



Modul 7

FEB 326-Evidence-Based Practice Fisioterapi

Materi 7

Evaluasi *Outcome* dan Asesmen Proses Praktik

Disusun Oleh

Wahyuddin

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2019

Pendahuluan

Evaluasi dapat meliputi evaluasi hasil atau proses praktik. Pengukuran hasil berpotensi memberikan beberapa wawasan tentang efektivitas praktek. Namun, ukuran klinis dari hasil yang perlu ditafsirkan dengan cermat karena berpotensi menyesatkan. Kita berpendapat bahwa ukuran klinis dari hasil yang paling berguna ketika ada sedikit bukti kuat untuk efek intervensi dan ketika hasil yang ekstrim (sangat baik atau sangat buruk). Ketika bukti kuat, atau ketika hasil kurang ekstrem, lebih berguna untuk mengevaluasi proses. Evaluasi proses praktek klinis dapat melibatkan proses audit formal, *peer review* kinerja klinis, atau praktek reflektif. Proses fisioterapi berbasis bukti dimulai dan diakhiri dengan mempertanyakan praktek sendiri. Setelah mengajukan pertanyaan klinis, mencari dan kritisi bukti, dan mengimplementasikan praktik berbasis bukti. Merupakan hal konstruktif untuk merefleksikan apakah proses itu dilakukan dengan baik dan menghasilkan hasil yang terbaik untuk pasien. Kita menyebutnya sebagai evaluasi.

Menilai Hasil Pasien: Pengukuran Klinis

Secara historis, pengukuran hasil bukan merupakan bagian dari praktik klinis rutin. Fisioterapis (dan, dalam hal ini, sebagian besar profesional kesehatan lainnya) tidak secara sistematis mengumpulkan data pada hasil pasien. Biasanya, fisioterapi memperoleh informasi tentang efektivitas praktek mereka secara kebetulan, dari kesan mereka hasil klinis atau dari pasien ' komentar tentang kepuasan mereka (atau ketidakpuasan) dengan layanan fisioterapi. Dalam waktu yang lebih baru telah ada tekanan pada fisioterapi untuk menjadi lebih bertanggung jawab atas praktik mereka. Tekanan datang dari pembuat kebijakan pelayanan kesehatan, mereka yang mengalokasikan dan dana pelayanan kesehatan (pemerintah, asuransi, manajer), dan dari dalam profesi fisioterapi. Salah satu kekuatan pendorong telah menjadi persepsi bahwa fisioterapis harus membenarkan apa yang mereka lakukan. Dengan memberikan bukti hasil klinis yang baik fisioterapis dapat menunjukkan bahwa apa yang mereka lakukan adalah berharga.

Evolusi budaya di mana fisioterapis secara rutin mengukur hasil klinis dengan alat yang divalidasi mungkin telah menghasilkan peningkatan efektivitas praktik fisioterapi. Karena itu pengumpulan data hasil secara sistematis berfokus pada pasien dan terapis. Implikasi adalah bahwa ukuran hasil dapat memberikan pembenaran untuk intervensi.

Bagaimana kita bisa menafsirkan pengukuran hasil?

Hasil pengukuran mengukur hasil dan tidak mengukur efek intervensi. Hasil intervensi dan efek dari intervensi adalah hal yang sangat berbeda. Implikasi adalah bahwa hasil yang baik tidak harus menunjukkan bahwa intervensi itu efektif (karena hasil yang baik mungkin terjadi bahkan tanpa intervensi). Dan hasil yang buruk tidak selalu menunjukkan bahwa intervensi tidak efektif (karena hasilnya mungkin lebih buruk masih tanpa intervensi). Akibatnya, kita melihat ke uji coba acak untuk mencari tahu tentang efek dari intervensi. Ini menyiratkan suatu keyakinan bahwa hasil klinis langkah tidak harus diandalkan untuk memberikan informasi yang dapat diandalkan tentang efektivitas intervensi. Hal ini tidak logis, di satu sisi, untuk melihat ke uji coba terkontrol acak untuk bukti efek intervensi, sementara di sisi lain untuk mencari pembenaran untuk efektivitas praktek klinis dengan pengukuran yang tidak terkontrol hasil klinis.

Lebih lanjut, jalur penalaran ini menunjukkan bahwa, setidaknya dalam beberapa keadaan, ukuran hasil klinis pasien tidak memiliki peran dalam mempengaruhi keputusan tentang penanganan pasien. Menurut pandangan ini, uji acak memberikan informasi yang lebih baik tentang efek intervensi dari ukuran hasil klinis. Jadi keputusan tentang intervensi untuk pasien tertentu harus didasarkan sepenuhnya pada temuan uji acak, tanpa memperhatikan efek nyata dari penanganan yang disarankan oleh ukuran hasil klinis pada pasien. Alasannya bahwa yang terbaik yang dapat kita ketahui dari efek pengobatan (dari uji acak) mengatakan kepada kita bahwa intervensi ini biasanya menghasilkan efek bermanfaat secara klinis.

Dalam pendekatan empiris, intervensi selalu diikuti oleh penilaian. Jika hasil membaik, intervensi dapat dilanjutkan sampai masalah teratasi sepenuhnya. Jika hasil tidak membaik, atau memburuk, intervensi dimodifikasi atau dihentikan. Pendekatan ini tampaknya masuk akal, tetapi melibatkan membuat keputusan klinis atas dasar informasi yang sangat sulit untuk menafsirkan. Pendekatan empiris, di mana keputusan klinis didasarkan pada pengukuran yang cermat dari hasil, bukan berbasis bukti fisioterapi. Jika kita mendasarkan keputusan klinis tentang intervensi secara eksklusif pada penelitian klinis tersebut, ukuran hasil klinis dapat memiliki sedikit peran dalam pengambilan keputusan klinis atau dalam justifikasi praktek klinis. Intervensi dapat direkomendasikan tanpa mempertimbangkan hasil mereka.

Apakah ada peran untuk mengukur hasil klinis dalam pengambilan keputusan klinis? Kita berpikir bahwa, ketika ada bukti efek dari intervensi dari uji klinis tersebut,

pendekatan yang masuk akal untuk pengambilan keputusan klinis terletak di suatu tempat antara dua ekstrem dari pendekatan empiris sepenuhnya mana pengambilan keputusan klinis didasarkan hanya pada penelitian klinis berkualitas tinggi tanpa memperhatikan hasil. Konsekuensinya, pengamatan klinis ekstrem (hasil yang sangat baik atau sangat buruk) cenderung ' nyata ' (bias dalam gambaran klinis). Di sisi lain, interpretasi kualitatif pengamatan khas (perbaikan kecil dalam hasil) bisa masuk akal.

Apa arti ini dalam praktik? Ini berarti, pertama-tama, bahwa ada nilai dalam pengukuran hasil klinis yang cermat, karena hasil klinis yang ekstrim mempengaruhi pengambilan keputusan klinis. Ini juga berarti bahwa tingkat menganggap kita membayar untuk ukuran hasil klinis tergantung pada seberapa ekstrem hasil. Ketika hasil yang sangat miskin kita harus menghentikan intervensi, bahkan jika uji klinis terbaik mengatakan kepada kita bahwa intervensi adalah, rata-rata, efektif: hasil yang sangat buruk tidak mungkin dapat dijelaskan hanya dengan efek konfounding seperti kondisi alami, regresi statistik, kesungkapan pasien dan sebagainya-mungkin juga mencerminkan bahwa orang ini benar-benar merespon buruk terhadap intervensi. Di sisi lain, hasil buruk kurang ekstrem mungkin cukup diabaikan, dan intervensi mungkin bertahan dengan, terlepas dari hasil yang cukup miskin, jika uji klinis terbaik memberikan bukti kuat bahwa intervensi menghasilkan, rata-rata, efek yang bermanfaat secara klinis. Dalam semua situasi, pengambilan keputusan klinis harus diberitahu oleh ' preferensi dan nilai pasien.

Pengukuran hasil klinis langkah menjadi lebih penting ketika ada sedikit atau tidak ada bukti dari uji acak tersebut. Dalam hal ini, alternatif yang baik untuk tidak campur tangan sama sekali, atau untuk campur tangan dengan tidak adanya bukti kualitas tinggi dan menggunakan (berpotensi menyesatkan) hasil klinis langkah untuk memandu keputusan tentang intervensi. Sebaliknya, ketika ada bukti yang jelas tentang efek dari intervensi dari uji klinis berkualitas tinggi, langkah hasil klinis menjadi relatif tidak penting dan ukuran proses pelayanan menjadi lebih berguna.

Sebelum menyelesaikan pembahasan peran pengukuran klinis, kita mencatat bahwa ada peran lain dalam pengukuran hasil, selain dari peran yang terbatas dalam memberi tahu kami tentang dampak intervensi. Pengukuran hasil standar rutin berpotensi memberi kami data berguna lainnya. Mereka dapat digunakan untuk menghasilkan perkiraan khusus praktik prognosis. Sebagai contoh, seorang fisioterapis yang secara rutin menilai adanya atau tidak adanya nyeri bahu pada pasien stroke pada saat pelepasan setelah program rehabilitasi tungkai atas dapat

menggunakan data tersebut untuk menghasilkan prognosis spesifik praktik tentang risiko mengembangkan nyeri bahu pada saat keluarnya. Penting untuk mengenali bahwa data ini memiliki nilai prognostik yang berguna, tetapi mereka tidak memberikan bukti yang baik dari efektivitas atau intervensi.

Kita berpendapat bahwa hasil klinis memiliki dua peran. Pertama, memberikan informasi terbatas tentang efek dari intervensi pada pasien tertentu; tindakan tersebut sangat berguna bila ada sedikit atau tidak ada bukti efek intervensi dan ketika hasil ekstrim diamati. Kedua, jika data hasil standar dikumpulkan secara rutin, mereka berpotensi memberikan data prognostik khusus praktik. Dimana fisioterapis mengukur hasil klinis untuk tujuan ini mereka harus menggunakan alat pengukuran yang sesuai. Artinya, mereka harus memilih alat yang handal (tepat) dan valid yang merupakan salah satu komponen penting dalam psikometri pengukuran.

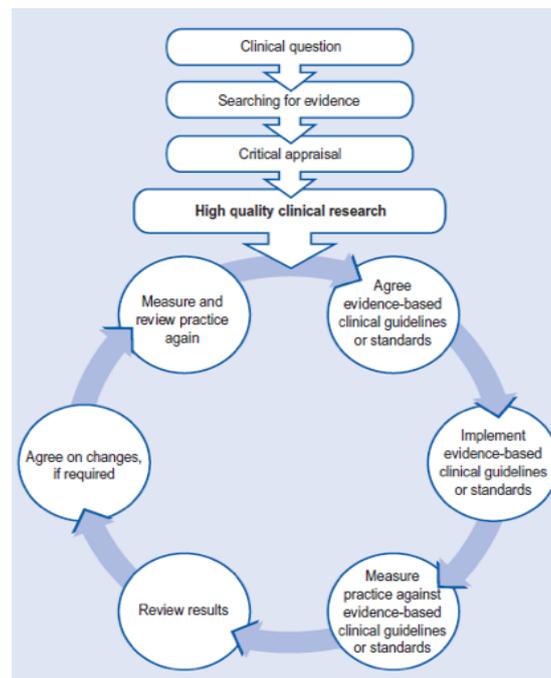
Mengkaji proses pelayanan: audit

Audit klinis didefinisikan sebagai proses peningkatan mutu yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan pasien dan hasil melalui tinjauan sistematis terhadap kriteria eksplisit dan pelaksanaan perubahan. Secara sederhana, audit adalah metode untuk membandingkan apa yang sebenarnya terjadi dalam praktik klinis terhadap standar atau pedoman yang disepakati. Kriteria audit harus didasarkan pada penelitian klinis berkualitas tinggi. Seperti yang kita lihat sebelumnya, ketika bukti dari efek dari intervensi yang kuat, audit proses adalah cara yang lebih tepat untuk mengevaluasi praktek daripada penggunaan ukuran hasil klinis.

Audit klinis adalah proses secara siklus. Komponen utama dari proses ini adalah:

- a. Pengaturan standar eksplisit atau kriteria untuk praktek.
- b. pengukuran kinerja aktual terhadap kriteria yang telah ditentukan.
- c. tinjauan kinerja, berdasarkan pengukuran
- d. perjanjian tentang praktek apa perbaikan diperlukan (jika ada).
- e. tindakan yang diambil untuk mengimplementasikan perbaikan yang disetujui
- f. pengukuran kinerja aktual yang diulang untuk mengkonfirmasi perbaikan (atau tidak).
- g. kelanjutan dari siklus.

Gambar 1 di bawah ini menunjukkan siklus audit tersebut:



Gambar 1. Siklus Audit

Audit praktik dapat dilakukan oleh individu praktisi (*self-audit*), tetapi lebih baik dilakukan oleh orang lain sehingga data yang dikumpulkan secara sistematis, objektif dan tanpa bias. Biasanya, sumber data adalah catatan pasien atau fisioterapi. Auditor (atau pengumpul data) meneliti contoh catatan untuk melihat apakah praktik, seperti yang tercatat, telah memenuhi standar berbasis bukti atau kriteria. Data tersebut kemudian digunakan untuk meninjau praktik, dan ada pertimbangan dari sejauh mana praktik mengikuti kriteria. Jika ada perbedaan antara kriteria dan kemudian praktik, ada pertimbangan mengapa hal ini terjadi. Sebuah rencana tindakan, atau rekomendasi, kemudian dapat disusun dan dilaksanakan, setelah itu latihan pengumpulan data lebih lanjut dapat dilakukan untuk melihat apakah terdapat peningkatan atau tidak.

Proses audit dapat digunakan untuk menjelaskan kualitas pelayanan dengan menilai apakah rekomendasi dari pedoman klinis berkualitas tinggi digunakan. Di sini, rekomendasi pedoman memberikan dasar kriteria untuk mengukur praktik klinis. Menilai apakah praktik adalah bukti berdasarkan terkait erat dengan mengukur kinerja. Mengukur kinerja mengacu pada pengukuran praktek klinis yang sebenarnya dan membandingkannya dengan praktek klinis yang diinginkan (Akl et al 2007).

Tujuan dari pengukuran kinerja adalah untuk mengumpulkan jumlah minimum informasi yang diperlukan untuk menentukan seberapa baik kinerja profesional pelayanan kesehatan dan apakah praktek dapat ditingkatkan. Hal ini sering penting untuk mengukur kinerja dasar sebelum melembagakan intervensi yang dirancang untuk meningkatkan kinerja. Hal ini membantu untuk:

- a. membenarkan intervensi peningkatan kualitas dengan menunjukkan kesenjangan antara praktek klinis yang sebenarnya dan diinginkan.
- b. perkirakan besarnya masalah. Kinerja *baseline* rendah menunjukkan ada banyak ruang untuk perbaikan, sedangkan kinerja *baseline* tinggi menunjukkan ada sedikit ruang untuk perbaikan (*ceiling effect*).
- c. identifikasi pola praktik dan faktor yang menentukan mereka; kita dapat menggunakan faktor ini untuk menyesuaikan intervensi.
- d. gunakan pengukuran sebagai bagian dari intervensi yang melibatkan umpan balik.
- e. nilai dampak intervensi dengan membandingkan pra (awal) dan kinerja pasca intervensi.

Pengukuran kinerja tergantung pada ketersediaan informasi, dan sumber kunci informasi adalah catatan medis. Dalam beberapa studi, rekomendasi pedoman dinyatakan sebagai kriteria atau pernyataan, dan penulis melaporkan proporsi fisioterapis yang melekat pada masing-masing kriteria. Dalam studi lain, perilaku praktik dilaporkan dengan mengacu pada prevalensi intervensi yang berbeda yang digunakan-prevalensi dibandingkan dengan prevalensi yang akan diantisipasi jika pedoman telah diikuti.

Ada beberapa tantangan metodologis yang muncul saat mengukur kinerja fisioterapi. Pertama, responden dalam banyak studi yang dipilih sendiri atau, jika sampel acak yang digunakan, sampel yang kecil dan *respon rates* rendah. Hal ini meningkatkan kemungkinan bias dalam data yang dianalisis dan dilaporkan. Kedua, dalam sebagian besar penelitian, para klinisi melaporkan praktik mereka sendiri. Ini adalah perhatian khusus dalam penggunaan sketsa klinis dan skenario kasus. Hal ini dipertanyakan apakah praktik yang dilaporkan berdasarkan sketsa klinis dan skenario kasus mencerminkan praktek yang sebenarnya pada pasien nyata.

Secara umum, audit layanan dilakukan sebagai bagian dari sistem jaminan kualitas organisasi. Hal ini dapat memberikan umpan balik yang berharga untuk fisioterapis individu tentang penggunaan bukti dalam praktik. Dampak terbesar untuk pasien akan terjadi dalam organisasi dimana ada budaya perbaikan terus-menerus dan kemauan untuk berubah. Namun, perlu untuk mengevaluasi dampak kegiatan peningkatan mutu pada hasil proses dan pasien (Øvretveit & Gustafson 2003).

Peer Review

Ini merupakan salah satu bentuk audit, yang merupakan penilaian kinerja klinis yang dilakukan oleh fisioterapis lain (rekan). Ini memberikan kesempatan bagi seorang individu untuk dievaluasi aspek praktiknya oleh seseorang dengan pengalaman yang sama, idealnya oleh seorang rekan terpercaya yang individu telah dipilih. Proses peninjauan harus dilakukan oleh kedua belah pihak dengan komitmen dan integritas, serta kepercayaan (*Chartered Society of Physiotherapy, 2000*). Prosesnya dapat menjadi kesempatan belajar bagi kedua belah pihak dan dapat digunakan secara khusus untuk meningkatkan keterampilan dalam penalaran klinis, penilaian profesional dan keterampilan reflektif, yang semuanya sulit untuk mengevaluasi dengan cara yang lebih objektif. Biasanya ulasan dilakukan oleh rekan memilih set catatan pasien atau catatan fisioterapi secara acak. Para rekan meninjau catatan, dan fisioterapis yang sedang ditinjau dapat kembali membiasakan dirinya dengan catatan.

Hal ini diikuti dengan diskusi yang berfokus pada keterampilan penalaran klinis fisioterapis. Diskusi dapat mempertimbangkan penilaian dan diagnosis, keputusan tentang intervensi, dan evaluasi setiap tahap pelayanan (*Chartered Society of Physiotherapy, 2000*). Penggunaan bukti untuk mendukung pengambilan keputusan juga dapat ditinjau. Setelah diskusi, rekan memiliki tanggung jawab untuk memberikan masukan untuk pelatihan lebih lanjut, belajar atau pengembangan untuk individu. Sebuah rencana aksi berjangka waktu harus disepakati.

Reflektif Terhadap Praktik

Reflektif adalah kegiatan profesional dimana praktisi berpikir kritis tentang praktik. Akibatnya, praktisi dapat memodifikasi tindakan, perilaku atau kebutuhan belajarnya. Latihan reflektif melibatkan peninjauan episode praktik untuk

mendeskripsikan, menganalisis, dan mengevaluasi aktivitas. Hal ini memungkinkan belajar di tingkat bawah sadar untuk dibawa ke tingkat di mana ia dapat diartikulasikan dan dibagi dengan orang lain. Kesempatan untuk berpikir ulang praktik menjadi alat untuk belajar profesional dan memberikan kontribusi kepada individu praktek pengetahuan dan keahlian klinis.

Seperti yang telah kita bahas pada materi-materi sebelumnya, fisioterapi berdasarkan bukti yang melibatkan merumuskan pertanyaan, mencari bukti, penilaian kritis, pelaksanaan dan evaluasi. Salah satu cara mengevaluasi kinerja adalah untuk merenungkan pertanyaan yang berkaitan dengan setiap langkah dari proses praktik berbasis bukti. Hal ini menyiratkan sebuah proses yang mungkin dimulai dengan meningkatkan kesadaran dan mendiskusikan berbagai sumber informasi, dan diakhiri dengan membingkai pertanyaan dan dengan menemukan dan menerapkan bukti. Apakah kita berpikir ada kebutuhan untuk penelitian klinis berkualitas tinggi untuk menginformasikan praktik fisioterapi? Apakah kita menantang kolega kita dengan bertanya apa yang mendasari praktik mereka?

Kita juga dapat mengevaluasi kinerja dengan mengajukan pertanyaan. Salah satu cara untuk melakukan ini adalah dengan mencatat pertanyaan yang diajukan dan memeriksa apakah pertanyaan itu dijawab dan diterjemahkan ke dalam pencarian literatur. Dalam pengalaman kami, ketika ahli fisioterapi telah belajar bahwa ada berbagai jenis pertanyaan, bertanya dan mencari menjadi jauh lebih mudah. Ketika kita menjadi lebih terampil dalam merumuskan pertanyaan, kita mungkin juga mulai mencoba untuk menemukan jawaban atas pertanyaan kolega dan mempromosikan budaya bertanya di lingkungan tempat kerja kita.

Selanjutnya, pertimbangkan bagaimana kita membaca suatu artikel. Apakah kita mulai dengan menilai validitas studi, atau apakah hanya membaca kesimpulan? Membaca dan mendiskusikan sebuah artikel bersama dengan rekan sangat berguna, menyenangkan, dan kita dapat belajar banyak. Apakah kita memiliki kelompok itu di tempat kerja? Dengan membaca lebih banyak studi kita akan menjadi lebih terampil dalam menafsirkan suatu artikel. Dan pertanyaan penting lainnya adalah kita merasa lebih percaya diri dalam membaca dan menerapkan hasil yang disajikan dalam suatu artikel yang merupakan hasil penelitian?

Akhirnya, pertanyaan yang paling penting dari semua ini adalah apakah saya menggunakan temuan dari penelitian berkualitas tinggi untuk meningkatkan praktik saya? Jika kita melakukan tanpa menerapkan penelitian yang relevan dan berkualitas

tinggi maka mungkin kita telah membuang-buang waktu dan sumber daya. Jika hal ini terjadi, pertimbangkan apa hambatan yang menghalangi kita menggunakan penelitian dalam praktik. Keputusan pelayanan kesehatan yang diinformasikan dibuat dengan mengintegrasikan penelitian, preferensi pasien dan pengetahuan praktik, sehingga dapat diinformasikan dapat dianggap sebagai hasil optimal dari praktik berbasis bukti.

Kesimpulan

Mengevaluasi kepuasan lebih dari persyaratan teknis untuk mengukur kualitas dan efek perawatan. Hal ini juga memberikan kesempatan untuk merefleksikan praktik. Dengan refleksi diri secara rutin, fisioterapis harus lebih mampu untuk menggabungkan bukti dari penelitian berkualitas tinggi dengan preferensi pasien dan praktik pengetahuan, sehingga menjadi praktisi yang lebih baik dengan berbasis bukti fisioterapi.

Daftar Pustaka

- Rob Herbert, Gro Jamtvedt, Kare Birger Hagen, Judy Mead, *Practical Evidence-Based Physiotherapy 2nd Ed*, (Elsevier Churchill Livingstone, London, 2011).
- Akl, E.A., Treweek, S., Foy, R., et al., 2007. NorthStar, a support tool for the design and evaluation of quality improvement interventions in healthcare. *Implementation Science: IS* 2, 19.
- Bell, K.J.L., Irwig, L., Craig, J.C., et al., 2008. Use of randomised trials to decide when to monitor response to new treatment. *BMJ* 336, 361–365.
- Chartered Society of Physiotherapy, 2000. Clinical audit tools. In: *Standards of physiotherapy practice pack*. CSP, London, pp. 1–56.
- Finch, E., Brooks, D., Stratford, P., et al., 2002. *Physical rehabilitation outcome measures: a guide to enhanced clinical decision making*, second ed. Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Jamtvedt, G., 2009. *Physiotherapy in patients with knee osteoarthritis*. In: *Clinical practice compared to findings from systematic reviews*. Thesis. Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Øvretveit, J., Gustafson, D., 2003. Using research to inform quality programmes. *BMJ* 326, 759–761.