulang dari sendi atau posisi yang semestinya. Dislokasi bisa terjadi secara parsial (subluksasi) atau secara total. Dislokasi umumnya diakibatkan oleh adanya benturan atau tekanan yang keras pada sendi. Dislokasi cukup mudah untuk dikenali dan didiagnosis karena pasien yang mengalami dislokasi umumnya datang dengan mengeluhkan beberapa gejala yang khas seperti hilangnya atau terbatasnya *Range of Motion* (ROM), nyeri yang bertambah saat bergerak, dan adanya parestesia di area yang terkait (Nabian dkk., 2017).

2.3 Outcome Terkait Pekerjaan

Outcome terkait pekerjaan dari yang sering digunakan untuk menilai keberhasilan pengobatan dari pasien cedera muskuloskeletal yang memiliki pekerjaan adalah *Return to Work* (RTW) Rate, kapasitas kerja, dan kemampuan kerja (Elfering, 2006):

a. *Return to Work*

RTW adalah waktu yang dibutuhkan oleh pekerja yang cedera, sakit, atau cacat untuk kembali melakukan pekerjaan mereka sesegera mungkin, sesuai dengan anjuran dokter. Pekerjaan yang dilakukan setelah RTW dapat dimodifikasi menjadi lebih ringan sesuai dengan kondisi kesehatan pekerja saat itu. Proses RTW seorang pekerja bertujuan untuk memaksimalkan proses pemulihan dan meminimalisir biaya kompensasi jangka panjang yang harus dikeluarkan oleh perusahaan. Tingkat RTW dapat dilaporkan melalui persentase pekerja yang telah kembali bekerja dalam kurun waktu tertentu setelah mereka cedera atau berdasarkan jenis kompensasi pekerjaan yang mereka jalani selama proses RTW (Maas dkk., 2021).

b. Kapasitas Kerja

Kapasitas kerja adalah kemampuan seorang pekerja untuk memenuhi tuntutan pekerjaan mereka dalam suatu medan kerja tertentu. Kapasitas kerja seseorang dapat dinilai melalui *Functional Capacity Evaluation* (FCE) (Soer dkk., 2008).

FCE merupakan serangkaian tes dan pemeriksaan yang dilakukan untuk menentukan kapasitas kerja seseorang secara objektif. FCE dapat digunakan untuk menentukan tingkat kebugaran seorang pekerja setelah mereka cuti sakit akibat cedera. Hasil dari FCE dapat memberikan informasi mengenai prognosis dan tindakan rehabilitasi yang mungkin harus dikembangkan oleh para klinisi. Secara lebih lanjut, informasi terkait FCE juga dapat memberikan kemudahan bagi perusahaan untuk mengakomodasi perubahan beban kerja para pekerja yang mengalami cedera (Idarraga dkk., 2019).

c. Kemampuan Kerja

Kemampuan kerja atau *work ability* didefinisikan sebagai persepsi seorang pekerja mengenai kesehatan dan kemampuan mereka untuk memenuhi tuntutan fisik dan mental dari pekerjaan mereka. *Outcome* terkait kemampuan kerja seseorang dapat dinilai melalui *Work Ability Index* (WAI) (Schultz dan Gatchel, 2016). Selain dapat memperkirakan kemampuan kerja pekerja, WAI juga dapat digunakan untuk mengkaji dan menganalisis tingkat kesehatan pekerja (Reeuwijk dkk., 2015).

2.4 Dukungan Sosial

2.4.1 Definisi Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan sumber dukungan yang diterima oleh seseorang yang sedang membutuhkan dukungan sosial dari orang yang memiliki keterkaitan emosional yang dekat dengan orang tersebut, yaitu keluarga, teman dekat, atau rekan kerja (Steigen dkk., 2022). Setelah mendapatkan dukungan sosial, seseorang akan merasakan perasaan nyaman, diperhatikan, dihargai, dan merasa ditolong oleh orang atau kelompok lain (Zuo dkk., 2021). Dukungan sosial melibatkan hubungan sosial yang berarti, sehingga dapat menimbulkan pengaruh positif bagi penerimanya. Beberapa penelitian juga telah menunjukkan bahwa pemberian dukungan sosial dapat meningkatkan kualitas kesehatan dan kesejahteraan psikologis seseorang sehingga pemberian dukungan sosial pada seseorang yang sedang sakit atau mengalami cedera akan dikaitkan dengan peningkatan motivasi bagi orang tersebut untuk sembuh (Yang dkk., 2014)

2.4.2 Komponen Dukungan Sosial

Secara keseluruhan, dukungan sosial memiliki enam komponen yang berbeda-beda yaitu (Chiu dkk., 2016):

1) Kerekatan emosional (*Emotional Attachment*)

Komponen ini merujuk kepada kerekatan (kedekatan) emosional antara pemberi dan penerima dukungan sosial sehingga penerima dukungan sosial akan memperoleh rasa aman, tentram, dan damai.

2) Integrasi sosial (*Social integration*)

Komponen ini merujuk kepada perasaan memiliki suatu kelompok yang memungkinkan seseorang yang menerima dukungan sosial memperoleh keleluasaan untuk berbagi minat, dan melakukan berbagai aktivitas secara bersama-sama dengan kelompok tersebut.

3) Adanya pengakuan (*Reassurance of Worth*)

Komponen ini merujuk kepada pengakuan yang diperoleh oleh seseorang atas kemampuan dan keahliannya dari orang lain maupun kelompok lain.

4) Ketergantungan yang dapat diandalkan (*Reliable reliance*)

Komponen ini merujuk pada jaminan terhadap individu yang memperoleh dukungan sosial bahwa akan ada seseorang yang dapat diandalkan bantuannya ketika mereka membutuhkan bantuan.

5) Bimbingan (*Guidance*)

Komponen ini merujuk pada adanya hubungan kerja atau sosial yang memungkinkan seseorang yang membutuhkan dukungan mendapatkan saran, informasi, atau gagasan guna memenuhi permasalahan yang dia hadapi.

6) Kesempatan untuk mengasuh (*Opportunity for Nurturance*)

Komponen ini merujuk pada perasaan yang diperoleh oleh suatu individu bahwa ada orang lain yang tergantung dengan dirinya dalam memperoleh kesejahteraan.

2.4.3 Bentuk Dukungan Sosial

Bentuk dukungan sosial terdiri dari empat dimensi yaitu (Muñoz-Laboy dkk., 2014):

a. Dukungan penghargaan (*Appraisal support*)

Dukungan penghargaan merupakan bentuk dukungan sosial yang melibatkan ekspresi berupa afirmasi positif, pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap gagasan, ide, atau keadaan orang lain (Muñoz-Laboy dkk., 2014).

b. Dukungan emosional (*Emotional support*)

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan sosial yang melibatkan pemberian rasa empati dan perhatian sehingga individu yang diberikan dukungan tersebut dapat merasa nyaman, dicintai, dan diperhatikan (Muñoz-Laboy dkk., 2014).

c. Dukungan instrumental (*Instrumental support*)

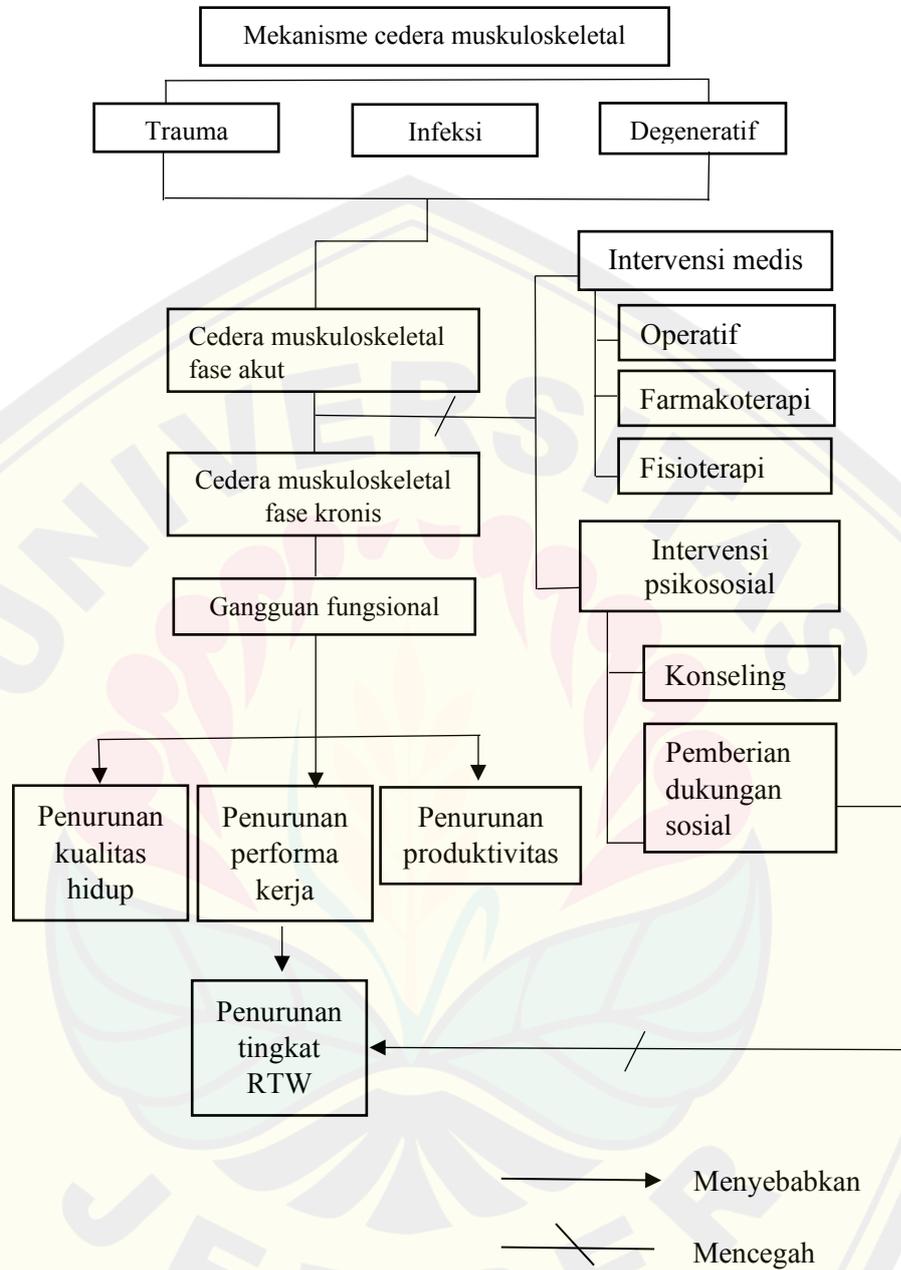
Dukungan instrumental merupakan bentuk dukungan sosial yang melibatkan bantuan langsung seperti penyediaan transportasi untuk mengantar orang yang sakit ke fasilitas kesehatan atau pemberian bantuan di tempat kerja (Muñoz-Laboy dkk., 2014).

d. Dukungan informasi (*Informational support*)

Dukungan informasi merupakan bentuk dukungan sosial berupa pemberian saran maupun bimbingan yang bisa memberikan suatu solusi dari permasalahan orang yang dibantu (Muñoz-Laboy dkk., 2014).

2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian ini ditunjukkan pada Gambar 2.5.



Gambar 2.5 Kerangka teori

2.6 Kerangka Konsep

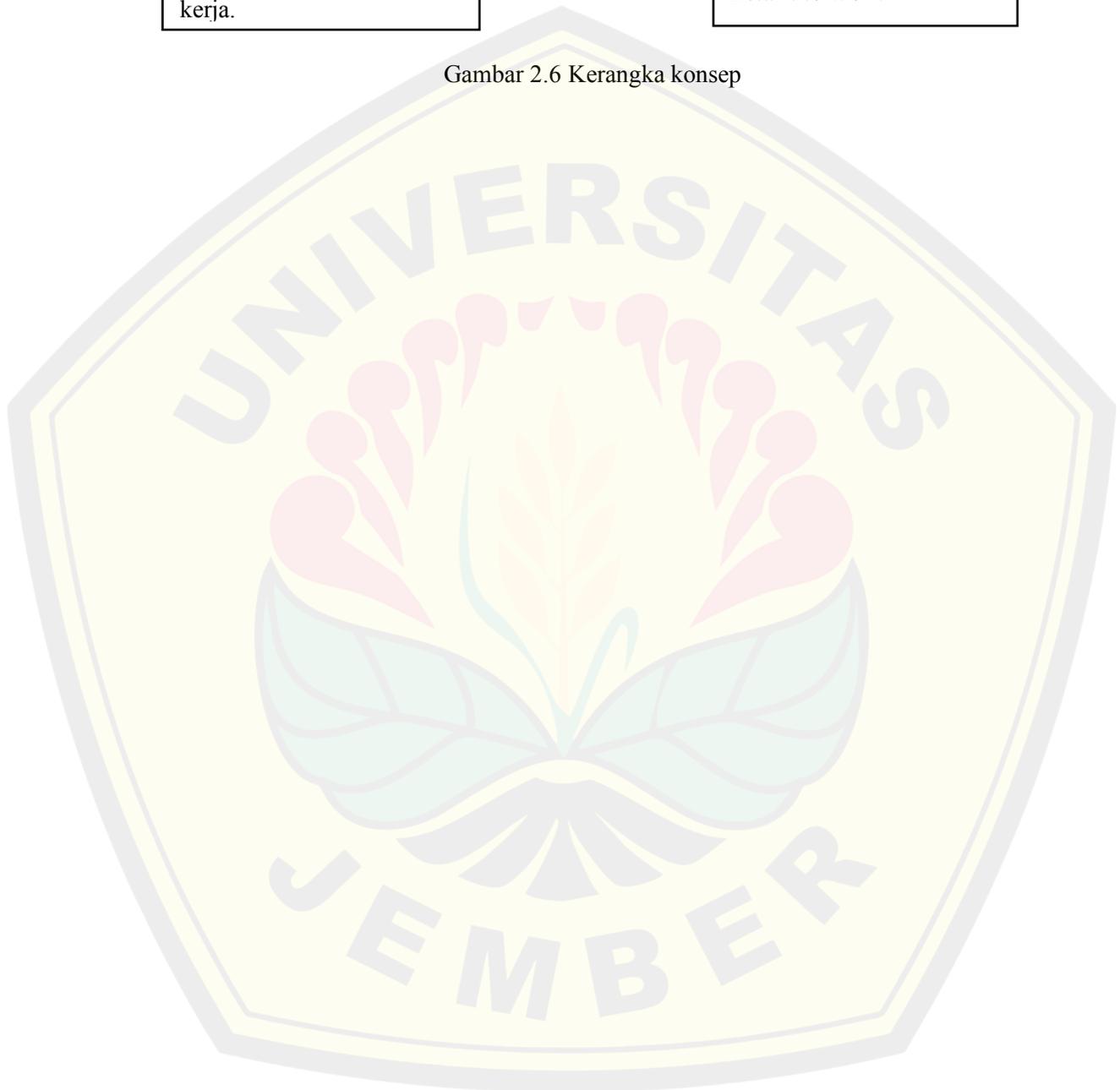
Kerangka konsep penelitian ini ditunjukkan pada Gambar 2.6.

Variabel bebas

Variabel terikat



Gambar 2.6 Kerangka konsep



BAB 3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental dengan metode tinjauan sistematis (*Systematic Review*). Tinjauan sistematis adalah jenis penelitian yang menggunakan metode-metode sistematis untuk mengumpulkan data sekunder, melakukan kajian-kajian riset, dan pendekatan secara kualitatif maupun kuantitatif (Nunn dan Chang, 2020). Tinjauan sistematis mencakup teknik kuantitatif (meta-analisis) dan teknik kualitatif (meta-sintesis) yang berbeda dengan *review* yang tidak sistematis (*traditional review*). Tinjauan sistematis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian analitik secara kualitatif tanpa meta-analisis.

Data penelitian yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dengan cara mengulas kembali literatur yang relevan melalui proses identifikasi, mengkritisi, dan menginterpretasi seluruh temuan mengenai topik yang sudah ditetapkan untuk menjawab permasalahan penelitian berdasarkan *review question* yang telah ditetapkan sebelumnya (Pollock dan Berge, 2018). Literatur diidentifikasi menggunakan kerangka PICOS (*Patients/Population, Intervention(s)/Exposure, Comparator/Control, Outcome, Study design*). Data yang sudah diperoleh dari proses pencarian secara sistematis kemudian akan ditampilkan menggunakan *flowchart* sesuai dengan protokol *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) yang selanjutnya dievaluasi menggunakan *checklist* PRISMA (Page dkk., 2021).

3.1 Tahapan Tinjauan Sistematis

Tahapan yang harus dilakukan dalam penyusunan tinjauan sistematis terdiri dari penentuan topik penelitian, pencarian literatur, dan analisis kritis. Semua tahapan ini dilakukan secara sistematis guna memperoleh hasil penelitian yang spesifik dan kredibel.

3.1.1 Penentuan Topik Penelitian

Dalam proses penentuan topik penelitian, peneliti harus menyusun research question terlebih dahulu menggunakan kerangka kerja PICOS. Kerangka kerja PICOS dapat dilihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Kerangka PICOS

Kerangka	Keterangan	Cara pengukuran
<i>Population</i>	Individu di usia produktif (18-65 tahun) yang menderita segala jenis cedera muskuloskeletal akibat trauma yang terjadi di tempat kerja, saat melakukan olahraga, atau karena kecelakaan lalu lintas	-
<i>Intervention</i>	Dukungan sosial berupa pemberian dukungan penghargaan, emosional, instrumental, atau informasi yang berasal dari rekan kerja, supervisor, teman, atau keluarga	Menggunakan instrumen berupa kuesioner yang tercantum dalam penelitian yang terdiri dari: - <i>Job Content Questionnaire (JCQ)</i> - <i>Self developed item measure</i> - <i>Multi-dimensional Pain Inventory</i> - <i>Crisis Support Scale (CSS)</i> - <i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)</i>
<i>Comparator</i>	Tidak menggunakan pembandingan	-
<i>Outcome</i>	<i>Return to Work (RTW) Rate</i>	Tingkat RTW yang dilaporkan pada masing-masing artikel yang dikelompokkan menjadi: - <i>Sustained RTW</i> - <i>Partial RTW</i> - <i>Interrupted RTW</i>
<i>Study Design</i>	Kohort	-

Berdasarkan kerangka kerja PICOS pada Tabel 3.1, maka peneliti menyusun pertanyaan penelitian yaitu “Apakah pemberian dukungan sosial dapat meningkatkan tingkat *Return to Work* pasien cedera muskuloskeletal?”

3.1.2 Sumber Data dan Teknik Pencarian Literatur

Basis data yang digunakan untuk mencari artikel dalam penelitian ini adalah PubMed, *Springer*, dan *Science Direct*. Teknik pencarian literatur dalam penelitian ini dilakukan dengan cara manual searching dan penyusunan kata kunci menggunakan fitur *advanced search*, *boolean operator* dan *bibliographic searching* supaya hasil pencarian menjadi lebih spesifik. Kata kunci yang digunakan dalam proses pencarian literatur disesuaikan dengan *Medical Subject Heading (MeSH)* disajikan pada Tabel 3.2.

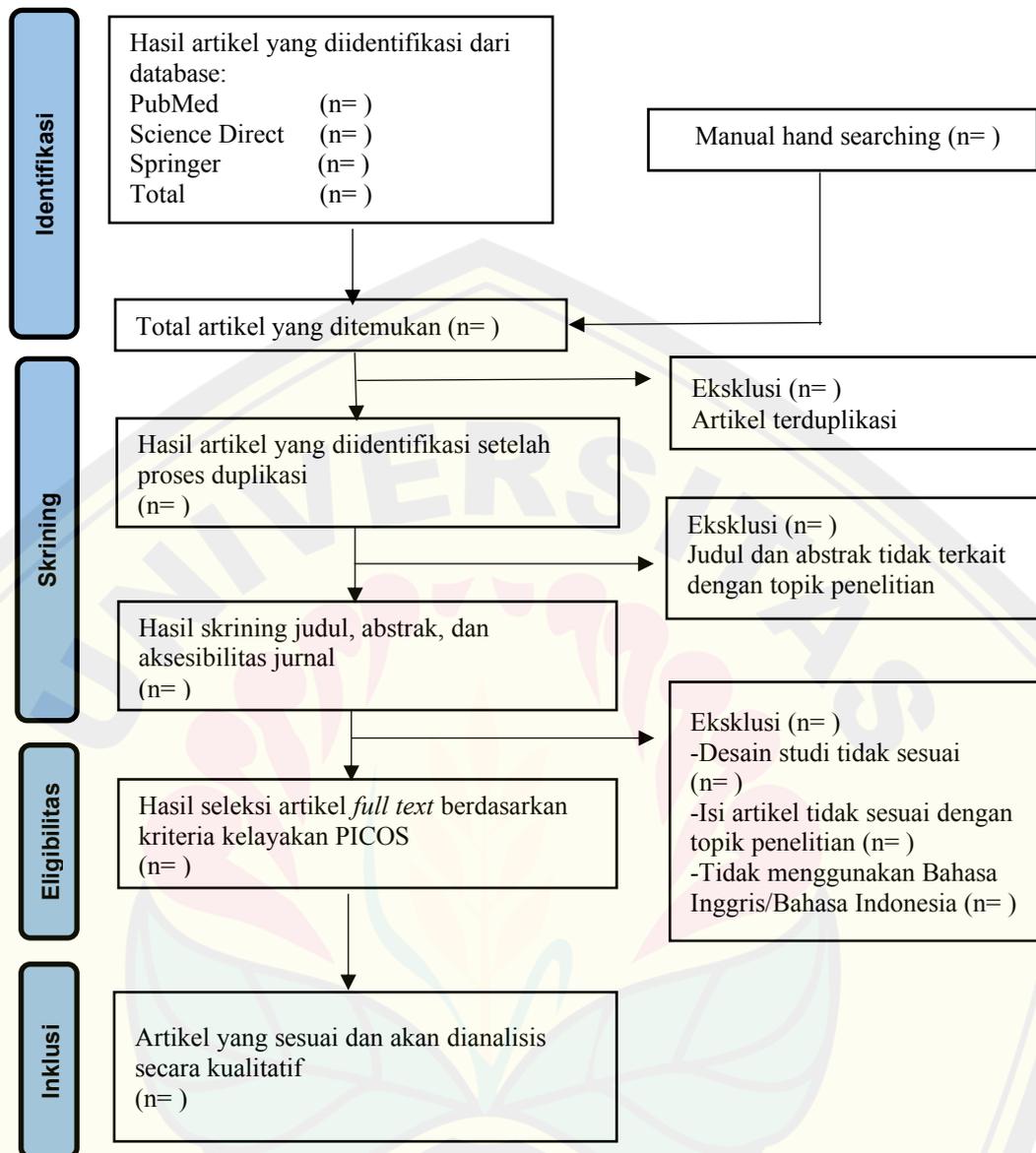
Tabel 3.2 Kata kunci pencarian literatur

Basis Data	Kata Kunci Pencarian
PubMed	("social support" OR "social intervention" OR "social care" OR "social*" OR "support") AND ("return to work" OR "return to duty") AND ("musculoskeletal injury" OR "workplace injury")
<i>Springer</i>	("social support" OR "social intervention" OR "social care" OR "social*" OR "support") AND ("return to work" OR "return to duty") AND ("musculoskeletal injury" OR "workplace injury")
<i>Science Direct</i>	("social support" OR "social intervention" OR "social care" OR "support") AND ("return to work" OR "return to duty") AND ("musculoskeletal injury" OR "workplace injury")

3.1.3 Proses Seleksi Studi dan Pengumpulan Data

Proses seleksi studi diawali dengan proses identifikasi artikel berdasarkan hasil pencarian menggunakan kata kunci dari database yang sudah ditentukan, pemeriksaan adanya artikel yang terduplikasi, pemeriksaan kriteria kelayakan, lalu dilanjutkan dengan proses skrining artikel yang disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Proses pengumpulan data pada penyusunan tinjauan sistematis ini disesuaikan dengan panduan dari PRISMA dengan rincian sebagai berikut:

- a. Penentuan topik penelitian dan penyusunan *research question*
- b. Menentukan *keywords* menggunakan Mesh dan *boolean operator*
- c. Menentukan *database* pencarian artikel yaitu PubMed, Springer, dan Science Direct
- d. Menentukan kriteria kelayakan menggunakan PICOS *framework* yang disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi
- e. Melakukan proses seleksi studi yang terdiri dari eliminasi artikel yang terduplikasi, menskrining berdasarkan judul dan abstrak, skrining data full text, dan membaca keseluruhan jurnal yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi menggunakan *software* Rayyan.
- f. Mencatat hasil seleksi studi dalam diagram alir PRISMA seperti yang ditunjukkan pada Gambar 3.1.
- g. Melakukan penilaian terhadap risiko bias menggunakan *Downs and Black's checklist*.
- h. Ekstraksi data dari artikel yang sesuai dan memenuhi syarat dalam bentuk tabel.



Gambar 3.1 Contoh skema diagram alir PRISMA

3.1.4 Penilaian Kualitas Studi dan Risiko Bias

Penilaian kualitas studi dalam penelitian ini menggunakan kriteria dari Joanna Briggs Institute (JBI) dengan *Checklist for Cohort Studies*. Jawaban dari checklist ini akan diakumulasi dengan interpretasi skor $\geq 70\%$ = kualitas tinggi, 50-69% = kualitas sedang, dan $< 50\%$ = kualitas rendah (Goplen dkk., 2019).

Setelah dilakukan penilaian dan pengelompokan kualitas studi, penilaian terhadap risiko bias dilakukan menggunakan *Downs and Black's checklist for Quality Assessment*. *Checklist* ini terdiri dari 27 pertanyaan yang dikelompokkan dalam lima domain penilaian terhadap *study reporting*, *external validity*, bias, *confounding*, dan *power* (Downs dan Black, 1998). Pada dua puluh enam pertanyaan dalam *checklist* tersebut, jawaban “ya” dalam setiap kriteria bernilai satu poin, sedangkan jawaban “tidak” dan “tidak dapat diterapkan” bernilai nol poin. Satu pertanyaan lainnya memiliki poin bernilai dua untuk jawaban “ya”, satu poin untuk jawaban “*partial*” dan nol untuk jawaban “tidak”. Jawaban dari *checklist* ini akan diakumulasi dengan interpretasi sangat baik (26-28), baik (20-25), cukup (15-19) dan buruk (<14) (Hooper dkk., 2008).

3.1.5 Penyajian dan Presentasi Hasil

Proses penyajian data dari literatur yang sudah terinklusi akan disajikan dalam bentuk tabel sintesis *grid* sehingga akan memudahkan proses membaca, memahami, dan menyimpulkan hasil penelitian. Tabel sintesis *grid* ini meliputi nama peneliti, tahun publikasi, tempat dan waktu dilakukannya penelitian, desain studi, jumlah dan karakteristik responden, jenis cedera muskuloskeletal, serta ringkasan dari hasil dan temuan yang ada dalam penelitian tersebut.

Hasil penelitian akan dipresentasikan dalam bentuk laporan sistematis dengan mengikuti format IMRAD (*Introduction, Methods, Results, and Discussion*). Bagian pendahuluan akan berisikan tentang pemilihan topik dan latar belakang dari penelitian, bagian metode akan berisikan tentang proses pencarian literatur mulai dari penentuan kriteria inklusi dan eksklusi, basis data dan *keywords* yang digunakan. Pada bagian hasil akan dipaparkan secara sistematis mengenai informasi yang didapat setelah dilakukan analisis dan bagian diskusi akan menekankan pembahasan mengenai temuan baru yang didapatkan dalam penelitian, kelebihan dan kekurangan penelitian, dan seluruh jawaban atas pertanyaan yang didapat dari pembahasan sebelumnya.

3.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

Populasi dalam penelitian ini merupakan artikel yang berasal dari jurnal internasional dan nasional yang membahas tentang dampak pemberian dukungan sosial terhadap tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal. Sampel dalam penelitian ini adalah artikel yang dicari dari tiga *database* dan proses *manual hand searching* yang sudah melalui proses skrining berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dan sudah teruji kriteria kelayakannya. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* di mana peneliti menentukan sampel penelitian berdasarkan pertimbangan-pertimbangan tertentu yang dikehendaki. Berikut ini merupakan kriteria sampel dalam penelitian ini:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Studi yang membahas peran dukungan sosial dalam bentuk apapun terhadap tingkat RTW pasien yang menderita cedera muskuloskeletal
- 2) Cedera muskuloskeletal terdiri dari segala jenis cedera yang diperoleh akibat kecelakaan kerja, saat olahraga, atau kecelakaan lalu lintas
- 3) Subjek penelitian berada di usia produktif (18-65 tahun)
- 4) Melaporkan RTW dalam bentuk *partial, sustained, atau interrupted* RTW
- 5) Studi dengan desain studi kohort
- 6) Terpublikasi dalam 10 tahun terakhir (2012-2022)

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Studi dengan subjek penelitian pasien *traumatic brain injury*
- 2) Studi dengan sumber pemberian dukungan sosial dari tenaga medis profesional

3.3 Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini ditetapkan dua variabel yang terdiri dari variabel independen atau variabel bebas dan variabel terikat atau variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah pemberian dukungan sosial dan variabel dependen dari penelitian ini adalah peningkatan tingkat *Return to Work*.

3.4 Definisi Operasional

Untuk menghindari kesalahpahaman pemaknaan dari istilah yang termuat dalam penelitian ini, peneliti menetapkan definisi operasional seperti pada Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Definisi operasional

No.	Istilah	Definisi Operasional
1.	Cedera muskuloskeletal	Segala jenis cedera muskuloskeletal yang melibatkan sistem muskuloskeletal dan disebabkan oleh trauma yang terjadi di tempat kerja, saat olahraga, atau kecelakaan.
2.	Dukungan sosial	Dukungan sosial yang diberikan kepada pasien penderita cedera muskuloskeletal dalam bentuk apapun yang berasal dari teman, keluarga, supervisor atau rekan kerja yang dinilai melalui wawancara menggunakan kuesioner yang sudah teruji reliabilitasnya.
3.	<i>Job Content Quisisionaire (JCQ)</i>	Kuesioner yang digunakan untuk menilai pemberian dukungan sosial yang terdiri dari 4 item pertanyaan dengan rentang skor 4-16.
4.	<i>Self- developed item measure</i>	Kuesioner yang digunakan di untuk menilai pemberian dukungan sosial di masing-masing jurnal yang terinklusi yang dinilai menggunakan skala Likert.
5.	<i>Multi-dimensional pain inventory</i>	Kuesioner yang digunakan di untuk menilai pemberian dukungan sosial yang terdiri dari 3 item pertanyaan dengan rentang skor 0-18.
6.	<i>Critical Support Scale (CSS)</i>	Kuesioner yang digunakan di untuk menilai pemberian dukungan sosial yang terdiri dari 6 item pertanyaan dengan rentang skor 6-42.
7.	<i>Sustained RTW</i>	Bentuk RTW yang dilaporkan dalam bentuk deskripsi apakah pasien cedera melakukan pekerjaan seperti semula atau pekerjaan yang dimodifikasi menjadi lebih ringan dalam jangka waktu 28 hari atau lebih pasca cedera.
8.	<i>Partial RTW</i>	Bentuk RTW yang dilaporkan dalam bentuk deskripsi apakah pasien cedera dapat memenuhi minimal 50% dari jam kerjanya setelah masuk kerja pasca cedera.
9.	<i>Interrupted RTW</i>	Bentuk RTW yang dilaporkan dalam bentuk deksripsi apakah pasien benar-benar tidak dapat kembali bekerja dalam jangka waktu 28 hari atau lebih pasca cedera.

3.5 Analisis Data dan Metode Sintesis Hasil

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara kualitatif dengan menggunakan meta-sintesis, tanpa meta-analisis. Proses sintesis data dilakukan dengan menggunakan matriks sintesis (*synthesis matrix*) berdasarkan *key studies* untuk mengumpulkan bukti ilmiah mengenai dampak pemberian dukungan sosial terhadap tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal. Artikel-artikel yang terinklusi akan dianalisis secara kualitatif dan disajikan dalam bentuk grafik, tabel, dan diagram alir guna memudahkan proses membaca, menilai, dan penarikan kesimpulan.



BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Seleksi Studi

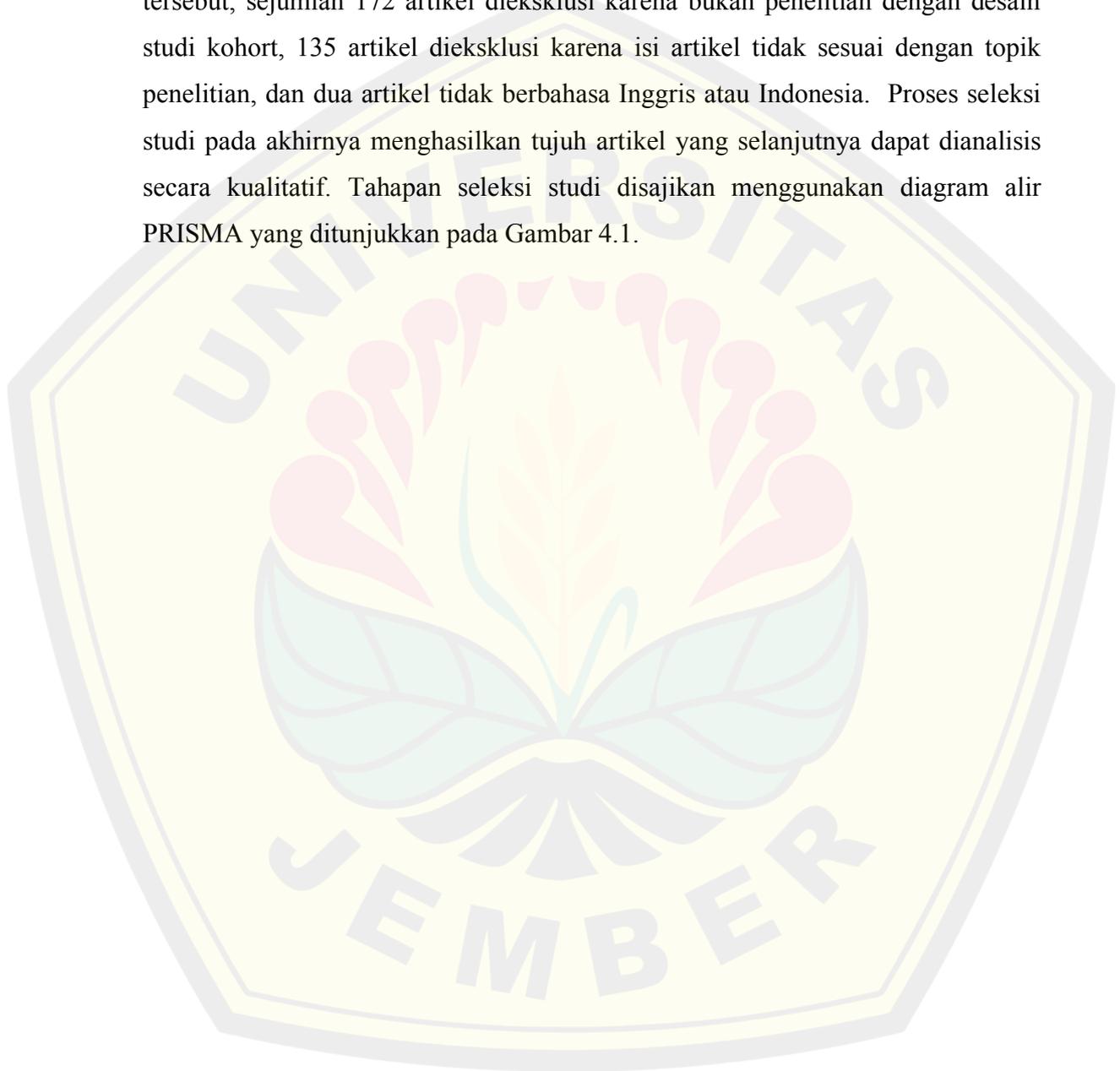
Seleksi studi pada tinjauan sistematis ini dilakukan oleh penulis secara independen melalui proses pencarian literatur pada basis data yang sudah ditentukan. Hasil yang diperoleh secara keseluruhan terdiri dari 798 artikel dengan rincian sebanyak 435 artikel berasal dari PubMed, 202 artikel dari *ScienceDirect*, 133 artikel dari *Springer*, dan 28 artikel diperoleh melalui pencarian manual. Hasil penelusuran studi berdasarkan basis data dapat dilihat pada Tabel 4.1.

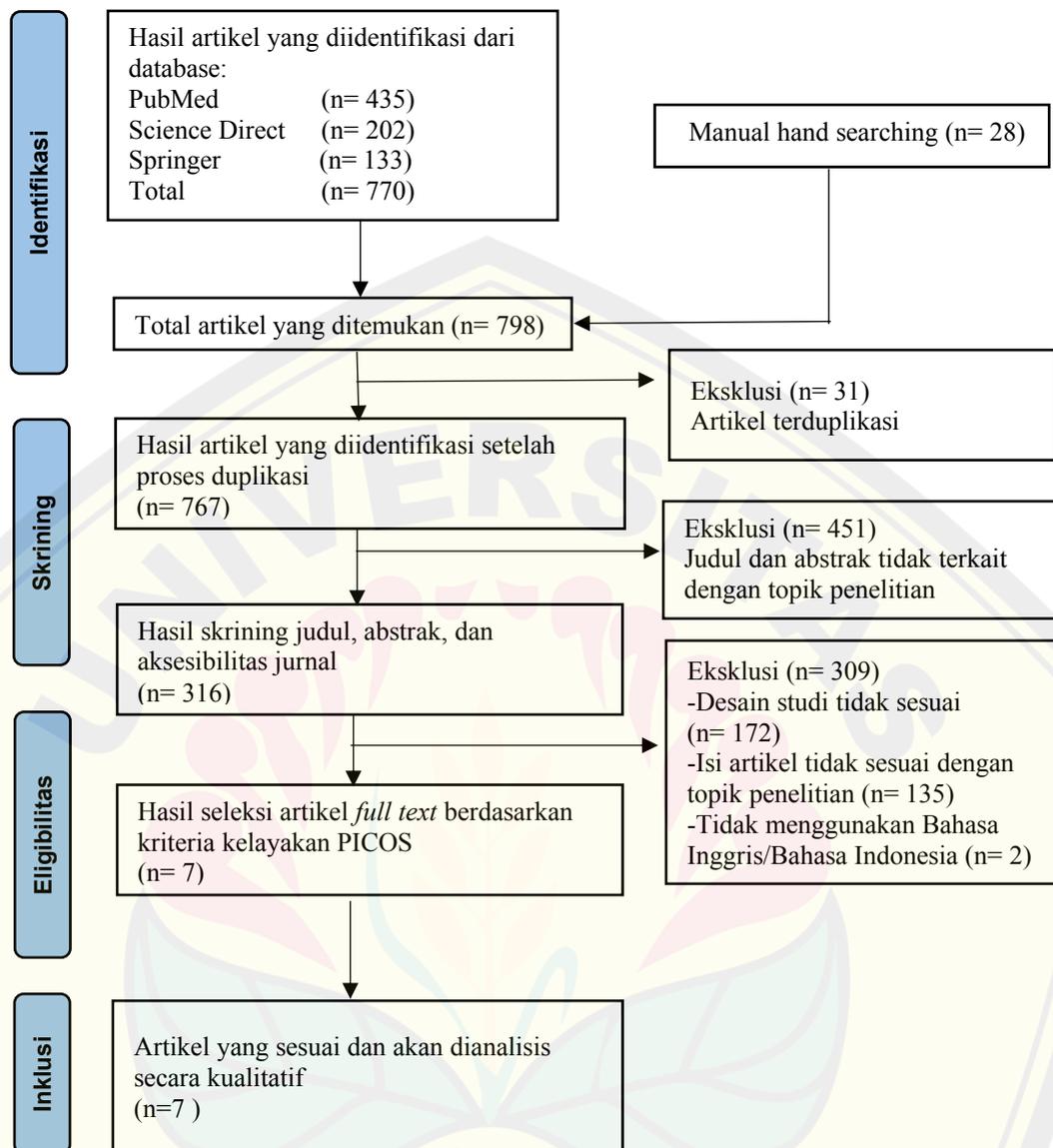
Tabel 4.1 Hasil pencarian berdasarkan basis data

Basis data	Kata kunci pencarian	Jumlah
PubMed	("social support" OR "social intervention" OR "social care" OR "social*" OR "support") AND ("return to work" OR "return to duty") AND ("musculoskeletal injury" OR "workplace injury")	435
<i>ScienceDirect</i>	("social support" OR "social intervention" OR "social care" OR "support") AND ("return to work" OR "return to duty") AND ("musculoskeletal injury" OR "workplace injury")	202
<i>Springer</i>	("social support" OR "social intervention" OR "social care" OR "social*" OR "support") AND ("return to work" OR "return to duty") AND ("musculoskeletal injury" OR "workplace injury")	133

Setelah ditemukan artikel sebanyak 798 dari tiga basis data dan pencarian secara manual, proses seleksi artikel untuk tinjauan sistematis dimulai dengan memasukkan artikel tersebut dalam aplikasi Rayan.ai yang dapat memudahkan peneliti dalam proses skrining dan seleksi artikel. Seleksi pertama dilakukan untuk menilai duplikasi pada artikel yang sudah ditemukan melalui proses pencarian. Dari proses tersebut, sebanyak 31 artikel terhapus karena terduplikasi sehingga didapatkan sebanyak 766 artikel yang dapat masuk ke tahap seleksi selanjutnya.

Tahap selanjutnya merupakan proses skrining dan seleksi studi berdasarkan judul dan abstrak. Dari proses tersebut, 416 artikel dieksklusi karena judul dan abstrak dari artikel tersebut tidak terkait dengan topik penelitian. Setelah itu, peneliti melanjutkan proses seleksi dengan membaca sebanyak 315 artikel untuk dinilai berdasarkan kriteria kelayakan PICOS yang sudah ditentukan. Dari proses tersebut, sejumlah 172 artikel dieksklusi karena bukan penelitian dengan desain studi kohort, 135 artikel dieksklusi karena isi artikel tidak sesuai dengan topik penelitian, dan dua artikel tidak berbahasa Inggris atau Indonesia. Proses seleksi studi pada akhirnya menghasilkan tujuh artikel yang selanjutnya dapat dianalisis secara kualitatif. Tahapan seleksi studi disajikan menggunakan diagram alir PRISMA yang ditunjukkan pada Gambar 4.1.





Gambar 4.1 Flowchart PRISMA seleksi artikel

4.2 Kualitas Studi dan Risiko Bias

Berdasarkan hasil seleksi artikel, ditemukan sejumlah tujuh artikel yang dapat dianalisis secara kualitatif. Kualitas jurnal untuk masing-masing artikel dilaporkan dengan rincian terindeks Scopus *quartile* 1 sebanyak empat artikel dan *quartile* 2 sebanyak tiga artikel. Distribusi artikel berdasarkan penilaian indeks Scopus pada tinjauan sistematis ini dilaporkan pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Hasil kualitas literatur berdasarkan indeks jurnal

Indeks jurnal	Penulis, tahun	Jumlah
Scopus <i>Quartile</i> 1 (Q1)	Jetha dkk., 2017	4
	Kendrick dkk., 2017	
	Lane dkk., 2017	
	Rashid dkk., 2021	
Scopus <i>Quartile</i> 2 (Q2)	Haveraaen dkk., 2013	3
	Laisne dkk., 2013	
	Sears dkk., 2021	
Total		7

Penilaian kualitas studi pada tinjauan sistematis ini dilakukan menggunakan kriteria dari Joanna Briggs Institute (JBI). Hasil penilaian kualitas jurnal menunjukkan hasil sebanyak satu artikel mendapat skor 90.9%, tiga artikel mendapat skor 72.7% dan tiga artikel mendapat skor 63.6%. Berdasarkan skor tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat empat artikel berkualitas tinggi dan tiga artikel berkualitas sedang. Hasil penilaian tersebut dapat pada Tabel 4.3

Tabel 4.3 Hasil penilaian kualitas studi menggunakan *checklist* JBI

Penulis, Tahun	Item Pertanyaan											Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Haveraaen dkk., 2016	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	90.9%
Jetha dkk., 2017	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	63.6%
Kendrick dkk., 2017	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	72.7%
Laisne dkk., 2013	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	72.7%
Lane dkk., 2017	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	72.7%
Rashid dkk., 2021	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	63.6%
Sears dkk., 2021	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	63.6%

Setelah selesai melakukan penilaian dan pengelompokkan studi menggunakan *Checklist for Cohort Studies* dari JBI, dilakukan penilaian risiko bias pada artikel yang terinklusi menggunakan *Downs and Blacks checklist for Quality Assessment*. Berdasarkan skor tersebut, dapat disimpulkan bahwa sebanyak satu artikel memiliki kualitas baik dengan risiko bias rendah dan enam artikel memiliki kualitas cukup dengan risiko bias sedang. Hasil penilaian tersebut dapat dilihat pada Tabel 4.4

Tabel 4.4 Hasil penilaian menggunakan *Downs and Blacks checklist*

Penulis, Tahun	Domain Penilaian					Total
	<i>Reporting</i>	<i>External validity</i>	<i>Bias</i>	<i>Confounding</i>	<i>Power</i>	
Haveraen dkk, 2016	9	2	4	4	1	20
Jetha dkk., 2017	5	3	5	5	1	19
Kendrick dkk., 2017	7	2	3	3	1	17
Laisne dkk., 2013	6	2	4	5	1	18
Lane dkk., 2017	7	2	4	4	1	18
Rashid dkk., 2021	8	2	4	2	1	17
Sears dkk., 2021	6	2	3	3	1	15

4.3 Karakteristik Studi

4.3.1 Karakteristik Umum Studi Terinklusi

Sebanyak tujuh artikel berbahasa Inggris telah memenuhi syarat untuk ditinjau secara sistematis. Seluruh artikel menggunakan desain studi kohort. Tempat dilaksanakannya studi bermacam-macam dengan dua penelitian di Kanada, dua penelitian di Australia, serta sisanya di Norwegia, Swedia dan Inggris. Sumber dukungan sosial dalam studi yang terinklusi dapat berasal dari *supervisor*, rekan kerja, teman, dan kombinasi keduanya. Rincian dari karakteristik umum studi yang terinklusi dapat dilihat pada Tabel 4.5

Tabel 4.5 Karakteristik umum studi

Penulis, tahun	Sumber dukungan sosial	Negara	Mekanisme cedera muskuloskeletal
Haveraaen dkk., 2016	Rekan kerja dan <i>supervisor</i>	Norwegia	Cedera akibat kerja
Jetha dkk., 2017	Rekan kerja dan <i>supervisor</i>	Australia	Cedera akibat kerja
Kendrick dkk., 2017	Keluarga dan teman	Inggris	Cedera akibat kerja
Laisne dkk., 2013	Rekan kerja	Kanada	Cedera akibat kerja
Lane dkk., 2017	Rekan kerja dan <i>supervisor</i>	Australia	Cedera akibat kerja
Rashid dkk., 2021	Keluarga dan teman	Swedia	Cedera akibat kerja
Sears dkk., 2021	Rekan kerja dan <i>supervisor</i>	Kanada	Cedera akibat kerja

Studi melaporkan jenis RTW dalam bentuk *partial*, *sustained* dan *interrupted*. *Outcome* RTW ini diamati dalam periode *follow-up* yang beragam. Distribusi mengenai deskripsi bentuk RTW dan periode *follow-up* dalam studi yang terinklusi dilaporkan Tabel 4.6.

Tabel 4.6 Penjelasan bentuk RTW dalam studi terinklusi

Penulis, Tahun	Follow-up (bulan)	Bentuk RTW	Deskripsi RTW
Haveraaen dkk., 2016	6	<i>Partial</i> RTW	Kembalinya bekerja seseorang yang mengalami cedera untuk memenuhi setidaknya 50% dari jam kerja dan tugas awalnya.
Jetha dkk., 2017	6	<i>Sustained</i> RTW	Kemampuan seseorang yang mengalami cedera kembali bekerja untuk mengerjakan tugas aslinya atau tugas yang dimodifikasi lebih ringan dalam jangka waktu 28 hari pasca cedera.
Kendrick dkk., 2017	1	<i>Partial</i> RTW	Kemampuan seseorang yang mengalami cedera untuk kembali bekerja penuh atau paruh waktu pasca mengalami cedera.
Laisne dkk., 2013	8	<i>Partial</i> RTW	Kemampuan seseorang yang mengalami cedera untuk kembali bekerja penuh atau paruh waktu, atau dengan pekerjaan yang dimodifikasi lebih ringan pasca mengalami cedera.
Lane dkk., 2017	6	<i>Sustained</i> RTW	Kemampuan seseorang yang mengalami cedera kembali bekerja setidaknya 1 bulan (28 hari/4 minggu/ 1 bulan) pasca cedera.
Rashid dkk., 2021	12	<i>Partial</i> RTW	Kembalinya bekerja seseorang yang mengalami cedera untuk memenuhi setidaknya 50% dari jam kerja dan tugas awalnya.
Sears dkk., 2021	12	<i>Interrupted</i> RTW	Ketidakmampuan seseorang untuk kembali bekerja dalam jangka waktu 28 hari pasca cedera.

Instrumen penilaian dari dukungan sosial pada studi yang terinklusi berbeda-beda. Rincian mengenai instrumen penilaian dukungan sosial yang digunakan dalam studi yang terinklusi dapat dilihat pada Tabel 4.7.

Tabel 4.7 Instrumen penilaian dukungan sosial

Penulis, Tahun	Instrumen penilaian	Deskripsi		Cronbach's α
		Item (n)	Skor	
Haveraen dkk., 2016	<i>Job Content Questionnaire (JCQ)</i>	8: 4 item untuk menilai dukungan rekan kerja, 4 item untuk menilai dukungan <i>supervisor</i>	4-16 (skor yang semakin tinggi mengindikasikan dukungan sosial yang lebih tinggi)	0.91
Jetha dkk., 2017	<i>Self-developed item measure</i>	5	5-25 (skor yang semakin tinggi mengindikasikan dukungan sosial yang lebih rendah)	0.73
Kendrick dkk., 2017	<i>Crisis Support Scale (CSS)</i>	6	6-42 (skor yang semakin tinggi mengindikasikan dukungan sosial yang lebih tinggi)	0.76
Laisne dkk., 2013	<i>Self-developed item measure</i>	1	0-7 (skor yang semakin tinggi mengindikasikan dukungan sosial yang lebih tinggi)	Tidak dilaporkan
Lane dkk., 2017	<i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)</i>	4	4-16 (skor yang semakin tinggi mengindikasikan dukungan sosial yang lebih tinggi)	0.74
Rashid dkk., 2021	<i>Multidimensional Pain Inventory</i>	3	0-18 (skor yang semakin tinggi mengindikasikan dukungan sosial yang lebih tinggi)	0.60
Sears dkk., 2021	<i>Job Content Questionnaire (JCQ)</i>	8: 4 item untuk menilai dukungan rekan kerja, 4 item untuk menilai dukungan <i>supervisor</i>	4-16 (skor yang semakin tinggi mengindikasikan dukungan sosial yang lebih tinggi)	0.91

4.3.2 Karakteristik Subjek dalam Studi Terinklusi

Subjek dalam penelitian ini merupakan seluruh populasi yang menderita segala jenis cedera muskuloskeletal akibat trauma yang terjadi di tempat kerja, saat melakukan olahraga, atau karena kecelakaan lalu lintas. Subjek penelitian berada dalam rentang usia produktif dengan usia subjek termuda yang dilaporkan adalah 18 tahun dan usia tertua adalah 65 tahun. Jumlah keseluruhan subjek yang berpartisipasi dalam studi yang terinklusi adalah 2475 orang. Studi dengan sampel terkecil memiliki 62 partisipan, sedangkan studi dengan sampel terbesar memiliki 634 partisipan. Sebagian besar partisipan penelitian terdiri dari laki-laki dan perempuan, kecuali terdapat satu studi yang hanya menggunakan populasi perempuan saja. Informasi menyeluruh mengenai karakteristik subjek dalam studi yang terinklusi di penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8 Karakteristik subjek dalam studi yang terinklusi

Penulis, Tahun	Jumlah sampel (n)	Jenis Kelamin (n)	Usia n(%)/ mean (IQR) / \pm SD / range
Haveraen dkk., 2016	250	Perempuan: 191 Laki-laki : 60	Tidak dilaporkan
Jetha dkk., 2017	551	Perempuan: 270 Laki-laki : 281	18- 34 tahun= 140 (25.4) 35-54 tahun = 314 (57.0) >55 tahun = 97 (17.6)
Kendrick dkk., 2017	273	Perempuan: 132 Laki-laki : 141	16-24 tahun= 29 (10.6) 25-44 tahun= 92 (33.7) 45-54 tahun= 152 (53.1) \geq 65 tahun = 7 (2.6)
Laisne dkk., 2013	62	Perempuan: 15 Laki-laki : 47	Mean 37.73 \pm 9.16
Lane dkk., 2017	634	Perempuan: 285 Laki-laki : 349	Mean 45.7 \pm 11.8
Rashid dkk., 2021	141	Perempuan: 141	Kelompok RTW 49.04 (23-63) Kelompok NRTW 53.51 (24-64)
Sears dkk., 2021	567	Perempuan: 184 Laki-laki : 383	18-34 tahun= 72 (12.70) 35-44 tahun= 112 (19.75) 45-54 tahun= 152 (26.81) 55-64 tahun= 198 (34.92) \geq 65 tahun = 33 (5.82)

4.4 Hasil Studi

Sebanyak tujuh artikel penelitian akhirnya terinklusi setelah melalui proses pencarian literatur, seleksi teknis, dan analisis kelayakan berdasarkan kriteria eligibilitasnya. Korelasi antara pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW pasien yang menderita cedera muskuloskeletal berdasarkan data yang diekstraksi ditunjukkan secara garis besar pada Tabel 4.9.

Tabel 4.9 Korelasi pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW

Penulis, Tahun	Sumber dukungan sosial	Jenis RTW	Temuan OR (95%CI)	p-value	Hubungan dengan RTW	
					Berkorelasi positif	Berkorelasi negatif
Haveraaen dkk., 2016	Rekan kerja dan supervisor	<i>Partial</i>	Rekan kerja 3.4 (1.5-7.9)	Rekan kerja (p = 0.004)*	✓	
			Supervisor 3.9 (1.67-7.3)	Supervisor (p = 0.002)*		
Jetha dkk., 2017	Rekan kerja dan supervisor	<i>Sustained</i>	Rekan kerja 1.2 (0.67-2.1)	Rekan kerja <.001*	✓	
			Supervisor 2.3 (1.4-3.9)	Supervisor <.001*		
Kendrick dkk., 2017	Keluarga dan teman	<i>Partial</i>	0.93 (0.88-0.99)	> 0.05		✓
Laisne dkk., 2017	Rekan kerja	<i>Partial</i>	2.63 (1.05-6.58)	(p = 0.04)*	✓	
Lane dkk., 2017	Supervisor	<i>Sustained</i>	2.50 (1.74-3.60)	< 0.05*	✓	
Rashid dkk., 2021	Keluarga dan teman	<i>Partial</i>	0.50 (0.28-0.92)	(p = 0.03)*		✓
Sears dkk., 2021	Rekan kerja dan supervisor	<i>Interrupted</i>	Rekan kerja 0.70 (0.55-0.90)	Rekan kerja (p= 0.006)*	✓	
			Supervisor 0.50 (0.40-0.63)	Supervisor <.001*		

*: signifikan secara statistik

Artikel-artikel tersebut kemudian juga dianalisis dan diekstraksi menggunakan tabel yang berisi nama penulis serta tahun penelitian, desain studi, jumlah dan karakteristik partisipan, sumber dukungan sosial, penilaian dukungan sosial, bentuk dukungan sosial, temuan, dan kesimpulan. Hasil ekstraksi data secara menyeluruh dapat dilihat pada Lampiran 7.

Penelitian Haveraaen (2016) menunjukkan bahwa pemberian dukungan sosial dari *supervisor* dan rekan kerja dalam bentuk dukungan emosional dan dukungan instrumental yang dinilai menggunakan *Job Content Questionnaire* (JCQ) dapat meningkatkan tingkat RTW dalam bentuk *partial* RTW. Analisis hubungan antara pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan perhitungan *odds ratio* (OR). Perhitungan nilai OR dari pemberian dukungan sosial oleh *supervisor* terhadap tingkat RTW dalam penelitian ini menunjukkan hasil OR 3.9 dengan *Confidence Interval* (CI) 95% CI 1.6-7.3 ($p = 0.002$). Pemberian dukungan sosial dari rekan kerja menunjukkan hasil OR 3.4, 95% CI 1.5-7.9 ($p = 0.004$) dan pemberian dukungan sosial kombinasi dari rekan kerja dan *supervisor* menunjukkan hasil OR 2.7, 95% CI 1.3-5.8 ($p = 0.009$). Ketiga temuan ini menunjukkan adanya korelasi positif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal (Haveraaen dkk., 2016).

Penelitian Jetha (2017) menunjukkan bahwa pemberian dukungan sosial dari *supervisor* dan rekan kerja dalam bentuk dukungan emosional dan dukungan instrumental yang dinilai menggunakan *Self-developed item measure* dapat meningkatkan tingkat RTW pekerja perempuan yang cedera dalam bentuk *sustained* RTW. Perhitungan nilai OR dari pemberian dukungan sosial oleh *supervisor* terhadap tingkat RTW dalam penelitian ini menunjukkan hasil OR 2.3, 95% CI 1.4-3.9 ($p < .001$)., pemberian dukungan sosial dari rekan kerja menunjukkan hasil OR 1.2, 95% CI 0.67-2.1 ($p < .001$). Kedua hasil ini menunjukkan bahwa terdapat korelasi positif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal (Jetha dkk., 2017).

Penelitian Kendrick (2017) menunjukkan bahwa pemberian dukungan sosial kombinasi dari keluarga dan teman dalam bentuk dukungan emosional dan dukungan instrumental yang dinilai menggunakan *Crisis Support Scale* (CSS) dapat menurunkan peluang untuk RTW dalam bentuk *Partial* RTW. Perhitungan nilai OR dari pemberian dukungan sosial dari rekan kerja dan keluarga terhadap tingkat RTW dalam penelitian ini menunjukkan hasil OR 0.93, 95% CI 0.88-0.99 ($p >$

0.05). Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat korelasi negatif antara pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal (Kendrick dkk., 2017).

Penelitian Laisne (2013) menunjukkan bahwa pemberian dukungan sosial dari rekan kerja dalam bentuk dukungan emosional dan dukungan instrumental yang dinilai menggunakan *Self-developed item measures* dapat meningkatkan tingkat RTW dalam bentuk *partial RTW*. Perhitungan nilai OR dari pemberian dukungan sosial oleh rekan kerja terhadap tingkat RTW dalam penelitian ini menunjukkan hasil OR 2.63, 95% CI 1.05–6.58 ($p = 0.04$). Semua hasil ini menunjukkan bahwa terdapat korelasi positif yang bernilai signifikan antara pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal setelah memasuki periode *follow-up* 8 bulan (Laisné dkk., 2013).

Penelitian Lane (2017) menunjukkan bahwa dukungan sosial dari *supervisor* dalam bentuk dukungan emosional dan dukungan informasi yang dinilai menggunakan *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) dapat meningkatkan tingkat RTW dalam bentuk *sustained RTW*. Perhitungan nilai OR dari pemberian dukungan sosial dengan kualitas baik oleh *supervisor* terhadap tingkat RTW dalam penelitian ini menunjukkan hasil OR 2.50, 95% CI 1.74-3.60 ($p < 0.05$) dan pemberian dukungan sosial dengan kualitas buruk menunjukkan hasil OR 1.34, 95% CI 0.61-1.80 ($p < 0.05$). Hasil ini menunjukkan bahwa pemberian dukungan sosial dengan kualitas baik berkorelasi positif dengan peningkatan tingkat RTW pasien yang mengalami cedera (Lane dkk., 2017).

Penelitian Rashid (2021) menunjukkan bahwa dukungan sosial dari keluarga dan teman yang dinilai menggunakan *Multi-dimensional Pain Inventory* dapat menurunkan peluang RTW dalam bentuk *partial RTW*. Perhitungan nilai OR dari pemberian dukungan sosial oleh keluarga dan teman terhadap tingkat RTW dalam penelitian ini menunjukkan hasil OR 0.50; 95% CI 0.28-0.92. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat korelasi negatif antara pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal (Rashid dkk., 2021).

Penelitian Sears (2021) menunjukkan bahwa pemberian dukungan sosial dari *supervisor* dan rekan kerja dalam bentuk dukungan sosial dan dukungan instrumental yang dinilai menggunakan JCQ dapat menurunkan tingkat *interrupted* RTW. Perhitungan nilai OR dari pemberian dukungan sosial oleh *supervisor* terhadap tingkat RTW dalam penelitian ini menunjukkan hasil OR 0.50, 95% CI 0.40-0.63 ($p < .001$), dukungan sosial oleh rekan kerja menunjukkan hasil OR 0.70, 95% CI 0.55-0.90 ($p = 0.006$) dan dukungan sosial kombinasi dari rekan kerja dan *supervisor* menunjukkan hasil 0.53, 95% CI 0.41-0.67 ($p < .001$). Ketiga hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat korelasi negatif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dengan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal (Sears dkk., 2021).

4.5 Pembahasan Penelitian

Terdapat tujuh artikel yang telah dianalisis secara kualitatif setelah melalui proses seleksi studi yang didasarkan oleh PICOS dan kriteria eligibilitasnya. Hasil telaah studi artikel secara keseluruhan menunjukkan hasil yang beragam antara pemberian dukungan sosial yang berasal dari dalam lingkungan kerja dan luar lingkungan kerja terhadap tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal. Berdasarkan data yang diperoleh dari tabel ekstraksi yang disajikan dalam Lampiran 7, pembahasan hasil penelitian dapat dikelompokkan berdasarkan sumber dukungan sosial yang diberikan.

4.5.1 Pemberian Dukungan Sosial dari Rekan Kerja

Terdapat tiga penelitian yang melaporkan korelasi signifikan dan satu penelitian yang melaporkan korelasi tidak signifikan antara pemberian dukungan sosial dari rekan kerja dengan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal. Dua penelitian memiliki kualitas JBI tinggi dan dua lainnya memiliki kualitas sedang. Penelitian dengan kualitas JBI tinggi yang dilakukan oleh Haverlaen (2016) menunjukkan adanya korelasi positif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dengan peningkatan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal.

Di antara faktor psikososial lain yang juga diteliti hubungannya dengan peningkatan RTW pada penelitian tersebut, dukungan sosial menjadi faktor psikososial yang memiliki korelasi yang paling kuat dengan peningkatan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal. Bentuk RTW dalam penelitian ini merupakan *partial* RTW yang dideskripsikan sebagai kembalinya bekerja seseorang yang mengalami cedera untuk memenuhi setidaknya 50% dari jam kerja dan tugas awalnya pada saat melakukan *interview* di periode *follow-up* 3 bulan. Nilai OR 3.4; 95% CI 1.5-7.9 ($p= 0.004$) menunjukkan bahwa pekerja yang menderita cedera muskuloskeletal dan menerima dukungan sosial berupa dukungan emosional serta instrumental dari rekan kerjanya akan memiliki peluang sebesar 3.4 kali lebih besar untuk mencapai *partial* RTW (Haveraaen dkk., 2016).

Pada penelitian Haveraaen (2016) dilakukan analisis terhadap setiap *item* kuesioner penelitian. Diantara seluruh *item* mengenai pemberian dukungan sosial dari rekan kerja, terdapat dua komponen yang memiliki korelasi tertinggi dengan proses RTW pekerja yang cedera, yaitu pengertian dan kepedulian dari rekan kerja ($p < 0.001$) dan bantuan dari rekan kerja ($p = 0.003$) memiliki dampak yang paling signifikan terhadap peningkatan tingkat RTW (Haveraaen dkk., 2016). Temuan ini didukung oleh hasil penelitian sebelumnya yang oleh Lysaght dan Larmour-Trode (2008) yang menyatakan bahwa dukungan moral, bantuan, dan pengertian merupakan faktor yang paling penting bagi pekerja yang sakit untuk kembali bekerja (Lysaght dan Larmour, 2008).

Selain pemberian dukungan sosial, penelitian Haveraaen (2016) juga menyatakan bahwa faktor psikososial lainnya yang dinilai penting dalam tercapainya RTW pekerja yang cedera adalah tingginya tingkat *decision control*. Pada pekerja yang termasuk dalam kelompok dengan *high-strain jobs*, yaitu pekerjaan dengan tuntutan pekerjaan tinggi dan tingkat *decision control* yang rendah, *odds* untuk tercapainya RTW (OR 0.42 ;95% CI 0.23-0.86) jauh lebih rendah jika dibandingkan dengan kelompok yang memiliki *low-strain jobs* (OR 2.6 ;95% CI 1.04-6.57) (Haveraaen dkk., 2016).

Temuan tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fukuoka (2009) yang menyatakan bahwa pekerja yang memiliki tingkat *decision control* tinggi dan memiliki tuntutan pekerjaan yang rendah akan lebih mudah mencapai RTW karena mereka memiliki kesempatan untuk menyesuaikan beban kerjanya terlebih dahulu berdasarkan kondisi kesehatannya (Fukuoka dkk., 2009). Dalam praktiknya, temuan ini bisa juga dapat dijadikan pertimbangan bagi para penyedia lapangan pekerjaan untuk merancang program RTW yang memungkinkan para pekerja yang cedera untuk terlibat langsung dalam proses modifikasi beban kerja mereka saat masa pemulihan. Asumsi ini juga telah didukung oleh penelitian Etuknwa (2019) yang menemukan adanya asosiasi positif antara tingginya tingkat *decision control* dan fleksibilitas beban kerja dengan meningkatnya tingkat RTW (Etuknwa dkk., 2019).

Penelitian Jetha (2017) dengan kualitas JBI sedang juga melaporkan adanya korelasi positif yang signifikan dari pemberian dukungan sosial oleh rekan kerja dengan peningkatan tingkat *sustained* RTW yang dideskripsikan sebagai kemampuan seseorang pekerja yang cedera untuk kembali melaksanakan tugas asli maupun tugas yang dimodifikasi menjadi lebih ringan dalam jangka waktu 28 hari pasca cedera. Dalam penelitian ini, dukungan sosial yang diberikan berbentuk pemberian dukungan sosial emosional dan instrumental yang dinilai menggunakan *self-developed item measure*. Hasil perhitungan OR 1.2, 95% CI 0.57-2.3 ($p < .001$) dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pekerja yang menerima dukungan sosial dari rekan kerjanya akan memiliki peluang sebesar 1.2 kali lebih besar untuk mencapai *sustained* RTW (Jetha dkk., 2017).

Penelitian Laisne (2017) dengan kualitas JBI tinggi juga sama-sama menunjukkan adanya korelasi positif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dari rekan kerja dengan tingkat RTW dalam bentuk *partial* RTW. Pemberian dukungan sosial dalam penelitian ini diberikan dalam bentuk pemberian dukungan sosial dan instrumental yang dinilai menggunakan *self-developed item measures*. Diperoleh hasil OR 1.71, 95% CI 0.86-3.41 ($p = 0.13$) pada *follow-up* 2 bulan dan OR 1.50, 95% CI 0.92-2.45 ($p = 0.04$) pada *follow-up* 8 bulan.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa pekerja yang menerima dukungan sosial dari rekan kerjanya akan memiliki peluang sebesar 1.71 dan 1.5 kali lebih besar untuk mencapai *partial* RTW dalam periode *follow-up* 2 dan 8 bulan. Pada periode *follow-up* 8 bulan dilakukan juga analisis multivariat yang menunjukkan hasil OR 2.63, 95% CI 1.05–6.58 ($p = 0.04$). Hasil ini menunjukkan bahwa jika dibandingkan dengan prediktor RTW yang lain, pemberian dukungan sosial dari rekan kerja memiliki peran yang sangat besar dan signifikan terhadap proses RTW seorang pekerja yang cedera (Laisné dkk., 2013).

Ketiga temuan yang diperoleh dari penelitian Haveraaen (2016), Jetha (2017), dan Laisne (2017) sesuai dengan penelitian-penelitian yang sudah ada sebelumnya, di mana penelitian terdahulu menyatakan bahwa pemberian dukungan sosial dari rekan kerja dapat meningkatkan tingkat RTW pekerja yang cedera (Dunstan dkk., 2015). Dukungan sosial dinilai memiliki *buffering effect* yang dapat mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis seseorang dengan cara melindungi orang tersebut dari berbagai jenis tekanan yang sedang dialaminya, seperti stres yang ditimbulkan akibat cedera muskuloskeletal (Gellert dkk., 2018).

Tingkat dukungan sosial yang tinggi dapat meningkatkan rasa percaya diri dan optimisme seseorang sehingga mereka dapat merasa lebih berharga dan dihargai. Meskipun optimisme merupakan salah satu ciri kepribadian bawaan yang dapat dimiliki seseorang, sifat ini dapat berubah seiring dengan berjalannya waktu dan dapat ditingkatkan dengan intervensi, salah satunya adalah dengan pemberian dukungan sosial (Schug dkk., 2021). Oleh karena itu, pemberian dukungan sosial sangat penting dalam proses RTW seseorang, karena saat pekerja yang mengalami cedera mengalami penurunan rasa percaya diri dan kehilangan optimisme, dukungan sosial yang tinggi dapat membantu mereka mengatasi masalah tersebut dan mempercepat proses RTW mereka (Lysaght dan Larmour, 2008).

Berbeda dengan hasil penelitian dari Haveraaen (2016), Jetha (2017), dan Laisne (2017), penelitian oleh Sears (2021) dengan kualitas JBI sedang menunjukkan adanya korelasi negatif yang tidak signifikan antara pemberian dukungan sosial dari rekan kerja dengan tingkat RTW pekerja yang cedera.

Hal ini dapat dijelaskan karena bentuk RTW yang digunakan berbeda. Dalam penelitian Sear (2021), RTW disampaikan dalam bentuk *interrupted* RTW yang dideskripsikan sebagai ketidakmampuan seseorang untuk kembali bekerja dalam jangka waktu 28 hari pasca cedera. Pemberian dukungan sosial dari rekan kerja menunjukkan hasil OR 0.70, 95% CI 0.55-0.90 ($p = 0.006$) dapat menurunkan peluang terjadinya *interrupted* RTW sebesar 30% (OR = 0.70) (Sears dkk., 2021)

Alasan terjadinya *interrupted* RTW yang paling sering dilaporkan adalah gangguan fungsional, disabilitas, dan/atau nyeri kronis yang timbul akibat cedera sebelumnya. Berdasarkan penelitian ini, dapat dibuktikan bahwa dukungan sosial dari rekan kerja dapat menurunkan tingkat *interrupted* RTW dan mendukung proses RTW yang aman serta berkesinambungan bagi pekerja yang mengalami cedera. Selain dukungan sosial dari rekan kerja, faktor lain yang dapat menurunkan tingkat RTW dalam penelitian ini adalah iklim keselamatan kerja (*safety climate*), adanya komite kesehatan dan keselamatan, dan komunikasi yang baik antara perusahaan dan penyedia layanan kesehatan (Sears dkk., 2021).

4.5.2 Pemberian Dukungan Sosial dari *Supervisor*

Terdapat empat penelitian yang melaporkan korelasi signifikan antara pemberian dukungan sosial dari *supervisor* dengan tingkat RTW pasien yang menderita cedera muskuloskeletal. Dua penelitian memiliki kualitas JBI tinggi dan dua lainnya memiliki kualitas JBI sedang. Penelitian dengan kualitas artikel tinggi yang dilakukan oleh Haveraaen (2016), menunjukkan adanya korelasi positif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dari *supervisor* dengan peningkatan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal. Nilai OR 3.9 dengan 95% CI 1.6-7.3 ($p = 0.002$) menunjukkan bahwa pekerja yang menderita cedera muskuloskeletal dan menerima dukungan sosial berupa dukungan emosional serta instrumental dari rekan kerjanya akan memiliki peluang sebesar 3.9 kali lebih besar untuk mencapai *partial* RTW (Haveraaen dkk., 2016).

Ketika dilakukan analisis terhadap setiap *item* kuesioner penelitian, di antara seluruh *item* mengenai pemberian dukungan sosial dari *supervisor*, terdapat dua komponen yang memiliki korelasi tertinggi dengan proses RTW pekerja yang cedera, yaitu kepedulian dari *supervisor* ($p = 0.033$) dan *supervisor* yang sering membantu ($p = 0.018$). Dukungan emosional dari *supervisor* dapat membuat pekerja merasa penting dan lebih dihargai ketika dia masih belum bisa melakukan seluruh pekerjaannya selama mereka masih cedera (Haveraaen dkk., 2016). Selain itu, bantuan instrumental dari *supervisor* juga sangat penting dalam proses pemberian tugas yang sesuai bagi pekerja yang sedang cedera. Sebuah studi kualitatif yang dilakukan oleh Aas (2008) menunjukkan bahwa beberapa sifat kepemimpinan yang ditunjukkan oleh *supervisor*, seperti memiliki kepedulian dan perhatian yang tinggi terhadap pekerja yang sedang cedera dapat meningkatkan rasa percaya diri dan motivasi pekerja tersebut untuk segera kembali bekerja (Aas dkk., 2008).

Penelitian Jetha (2017) dengan kualitas JBI sedang dan Lane (2017) dengan kualitas JBI tinggi juga melaporkan adanya korelasi positif yang signifikan dari pemberian dukungan sosial oleh rekan kerja dengan peningkatan tingkat *sustained* RTW yang dideskripsikan sebagai kemampuan seseorang pekerja yang cedera untuk kembali melaksanakan tugas asli maupun tugas yang dimodifikasi menjadi lebih ringan dalam jangka waktu 28 hari pasca cedera. Pada penelitian Jetha (2017) dukungan sosial dari *supervisor* memperoleh hasil OR 2.3, 95% CI 1.4-3.9 ($p < .001$) dan pada penelitian Lane (2017) OR 2.50, 95% CI 1.74-3.60 ($p < 0.05$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa pekerja yang sedang mengalami cedera dan memperoleh dukungan sosial dengan kualitas baik dari *supervisor*-nya memiliki peluang sebesar 2.3 kali dan 2.5 kali lebih besar untuk mencapai *sustained* RTW (Jetha dkk., 2017; Lane dkk., 2017).

Berbeda dengan hasil penelitian dari Haveraaen (2016), Jetha (2017), dan Lane (2017), penelitian oleh Sears (2021) menunjukkan adanya korelasi negatif antara pemberian dukungan sosial dari *supervisor* dengan tingkat RTW pekerja yang cedera. Hal ini terjadi karena bentuk RTW yang digunakan berbeda.

Dalam penelitian Sears (2021), RTW disampaikan dalam bentuk *interrupted* RTW sehingga jika diperoleh hasil OR 0.50, 95% CI 0.40-0.63 ($p < .001$), maka artinya pekerja yang menerima dukungan sosial berupa dukungan instrumental dan emosional dari *supervisor* dapat menurunkan peluang terjadinya *interrupted* RTW sebesar 50% (OR = 0.50). Pada penelitian ini, jika pemberian dukungan sosial dari rekan kerja dibandingkan dengan dukungan sosial dari *supervisor*, maka dukungan sosial dari rekan kerja (OR 0.70, 95% CI 0.55-0.90) ($p < .001$) akan memiliki *odds* yang lebih tinggi tetapi jika dibandingkan dukungan sosial dari *supervisor* (Sears dkk., 2021).

4.5.3 Pemberian Dukungan Sosial dari Keluarga dan Teman

Terdapat 2 penelitian yang melaporkan korelasi antara pemberian dukungan sosial dari keluarga dan teman dengan tingkat RTW pasien yang menderita cedera muskuloskeletal. Penelitian Kendrick (2017) menunjukkan korelasi negatif yang tidak signifikan sedangkan penelitian Rashid (2021) menunjukkan korelasi negatif yang signifikan. Penelitian Kendrick (2017) menjelaskan bahwa dukungan sosial dari keluarga dan teman yang dinilai menggunakan *Crisis Support Scale* (CSS) dapat menurunkan peluang untuk mencapai RTW dalam bentuk *Partial* RTW sebesar 7% (OR 0.93).

Hal tersebut dapat dijelaskan karena pada penelitian ini tingkat dukungan sosial yang tinggi mencerminkan tekanan emosional atau gangguan fisik yang lebih parah sehingga kedua hal tersebut dapat mengurangi tingkat RTW pasien yang cedera (Kendrick dkk., 2017). Selain itu, karena pemberian dukungan sosial ini hanya diamati dalam periode satu bulan pasca cedera, sehingga dukungan tersebut dinilai masih belum bisa memberikan *buffering effect* (Kendrick dkk., 2017). *Buffering effect* merupakan proses dimana aspek psikososial, seperti pemberian dukungan sosial dapat mengurangi tekanan psikologis seseorang yang sedang mengalami peristiwa kehidupan yang negatif seperti mengalami cedera (Gellert dkk., 2018).

Penelitian Rashid (2021) yang meneliti pasien perempuan dengan cedera muskuloskeletal juga menunjukkan bahwa pemberian dukungan sosial dari keluarga dan teman dapat menurunkan peluang RTW dalam bentuk *partial* RTW. Perhitungan nilai OR 0.50; 95% CI 0.28-0.92 menunjukkan bahwa pekerja perempuan yang menerima dukungan sosial berupa dukungan instrumental dan emosional dari keluarga dan teman dapat menurunkan peluang untuk mencapai *partial* RTW sebesar 50% (OR = 0.50) (Rashid dkk., 2021).

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prang (2015) yang menyatakan bahwa pada pekerja perempuan yang mengalami cedera muskuloskeletal akibat kecelakaan lalu lintas, dukungan sosial dari keluarga atau teman justru berkorelasi negatif dengan tingkat RTW mereka (Prang dkk., 2015). Temuan ini juga dapat dijelaskan karena perilaku sosial pada wanita sering dikaitkan ekspresi verbal yang dominan, kehangatan, dan keintiman. Sehingga, apabila seorang pekerja wanita yang sedang mengalami cedera menerima dukungan sosial secara terus-menerus dan dari keluarga dan temannya, mereka akan cenderung menormalisasi kondisi sakit mereka dan akhirnya merasa nyaman untuk tidak kembali bekerja (Prang dkk., 2015).

Kondisi seperti ini dapat dijelaskan dalam model *operant conditioning* dimana perilaku tertentu, seperti keterbatasan seseorang yang mengalami cedera justru diperkuat dan dipertahankan oleh dukungan sosial yang positif dari orang di sekitarnya (Kwan dan Friel, 2002). Meskipun dalam dua artikel yang terinklusi di tinjauan sistematis ini dukungan sosial dari keluarga dan teman berkorelasi negatif dengan tingkat RTW, dukungan sosial dari keluarga dan teman pada kedua penelitian ini dikaitkan dengan penurunan tingkat depresi pada pasien yang mengalami cedera (Kendrick dkk., 2017; Rashid dkk., 2021).

4.6 Keterbatasan Penelitian

Meskipun tinjauan sistematis ini memberikan gambaran menyeluruh mengenai peran dukungan sosial terhadap peningkatan tingkat RTW pasien cedera muskuloskeletal, tinjauan sistematis ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, instrumen penilaian dukungan sosial yang digunakan dalam setiap studi berbeda. Namun demikian, karena tidak dilakukan meta-analisis, maka hal tersebut tidak menjadi masalah karena setiap instrumen penilaian dukungan sosial yang digunakan sudah tervalidasi dan bentuk RTW sudah dikelompokkan dengan jelas. Kedua, generalisasi subjek dalam penelitian ini terbatas di mana pengelompokkan jenis cedera muskuloskeletal dan jenis pekerjaan subjek berbeda-beda. Namun demikian, hal tersebut dapat diatasi karena meskipun jenis cedera dan pekerjaan subjek berbeda-beda, derajat keparahan cedera yang diderita subjek serupa, sehingga meskipun jenis pekerjaan mereka berbeda, dapat diasumsikan bahwa beban kerja yang harus mereka penuhi selama cedera sejenis. Ketiga, semua penelitian dilakukan di negara barat sehingga temuan dari tinjauan sistematis ini mungkin tidak dapat digeneralisasi kepada masyarakat Indonesia karena adanya perbedaan nilai-nilai sosial yang dianut. Selain itu, pada tinjauan sistematis ini hanya ada satu *reviewer* sehingga terdapat kemungkinan subjektivitas yang lebih besar. Namun, hal tersebut telah diatasi oleh penulis dengan penilaian risiko bias menggunakan alat ukur berstandar internasional sehingga hasil yang diperoleh menjadi lebih objektif.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang dilakukan oleh peneliti terhadap tujuh artikel yang terinklusi, diperoleh kesimpulan bahwa pemberian dukungan sosial dari *supervisor* dan rekan kerja dapat meningkatkan peluang tercapainya *partial* dan *sustained* RTW, serta menurunkan tingkat *interrupted* RTW. Dukungan tersebut berperan langsung dalam pembentukan iklim keselamatan kerja (*safety climate*) yang berkualitas dengan cara meningkatkan motivasi kerja dan komitmen organisasi pasien cedera muskuloskeletal. Sementara itu, dukungan sosial dari keluarga dan teman dapat menurunkan peluang tercapainya *partial* RTW. Dukungan tersebut dinilai dapat menimbulkan rasa nyaman yang membuat pasien cedera muskuloskeletal menormalisasi kondisi sakit mereka dalam jangka waktu yang panjang.

5.2 Saran

- a. Bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan populasi penduduk Indonesia.
- b. Bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian mengenai dukungan sosial terhadap proses RTW pada pasien dengan kondisi medis lainnya.
- c. Bagi penyedia layanan kesehatan agar membangun komunikasi dan koordinasi yang baik dengan penyedia lapangan kerja guna menghasilkan kerangka kerja yang baik untuk mendukung proses RTW yang aman dan berkesinambungan bagi pekerja yang cedera.
- d. Bagi masyarakat, khususnya keluarga, teman, dan rekan kerja pasien yang cedera agar menyadari pentingnya pemberian dukungan sosial untuk mempercepat dan memudahkan proses RTW pasien tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Aas, R. W., K. L. Ellingsen, P. Lindøe, dan A. Möller. 2008. Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 18(4):335–346.
- Bezabih, Y., B. Tesfaye, B. Melaku, dan H. Asmare. 2022. Pattern of orthopedic injuries related to road traffic accidents among patients managed at the emergency department in black lion hospital, addis ababa, ethiopia, 2021. *Open Access Emergency Medicine* . 14(1):347–354.
- Boštjančič, E. dan K. Galič. 2020. Returning to work after sick leave – the role of work demands and resources, self-efficacy, and social support. *Frontiers in Psychology*. 11(1):661.
- Chiu, C. Y., R. W. Motl, dan N. Ditchman. 2016. Validation of the social provisions scale in people with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*. 61(3):297–307.
- Croezen, S., H. S. J. Picavet, A. Haveman-Nies, W. M. Verschuren, L. C. de Groot, dan P. Van 'T Veer. 2012. Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? results from the doetinchem cohort study. *BMC Public Health*. 12(1):65.
- Downs, S. H. dan N. Black. 1998. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 52(6):377-384.
- Dueñas, M., B. Ojeda, A. Salazar, J. A. Mico, dan I. Failde. 2016. A review of chronic pain impact on Patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*. 9(1):457-467.
- Dunstan, D. A., K. Mortelmans, Å. Tjulin, dan E. MacEachen. 2015. The role of co-workers in the return-to-work process. *International Journal of Disability Management*. 10:1–7.
- Elfering, A. 2006. Work-related outcome assessment instruments. *European Spine Journal*. 1(1):32-34.
- Etuknwa, A., K. Daniels, dan C. Eib. 2019. Sustainable return to work: a systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 29(9):679-700.

- Fasihi Harandi, T., M. Mohammad Taghinasab, dan T. Dehghan Nayeri. 2017. The correlation of social support with mental health: a meta-analysis. *Electronic Physician*. 9(9):5212–5222.
- Fukuoka, Y., K. Dracup, M. Takeshima, N. Ishii, M. Makaya, L. Groah, dan E. Kyriakidis. 2009. Effect of job strain and depressive symptoms upon returning to work after acute coronary syndrome. *Social Science and Medicine*. 68(10):1875–1881.
- Gallo, J., M. Raska, E. Kriegova, dan S. B. Goodman. 2017. Inflammation and its resolution and the musculoskeletal system. *Journal of Orthopaedic Translation*. 10(1):52-67.
- Gellert, P., A. Häusler, R. Suhr, M. Gholami, M. Rapp, A. Kuhlmeier, dan J. Nordheim. 2018. Testing the stress-buffering hypothesis of social support in couples coping with early-stage dementia. *PLoS ONE*. 13(1)
- Goplen, C. M., W. Verbeek, S. H. Kang, C. A. Jones, D. C. Voaklander, T. A. Churchill, dan L. A. Beaupre. 2019. Preoperative opioid use is associated with worse patient outcomes after total joint arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 20(1):234.
- Gray, H. dan H. Vandyke. 2016. *Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice*. Edisi 41. London: Elsevier.
- Hardy, C. J., J. M. Richman, dan L. B. Rosenfeld. 2016. The role of social support in the life stress/injury relationship. *The Sport Psychologist*. 5(2):128–139.
- Hart, N., R. Usher Newton, J. Tan, dan T. Rantalainen. 2020. Biological basis of bone strength: anatomy, physiology and measurement. *Journal of Musculoskeletal and Neuronal Interactions*. 20(3) 347-371.
- Haveraaen, L. A., L. S. Skarpaas, J. E. Berg, dan R. W. Aas. 2016. Do psychological job demands, decision control and social support predict return to work three months after a return-to-work (rtw) programme? the rapid-rtw cohort study. *Work*. 53(1):61–71.
- Hill, J. C. dan J. M. Fritz. 2011. Psychosocial influences on low back pain, disability, and response to treatment. *Physical Therapy*. 91(5):712-721.
- Hooper, P., J. W. Jutai, G. Strong, dan E. Russell-Minda. 2008. Age-related macular degeneration and low-vision rehabilitation: a systematic review. *Canadian Journal of Ophthalmology*. 43(2):180-187.

- Hruschak, V. dan G. Cochran. 2018. Psychosocial predictors in the transition from acute to chronic pain: a systematic review. *Psychology, Health and Medicine*. 23(10):1151–1167.
- Idarraga, A. J., A. Wright-Chisem, D. D. Bohl, S. Lee, J. Lin, G. B. Holmes, dan K. S. Hamid. 2019. Functional capacity evaluation for work-related injuries to the foot and ankle is associated with low return to work rate. *Foot & Ankle Orthopaedics*. 4(4):2473011419S0022.
- Jetha, A., A. D. LaMontagne, R. Lilley, S. Hogg-Johnson, M. Sim, dan P. Smith. 2017. Workplace social system and sustained return-to-work: a study of supervisor and co-worker supportiveness and injury reaction. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 28(3):486–494.
- Kamp, T., M. Stevens, J. van Beveren, P. C. Rijk, R. Brouwer, S. Bulstra, dan S. Brouwer. 2022. Influence of social support on return to work after total hip or total knee arthroplasty: a prospective multicentre cohort study. *BMJ Open*. 12(5):e059225.
- Kemendes RI. 2019. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK/01/07/MENKES/270/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Penatalaksanaan Fraktur.
- Kendrick, D., C. Coupland, J. Whitehead, S. Joseph, R. Morriss, P. Dhiman, B. Kellezi, K. Beckett, N. Christie, J. Sleney, dan J. Barnes. 2017. Psychological morbidity and return to work after injury: multicentre cohort study. *British Journal of General Practice*. 67(661):e555–e564.
- Krishnan, K. S., G. Raju, dan O. Shawkataly. 2021. Prevalence of work-related musculoskeletal disorders: psychological and physical risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(17):9361
- Kwan, O. dan J. Friel. 2002. Clinical relevance of the sick role and secondary gain in the treatment of disability syndromes. *Medical Hypotheses*. 59(2):129–134.
- Laisné, F., C. Lecomte, dan M. Corbière. 2013. Biopsychosocial determinants of work outcomes of workers with occupational injuries receiving compensation: a prospective study. *Work*. 44(2):117–132.
- Lane, T. J., R. Lilley, S. Hogg-Johnson, A. D. LaMontagne, M. R. Sim, dan P. M. Smith. 2017. A prospective cohort study of the impact of return-to-work coordinators in getting injured workers back on the job. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 28(2):298–306.

- Lysaght, R. dan S. Larmour. 2008. An exploration of social support as a factor in the return-to-Work process. *IOS Press*. 30(3):255-66.
- Maas, E. T., M. Koehoorn, dan C. B. Mcleod. 2021. Does gradually returning to work improve time to sustainable work after a work-acquired musculoskeletal disorder in british columbia, canada? a matched cohort effectiveness study. *Occupational and Environmental Medicine*. 78(10):715–723.
- Makino, K., S. Lee, S. Bae, S. Jung, Y. Shinkai, I. Chiba, dan H. Shimada. 2019. Pain characteristics and incidence of functional disability among community-dwelling older adults. *PLoS ONE*. 14(4): e0215467.
- Mielenz, T. J., J. M. Garrett, dan T. S. Carey. 2008. Association of psychosocial work characteristics with low back pain outcomes. *Spine*. 33(11):1270-5.
- Moore, K. L., A. M. R. Agur, dan A. F. Dalley. 2015. *Essential Clinical Anatomy*. Edisi 5. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Muñoz-Laboy, M., N. Severson, A. Perry, dan V. Guilamo-Ramos. 2014. Differential impact of types of social support in the mental health of formerly incarcerated latino men. *American Journal of Men's Health*. 8(3):226–239.
- Murgatroyd, D. F., I. A. Harris, Y. Tran, dan I. D. Cameron. 2016. Predictors of return to work following motor vehicle related orthopaedic trauma. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 17(1):171.
- Nabian, M. H., S. A. Zadegan, ; Leila, O. Zanjani, dan S. R. Mehrpour. 2017. Epidemiology of joint dislocations and ligamentous/ tendinous injuries among 2,700 Patients: five-year trend of a tertiary center in iran. *The Archives of Bone and Joint Surgery*. 5(6):426-434.
- Negussie, A., A. Getie, E. Manaye, dan T. Tekle. 2018. Prevalence and outcome of injury in patients visiting the emergency department of yirgalem general hospital, southern ethiopia. *BMC Emergency Medicine*. 18(1):14.
- Nunes, A. P., M. K. Richmond, F. C. Pampel, dan R. C. Wood. 2018. The effect of employee assistance services on reductions in employee absenteeism. *Journal of Business and Psychology*. 33(6):699–709.
- Nunn, J. dan S. Chang. 2020. What are systematic reviews? *WikiJournal of Medicine*. 7(1):1–11.

- Page, M. J., J. E. McKenzie, P. M. Bossuyt, I. Boutron, T. C. Hoffmann, C. D. Mulrow, L. Shamseer, J. M. Tetzlaff, E. A. Akl, S. E. Brennan, R. Chou, J. Glanville, J. M. Grimshaw, A. Hróbjartsson, M. M. Lalu, T. Li, E. W. Loder, E. Mayo-Wilson, S. McDonald, L. A. McGuinness, L. A. Stewart, J. Thomas, A. C. Tricco, V. A. Welch, P. Whiting, dan D. Moher. 2021. The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *The BMJ*. 10(1):89.
- Pollock, A. dan E. Berge. 2018. How to do a systematic review. *International Journal of Stroke*.13(2):138-156.
- Prang, K. H., J. Berecki-Gisolf, dan S. Newnam. 2015. Recovery from musculoskeletal injury: the role of social support following a transport accident. *Health and Quality of Life Outcomes*. 13(1):97.
- Quemelo, P. R. V., F. D. S. Gasparato, dan E. R. Vieira. 2015. Prevalence, risks and severity of musculoskeletal disorder symptoms among administrative employees of a brazilian company. *Work*. 52(3):533–540.
- Rashid, M., M. L. Kristofferzon, dan A. Nilsson. 2021. Predictors of return to work among women with long-term neck/shoulder and/or back pain: a 1-year prospective study. *PLoS ONE*.16(11): e0260490.
- Rastogi, D., S. Meena, V. Sharma, dan G. K. Singh. 2014. Epidemiology of patients admitted to a major trauma centre in northern india. *Chinese Journal of Traumatology - English Edition*. 17(2):103–107.
- Reeuwijk, K. G., S. J. W. Robroek, M. A. J. Niessen, R. A. Kraaijenhagen, Y. Vergouwe, dan A. Burdorf. 2015. The prognostic value of the work ability index for sickness absence among office workers. *PLoS ONE*. 10(5): e0126969.
- Richmond, N. L., M. L. Meyer, A. G. Hollowell, E. E. Isenberg, R. M. Domeier, R. A. Swor, P. L. Hendry, D. A. Peak, N. K. Rathlev, J. S. Jones, D. C. Lee, C. W. Jones, dan T. F. Platts-Mills. 2018. Social support and pain outcomes after trauma exposure among older adults. *Clinical Journal of Pain*. 34(4):366–374.
- Schug, C., E. Morawa, F. Geiser, N. Hiebel, P. Beschoner, L. Jerg-Bretzke, C. Albus, K. Weidner, S. Steudte-Schmiedgen, A. Borho, M. Lieb, dan Y. Erim. 2021. Social support and optimism as protective factors for mental health among 7765 healthcare workers in germany during the covid-19 pandemic: results of the voice study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(7):3827.
- Schultz, I. Z. dan R. J. Gatchel. 2016. Handbook of Return to Work From Research to Practice. Edisi 1. New York: Springer.

- Sears, J. M., B. A. Schulman, D. Fulton-Kehoe, dan S. Hogg-Johnson. 2021. Workplace organizational and psychosocial factors associated with return-to-work interruption and reinjury among workers with permanent impairment. *Annals of Work Exposures and Health*. 65(5):566–580.
- Sloan, J. 2008. Soft tissue Injuries: introduction and basic principles. *Emergency Medicine Journal*. 25(1):33-37.
- Soer, R., C. P. van der Schans, J. W. Groothoff, J. H. B. Geertzen, dan M. F. Reneman. 2008. Towards consensus in operational definitions in functional capacity evaluation: a delphi survey. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 18(4):389–400.
- Steigen, A. M., B. G. Eriksson, R. E. Kogstad, dan D. Bergh. 2022. The meaning of social support in nature-based services for young adults with mental health problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(3):1638.
- Subhy Alsheikhly, A. 2019. Essentials of Accident and Emergency Medicine. Edisi 1. Qatar: Intechopen.
- Sun, L. L., D. Liu, T. Chen, dan M. T. He. 2019. Road traffic safety: an analysis of the cross-effects of economic, road and population factors. *Chinese Journal of Traumatology - English Edition*. 22(5):290–295.
- Torgbenu, E. L., E. K. Nakua, H. Kyei, E. Badu, dan M. P. Opoku. 2017. Causes, trends and severity of musculoskeletal injuries in ghana. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 18(1):349.
- Yang, J., J. T. Schaefer, N. Zhang, T. Covassin, K. Ding, dan E. Heiden. 2014. Social support from the athletic trainer and symptoms of depression and anxiety at return to play. *Journal of Athletic Training*. 49(6):773–779.
- Zuo, B., K. Yang, Y. Yao, S. Han, S. Nie, dan F. Wen. 2021. The relationship of perceived social support to feelings of hopelessness under covid-19 pandemic: the effects of epidemic risk and meaning in life. *Personality and Individual Differences*. 12(1):183

LAMPIRAN

Lampiran 1. PRISMA Checklist

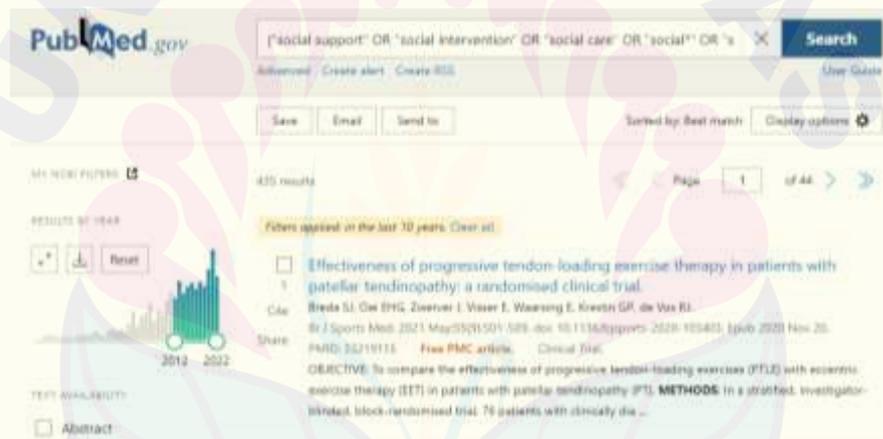
Section and Topic	Item #	Checklist Item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the synthesis.	
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study/intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	
	13d	Describe any methods used to synthesise results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesised results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	
Results of synthesis	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesised results.	
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases), for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

Lampiran 2. Proses Pencarian Literatur

Proses pencarian sumber data dilakukan pada tiga basis data, yaitu PubMed, Springer, dan Cochrane Library. Pencarian dilakukan menggunakan kata kunci yang disusun menggunakan *Boolean operator* dan disesuaikan dengan MeSH.

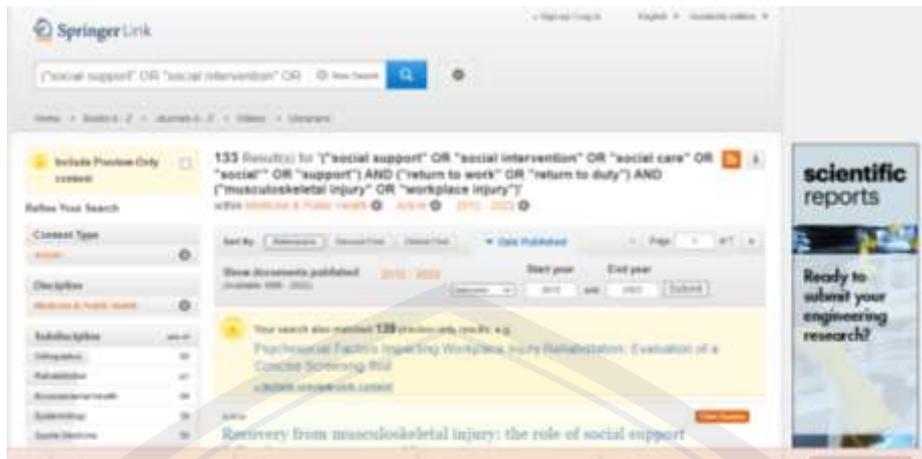
1. Basis data PubMed

Kata kunci yang digunakan adalah sebagai berikut: (“social support” OR “social intervention” OR “social care” OR “social*” OR “support”) AND (“return to work” OR “return to duty”) AND (“musculoskeletal injury” OR “workplace injury”). Total literatur yang didapatkan pada basis data PubMed adalah sebanyak 435 artikel (pada *advanced search* memberikan kriteria tahun 2012-2022).



2. Basis data Springer

Kata kunci yang digunakan adalah sebagai berikut: (“social support” OR “social intervention” OR “social care” OR “social*” OR “support”) AND (“return to work” OR “return to duty”) AND (“musculoskeletal injury” OR “workplace injury”). Total artikel yang ditemukan adalah 133 artikel.



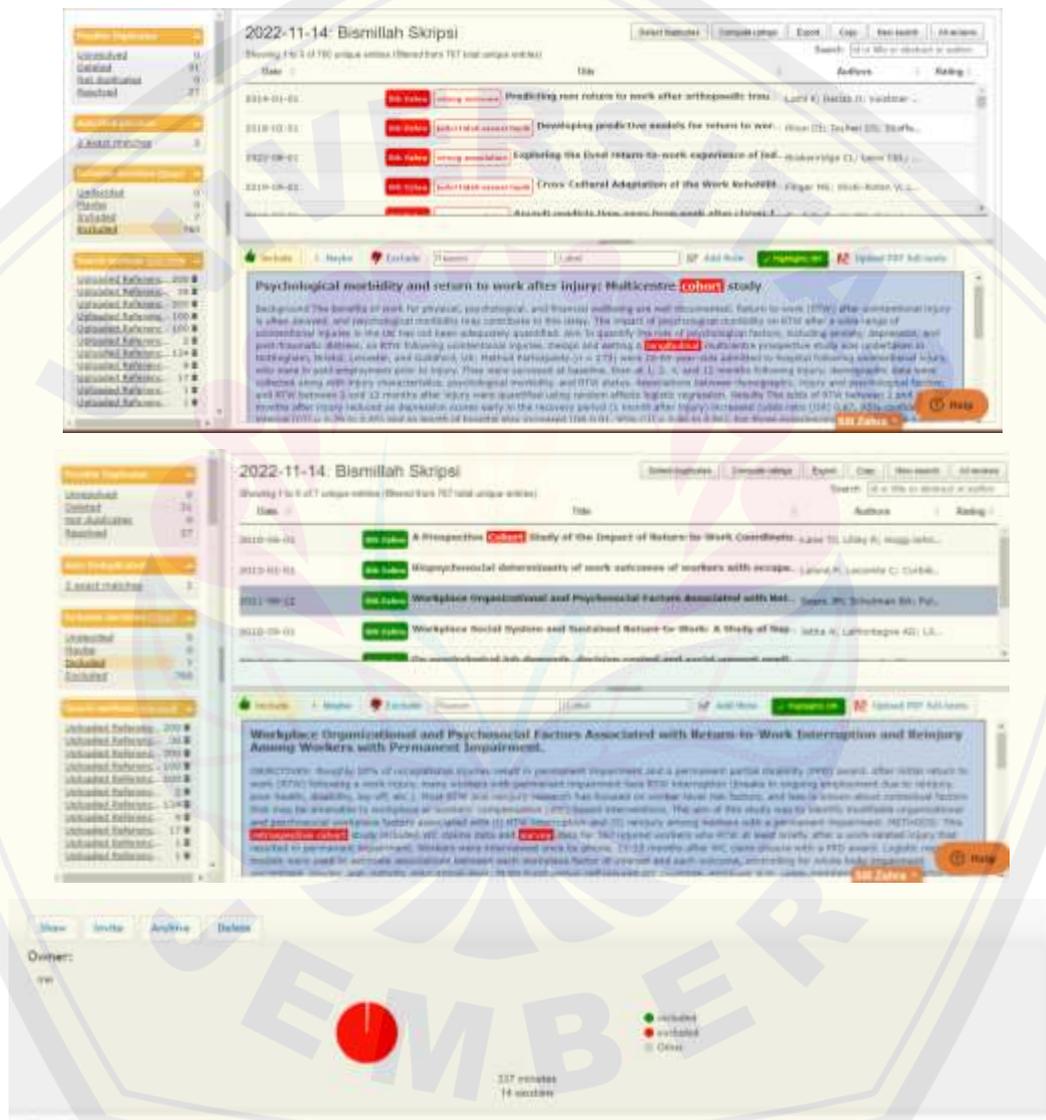
3. Basis data *Science Direct*

Kata kunci yang digunakan adalah sebagai berikut: (“social support” OR “social intervention” OR “social care” OR “support”) AND (“return to work” OR “return to duty”) AND (“musculoskeletal injury” OR “workplace injury”). Hasil artikel yang ditemukan adalah 202 artikel.



Lampiran 3. Proses Seleksi Data

Proses seleksi data dilakukan menggunakan aplikasi Rayyan.ai guna mempermudah peneliti. Proses seleksi data dilakukan berdasarkan duplikasi jurnal, kesesuaian judul dan abstrak, aksesibilitas jurnal, serta kesesuaian dengan kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian.



Lampiran 4. JBI Critical Appraisal Checklist

JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (including reason for exclusion)

Lampiran 5. Downs and Blacks checklist for Quality Assessment.

Downs and Black

Appendix

Guidelines for assessing study quality:

Rating

1. Is the hypothesis/objective of the study clearly described?

yes	1
no	0

2. Are the main outcomes to be measured clearly described in the hypotheses or Abstract (yes)? If the main outcomes are fully described in the Results section, the question should be answered as:

yes	1
no	0

3. Are the characteristics of the patients included in the study clearly described? In cohort studies and case-control studies inclusion and exclusion criteria should be given in unambiguous manner, a case definition and the source for source should be given.

yes	1
no	0

4. Are the interventions of interest clearly described? Treatments and placebo (where relevant) that are to be compared should be clearly described.

yes	1
no	0

5. Are the characteristics of principal confounders in study group of subjects to be compared clearly described? A list of principal confounders is provided.

yes	1
no	0

6. Are the main findings of the study clearly described? Sample estimates (with 95% confidence intervals and measures) should be reported for all main findings to draw the reader can check the main findings and conclusions. (The questions do not cover statistical tests which are considered below).

yes	1
no	0

7. Did the study provide estimates of the random variability in the data for the main outcome? In an normally distributed data the inter-quartile range of results should be reported. In normally distributed data the standard error, standard deviation or confidence interval should be reported. If the distribution of the data is not described, it must be assumed that the estimates and error measures and the question should be answered as:

yes	1
no	0

8. Have all important outcome events that may be a consequence of the intervention been reported? This should be answered as: if the study demonstrates that there was a complete absence of adverse events (A list of possible adverse events is provided).

yes	1
no	0

9. Have the characteristics of patients for a follow-up been described? This should be answered as: when there were no losses to follow-up or when losses to follow-up were so small that they would be considered as zero. This should be answered as: when a study does not report the number of patients lost to follow-up.

yes	1
no	0

10. How actual probability values have reported (e.g. 0.01) rather than (e.g. 0.01) for the main outcome event when the probability value is less than 0.05?

yes	1
no	0

Statistical validity

All the following criteria attempts to address the representativeness of the findings of the study and whether they may be generalised to the population from which the study subjects were derived.

11. Were the subjects asked to participate in the study representative of the entire population from which they were recruited? The study does not clearly the source population for patients and describe how the patients were selected. Patients could be representative if they comprised the entire source population, an unselected sample of consecutive patients, or a random sample. Random sampling is never feasible, where a list of all members of the selected population exists. Where a study does not report the proportion of the source population from which the patients were derived, the question should be answered as: no.

yes	1
no	0
unable to determine	0

Internal validity - confounding (selection bias)

12. Were the patients in different intervention groups (treat and control treated) or were the cases and controls (case-control) studies recruited from the same population? The example, patients for all comparison groups should be recruited from the same hospital. This question should be answered as: no if the source of the cases and controls was different. For example, the source of patients treated in the study.

yes	1
no	0
unable to determine	0

13. Were the subjects in different intervention groups (treat and control treated) or were the cases and controls (case-control) studies recruited over the same period of time? The study should have recruited the cases and controls over the same period of time. The question should be answered as: unable to determine.

yes	1
no	0
unable to determine	0

14. Were the subjects in different intervention groups (treat and control treated) or were the cases and controls (case-control) studies recruited from the same population? The example, patients for all comparison groups should be recruited from the same hospital. This question should be answered as: no if the source of the cases and controls was different. For example, the source of patients treated in the study.

yes	1
no	0
unable to determine	0

15. Was the randomisation sequence concealed from both patients and health care staff and occurrence was complete and predictable?

yes	1
no	0
unable to determine	0

16. If any of the results of the study were based on "less than half" was this result clear? Any results that had not been planned at the outset of the study should be clearly indicated. If no unambiguous unambiguous subgroup analyses were reported, then answer as:

yes	1
no	0
unable to determine	0

17. In trials and other studies, do the analyses adjust for different lengths of follow-up of patients in its randomised studies, in the time period between the intervention and outcome also same for cases and controls? When follow-up was the same for all study patients the answer should be yes. If different lengths of follow-up were adjusted for by, for example, inverse-proportion the answer should be yes. Studies where differences in follow-up are reported should be answered as:

yes	1
no	0
unable to determine	0

18. Were the statistical tests used to assess the main outcome appropriate? The statistical techniques used must be appropriate to the data. For example non-parametric methods should be used for small sample sizes. Where little statistical analysis has been undertaken but where there is no evidence of bias, the question should be answered as: no. If the distribution of the data (normal or not) is not described it must be assumed that the statistical test used was appropriate and the question should be answered as:

yes	1
no	0
unable to determine	0

19. Were compliance with the intervention reliable? Where there was non-compliance with the allocated treatment or where there was contamination of one group, the question should be answered as: no. For studies where the effect of any contamination was likely to flow in any direction to the null, the question should be answered as:

yes	1
no	0
unable to determine	0

20. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

21. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

22. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

23. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

24. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

25. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

26. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

27. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

28. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

29. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

30. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

31. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

32. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

33. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

34. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

35. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

36. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

37. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

38. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

39. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

40. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

41. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

42. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

43. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

44. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

45. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

46. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

47. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

48. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

49. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

50. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

51. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

52. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

53. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

54. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

55. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

56. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

57. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

58. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

59. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

60. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

61. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

62. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

63. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

64. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

65. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

66. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

67. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

68. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

69. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

70. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

71. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

72. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

73. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

74. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

75. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

76. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

77. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

78. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

79. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

80. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

81. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

82. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

83. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

84. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

85. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

86. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

87. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

88. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

89. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

90. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

91. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

92. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

93. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

94. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

95. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

96. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

97. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

98. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

99. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

100. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

101. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

102. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

103. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

104. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

105. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

106. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

107. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

108. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

109. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

110. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

111. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

112. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

113. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

114. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

115. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

116. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

117. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

118. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

119. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

120. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

121. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

122. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

123. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

124. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

125. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

126. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

127. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

128. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

129. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

130. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

131. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

132. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

133. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

134. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

135. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

136. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

yes	1
no	0
unable to determine	0

137. How the main outcome measure used accuracy (valid and reliability)?

DIGITAL REPOSITORY UNIVERSITAS JEMBER

Lampiran 6. Hasil penilaian menggunakan *Downs and Blacks Checklist*

	Haveraaen (2016)	Jetha (2017)	Kendrick (2017)	Laisne (2013)	Lane (2017)	Rashid (2021)	Sears (2021)
Reporting							
Q1	1	1	1	1	1	1	1
Q2	1	1	1	1	1	1	0
Q3	1	1	0	1	1	1	1
Q4	0	0	1	0	0	1	0
Q5	2	0	1	0	1	0	1
Q6	1	1	1	1	1	1	0
Q7	1	1	0	0	0	1	0
Q8	0	0	0	0	1	0	1
Q9	1	0	1	1	1	1	1
Q10	1	0	1	1	0	1	1
External validity							
Q11	1	1	1	1	1	1	1
Q12	1	1	1	1	1	1	1
Q13	0	1	0	0	0	1	0
Bias							
Q14	0	0	0	0	0	0	0
Q15	0	1	0	0	0	0	0
Q16	1	1	0	0	1	0	0
Q17	1	1	1	1	1	0	1

DIGITAL REPOSITORY UNIVERSITAS JEMBER

Lanjutan

	Haveraaen (2016)	Jetha (2017)	Kendrick (2017)	Laisne (2013)	Lane (2017)	Rashid (2021)	Sears (2021)
Q18	1	1	1	1	1	1	1
Q19	0	0	1	1	0	1	0
Q20	1	1	0	1	1	1	1
Confounding							
Q21	1	1	0	1	1	1	1
Q22	1	1	1	1	0	0	1
Q23	0	0	0	0	0	0	0
Q24	0	1	1	0	0	0	0
Q25	1	1	1	1	1	0	0
Q26	1	1	1	1	1	1	1
Power							
Q27	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL	20	19	17	18	18	17	15
KUALITAS	BAIK	SEDANG	SEDANG	SEDANG	SEDANG	SEDANG	SEDANG

Lampiran 7. Hasil Ekstraksi Studi Terinklusi

Penulis, Tahun	Jumlah partisipan	Karakteristik partisipan	Sumber dukungan sosial	Penilaian dukungan sosial	Temuan	Kesimpulan
Haveraaen dkk., 2013	251 (191 perempuan, 60 laki-laki)	Cedera muskuloskeletal akibat kerja 144 (57.4%) Gangguan mental 40 (15.9%) Lainnya 67 (26.7%)	Rekan kerja dan <i>supervisor</i>	JCQ (skor tidak dilaporkan)	Asosiasi dukungan sosial dengan tingkat RTW pasca 6 bulan <i>follow-up</i> Dukungan sosial kombinasi (OR 2.7; 95% CI 1.3-5.8), p = 0.009 Dukungan sosial rekan kerja (OR 3.4; 95% CI 1.5-7.9), p = 0.004 Dukungan sosial <i>supervisor</i> (OR 3.9; 95% CI 1.67-3), p = 0.002	Terdapat asosiasi positif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dari rekan kerja dan <i>supervisor</i> dengan tercapainya <i>partial</i> RTW pasien cedera muskuloskeletal
Jetha dkk., 2017	551 (270 perempuan, 281 laki-laki)	Cedera muskuloskeletal akibat kerja 410 (74.4%) Cedera psikologis 141 (25.6%)	Rekan kerja dan <i>supervisor</i>	<i>Self-developed item measure</i> (Mean ± SD) Rekan kerja 9.9±4.3 Supervisor 8.1±4.0	Asosiasi antara dukungan sosial dengan tingkat RTW setelah 6 bulan <i>follow-up</i> Dukungan sosial rekan kerja (OR 1.2; 95% CI 0.67-2.1) p < .001 Dukungan sosial <i>supervisor</i> (OR 2.3; 95% CI 1.4-3.9) p < .001	Terdapat asosiasi positif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dari rekan kerja dan <i>supervisor</i> dengan tercapainya <i>sustained</i> RTW pasien cedera muskuloskeletal.

DIGITAL REPOSITORY UNIVERSITAS JEMBER

Lanjutan

Penulis, Tahun	Jumlah partisipan	Karakteristik partisipan	Sumber dukungan sosial	Penilaian dukungan sosial	Temuan	Kesimpulan
Kendrick dkk., 2017	273 (132 perempuan, 141 laki-laki)	Cedera muskuloskeletal (tidak spesifik) <i>Falls injury</i> 159 (58.2%) Kecelakaan lalu lintas 63 (23.1%) <i>Struck injury</i> 23 (8.4%) Lainnya 28 (10.3%)	Keluarga dan teman	CSS (skor tidak dilaporkan)	Asosiasi dukungan sosial dengan tingkat RTW pasca 1 bulan <i>follow-up</i> (OR 0.93, 95% CI 0.88-0.99) $p > 0.05$.	Terdapat asosiasi negatif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dari keluarga dan teman dengan tingkat <i>partial</i> RTW pasien cedera muskuloskeletal.
Laisne dkk., 2013	62 (perempuan 15, laki-laki 47)	Cedera muskuloskeletal akibat kerja yang diklasifikasikan berdasarkan bagian tubuh yang terkena Tulang belakang 26 (41.9%) Ekstremitas atas 17 (27.4%) Ekstremitas bawah 8 (12.9%) Multipel 10 (16.1%) Lainnya 1 (1.6%)	Rekan kerja	<i>Self-developed item measure</i> Mean [SD] 8 bulan <i>follow-up</i> 6.41 [0.76]	Asosiasi antara dukungan sosial dengan tingkat RTW setelah 8 bulan <i>follow-up</i> . (OR 2.63, 95% CI 1.05–6.58) $p = 0.04$	Terdapat asosiasi positif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dari rekan kerja dengan tercapainya <i>partial</i> RTW pasien cedera muskuloskeletal.

Lanjutan

Penulis, Tahun	Jumlah partisipan	Karakteristik partisipan	Sumber dukungan sosial	Penilaian dukungan sosial	Temuan	Kesimpulan
Lane dkk., 2017	634 (285 perempuan, 348 laki-laki)	Cedera muskuloskeletal ekstremitas atas 497 (78.3%) Gangguan mental 137 (21.7%)	<i>Supervisor</i>	COPSOQ (skor tidak dilaporkan)	Asosiasi antara dukungan sosial dengan tingkat RTW setelah 6 bulan <i>follow-up</i> Kualitas baik (OR 2.50; 95% CI 1.74-3.60)	Terdapat asosiasi positif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dari <i>supervisor</i> dengan tercapainya <i>sustained</i> RTW pasien cedera muskuloskeletal.
Rashid dkk., 2021	141 perempuan	Cedera muskuloskeletal akibat kerja yang diklasifikasikan berdasarkan bagian tubuh yang terkena Leher/bahu 97 (37.6%) Punggung 101 (38.9%) Kombinasi 61 (23.5%)	Keluarga dan teman	<i>Multi-dimensional Pain Inventory</i> (Mean \pm SD) 3.13 \pm 0.8 (p= 0.001)	Asosiasi antara dukungan sosial dengan tingkat RTW setelah 1 tahun <i>follow-up</i> (OR 0.50; 95% CI 0.28-0.92) p=0.03	Terdapat asosiasi negatif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dari keluarga dan teman dengan tercapainya partial RTW pasien cedera muskuloskeletal

Lanjutan

Penulis, Tahun	Jumlah partisipan	Karakteristik partisipan	Sumber dukungan sosial	Penilaian dukungan sosial	Temuan	Kesimpulan
Sears dkk., 2021	567 (184 perempuan, 383 laki-laki)	Cedera muskuloskeletal akibat kerja yang diklasifikasikan berdasarkan <i>whole person impairment scale</i> <10% <i>whole body impairment</i> 440 (77.6%) >10% <i>whole body impairment</i> 127 (22.40%)	Rekan kerja dan <i>Supervisor</i>	JCC (Mean [SD]) 6.84 [1.34]	Asosiasi antara dukungan sosial dengan <i>interrupted RTW</i> setelah 1 tahun <i>follow-up</i> Dukungan sosial kombinasi (0.53, 95% CI 0.41-0.67) p < .001 Dukungan sosial rekan kerja (0.70, 95% CI 0.55-0.90) p= 0.006 Dukungan sosial <i>supervisor</i> (0.50, 95% CI 0.40-0.63) p <.001	Terdapat korelasi negatif yang signifikan antara pemberian dukungan sosial dengan tingkat <i>interrupted RTW</i> pasien cedera muskuloskeletal.