



Modul 5  
FPG 122-Ilmu Perkembangan Gerak

Materi 5  
Evaluasi Fungsi, Kegiatan dan Partisipasi

Disusun Oleh  
Wahyuddin

UNIVERSITAS ESA UNGGUL  
2019

Tantangan kehidupan sehari-hari mencerminkan independensi fungsional kita dan kemampuan untuk berpartisipasi dalam keberhasilan kita memenuhi peran kehidupan. Apakah anak kecil mampu berbelanja bahan makanan, memasak, dan mengelola keuangan? Bagaimana dengan orang dewasa yang lebih tua? Bisakah orang dewasa berhasil menyeimbangkan tuntutan pekerjaan, rumah, keluarga, dan diri sendiri? Jawaban atas pertanyaan pertama, tentu saja tidak. Dalam masyarakat kita, kita peduli pada anak-anak sampai mereka mampu melakukan kegiatan ini. Akan tetapi, anak-anak mengembangkan keterampilan dalam mobilitas, berpakaian, dan kebersihan yang memungkinkan mereka mencapai tingkat kemandirian fungsional. Orang dewasa dan orang yang lebih tua ingin menjalani kehidupan mereka sesukses dan semandiri mungkin. Kadang kala, penyakit atau cedera dapat membatasi kemampuan fisik seseorang untuk berfungsi secara mandiri seperti yang dia inginkan, mengganggu kemampuan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penting dengan keluarga dan teman.

Tugas utama para profesional kesehatan adalah untuk meningkatkan kesehatan dan kemandirian fungsional klien. Kesehatan adalah keadaan fisik lengkap, mental, dan kesejahteraan sosial, bukan hanya karena tidak adanya penyakit dan kelemahan. Dalam intervensi medis, bedah, psikososial, dan rehabilitasi, para profesional berusaha untuk mempertahankan atau mengembalikan fungsi seseorang. Profesional kesehatan dapat meningkatkan kapasitas fungsional seseorang. Ketika intervensi meningkatkan kemampuan seseorang untuk berfungsi secara independen dan berpartisipasi dalam peran kehidupan, optimalisasi kesehatan dan kualitas hidup juga harus didukung.

Bagi fisioterapis, fokus intervensinya adalah pada fungsi fisik. Area fungsi fisik meliputi kemampuan seseorang untuk bergerak melalui lingkungan, melakukan kegiatan perawatan diri, berhasil menyelesaikan tugas pekerjaan, dan menikmati kegiatan rekreasi. Seberapa baik klien dapat berpindah dari satu tempat ke tempat lain? Apakah dia berhasil melakukan tugas yang berkaitan dengan profesi atau pekerjaan? Bisakah dia menangani dasar tugas-tugas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, dan makan? Bagaimana dengan tugas yang lebih sulit, seperti berbelanja, naik bus, atau membersihkan rumah? Bisakah klien menikmati waktu luang dan berekreasi? Penting bagi anak kecil untuk dapat bermain, tidak hanya untuk bersenang-senang dan mengisi waktu luang tetapi juga untuk belajar lebih banyak tentang dunia. Dengan memfokuskan intervensi dalam bidang-bidang ini, fisik dan pekerjaan ahli terapi dapat meningkatkan kemampuan klien untuk hidup secara mandiri, berpartisipasi dalam kegiatan kehidupan yang bermakna, dan meningkatkan kualitas hidupnya.

Bagi para profesional kesehatan untuk melayani klien mereka dengan sebaik-baiknya, mereka harus mampu dengan jelas, efisien, dan andal mengidentifikasi kegiatan apa yang bermakna dan perlu bagi setiap orang. Terapis harus menentukan pada tingkat apa klien dapat melakukan tugas-tugas penting sehari-hari. Evaluasi fungsional telah lama menjadi metode yang efektif untuk mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien,

Mengembangkan rencana perawatan yang tepat, dan mengevaluasi efektivitas pengobatan tersebut dari waktu ke waktu. Evaluasi fungsional terdiri dari mengamati kemampuan klien untuk melakukan aktivitas. Bila memungkinkan, kegiatan-kegiatan ini harus diperhatikan dalam lingkungan rumah dan komunitas. Fungsi dapat diukur bukan hanya dengan jarak yang bisa ditempuh seseorang untuk berjalan atau menentukan berapa lama seseorang dapat menyeimbangkan dalam duduk. Penilaian standar juga terdapat untuk mengukur kemampuan fungsional

anak-anak dan orang dewasa. Selain penilaian kemampuan fungsional, tingkat partisipasi klien dalam kegiatan rumah, pekerjaan, dan masyarakat juga harus diukur.

Evaluasi fungsi yang komprehensif memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk mengembangkan program perawatan yang bermakna yang akan meningkatkan kualitas hidup klien mereka.<sup>4</sup> Ketika instrumen penilaian yang tepat digunakan sebagai dasar untuk intervensi, terapis dapat mengukur keberhasilan dalam mencapai tujuan utama terapi peningkatan independensi fungsional dan tingkat partisipasi klien mereka.

### Karakteristik

Suatu evaluasi kinerja fungsional dapat dalam berbagai bentuk dan diimplementasikan dengan berbagai cara. Setiap individu menggabungkan serangkaian tugas fungsional yang khusus ke dalam kesehariannya, berdasarkan pada perawatan diri, pekerjaan, dan kegiatan santai. Semua kegiatan ini berhubungan dengan seberapa baik seseorang dapat menyelesaikan tugas-tugas yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari dan harus dievaluasi oleh tim perawatan kesehatan. Kegiatan perawatan diri seperti berpakaian, mencuci, makan, dan ambulasi disebut sebagai *basic activity daily living* (BADL). Aktivitas lanjutan yang memungkinkan kita untuk hidup mandiri dalam komunitas kita, seperti berbelanja, menggunakan transportasi, memasak, dan membersihkan, disebut sebagai *instrumental activity daily living* (IADL). Penilaian fungsional perlu melihat kedua kategori kegiatan ini, serta kemampuan dalam tugas yang berhubungan dengan pekerjaan dan hiburan. Penilaian IADL, pekerjaan, dan aktivitas santai di lingkungan alami seseorang, seperti rumah, tempat kerja, dan komunitas, memberikan gambaran tingkat partisipasi seseorang.

Dalam mengevaluasi fungsi, penyedia layanan kesehatan harus yakin bahwa seluruh gambaran kegiatan mewakili aktivitas keseharian klien. Evaluasi harus membahas masalah yang berkaitan dengan masalah emosional, sosial, dan lingkungan, bukan hanya fungsi fisik. Bagaimana cara seseorang berinteraksi dengan lingkungannya? Bisakah dia dengan mudah pergi ke tempat kerja atau pergi ke toko kelontong bila diperlukan? Apakah mudah untuk berpindah dari satu tempat ke tempat lain di dalam rumah terlepas dari apakah lantainya berkarpet atau ubin? Harus jelas bahwa tujuan dari penilaian fungsional adalah untuk mengidentifikasi bagaimana individu dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, bukan untuk mendokumentasikan gangguan khusus untuk masalah medis seperti kelemahan, depresi, atau kebingungan. Penting untuk memahami bagaimana reaksi klien terhadap masalah medisnya dan bagaimana gangguan masalah medis dengan keberhasilannya memenuhi tuntutan kehidupan sehari-hari. Identifikasi hambatan semacam itu sangat membantu dalam mengubah tugas atau lingkungan untuk meningkatkan tingkat partisipasi klien. Secara keseluruhan, penilaian fungsi, aktivitas, dan partisipasi harus dicoba untuk mengukur potensi maksimal fungsional individu, yang mencakup semua wewenang fungsi dan kesehatan.

Ketika menilai partisipasi, kuesioner laporan diri sering digunakan dan dapat menyelidiki beberapa dimensi partisipasi. Dimensi ini dapat mencakup penilaian kualitas, kuantitas, dan tingkat kepuasan dengan tingkat partisipasi seseorang sendiri, serta apakah diperlukan bantuan atau menggunakan alat bantu.<sup>5</sup> Memungkinkan untuk mengevaluasi jika seseorang tidak hanya dapat berpartisipasi dalam suatu acara tetapi juga seberapa sering atau dengan seberapa mudah orang tersebut dapat berpartisipasi. Sebagai tambahan, seberapa memuaskan tingkat partisipasi. Penting juga untuk mempertimbangkan tingkat kepuasan individu dengan

suatu kegiatan seperti pergi bekerja, berbelanja di mal, mengunjungi kerabat, memasak untuk keluarga, dll. Ketika menilai partisipasi, dimensi partisipasi yang penting bagi pasien dan relevan dengan intervensi yang diberikan harus dipertimbangkan. Terutama dengan dimensi kepuasan dengan partisipasi, suatu hubungan dapat dilihat dengan persepsi individu tentang kualitas hidup. Terkadang sulit untuk membedakan antara ukuran partisipasi dan kualitas hidup.

### **Pemeriksaan: standar versus tidak standar**

Baik format standar dan tidak standar adalah komponen penting dari pemeriksaan komprehensif kegiatan fungsional dan partisipasi. Strategi penilaian standar menggunakan tes/instrumen penilaian fungsional formal, dan penilaian dilakukan dengan cara yang sama untuk semua orang, setiap kali digunakan. Item-item yang termasuk dalam penilaian terstandarisasi dipilih dengan cermat dan didefinisikan dengan sangat jelas sehingga instrumen penilaian secara valid mengukur konstruk yang dimaksudkan untuk diukur. Instrumen penilaian standar yang valid dan dapat diandalkan menjalani proses pengembangan yang ketat untuk menjadikan instrumen tersebut berguna dalam pengaturan klinis.

Kegiatan pemeriksaan yang tidak standar dapat disesuaikan dengan masing-masing klien dan mencakup peninjauan kegiatan yang penting bagi klien. Dengan mengidentifikasi kegiatan yang diperlukan untuk klien agar dapat berpartisipasi dengan baik di rumah, pekerjaan, dan kegiatan santai sehari-hari, seorang terapis dapat memeriksa tingkat fungsi dan partisipasi klien secara komprehensif. Informasi ini sangat penting untuk pengembangan rencana intervensi yang efektif dan bermakna. Strategi pemeriksaan yang tidak standar meliputi pengamatan, klien yang melakukan suatu kegiatan. Penting untuk mendefinisikan pengamatan ini dengan pengukuran objektif sehingga setiap perubahan dalam kemampuan klien untuk melakukan aktivitas dapat didokumentasikan dengan jelas.

Beberapa metode objektif dapat digunakan untuk mendokumentasikan kinerja kegiatan fungsional. Seorang terapis menghitung berapa lama seseorang dapat berjalan dari kamarnya ke kamar mandi. Dalam mengamati klien berjalan dalam lingkungan rumah, dengan berbagai penutup lantai, berapa kali seorang pasien kehilangan keseimbangan ketika beralih dari lantai ubin ke permukaan berkarpet? Dengan menggunakan ukuran objektif dari perilaku yang diamati, seorang terapis dapat dengan mudah mengukur bagaimana kinerja klien telah berubah dari waktu ke waktu.

Setiap kali seorang terapis bekerja dengan klien dan mengevaluasi seberapa baik orang itu bisa keluar dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, atau berpakaian, terapis mengevaluasi kegiatan fungsional. Ketika mengamati tugas-tugas ini dalam lingkungan alami klien, gambaran yang lebih benar dari partisipasi diperoleh. Saat menggunakan format yang tidak standar ini, sulit untuk memastikan bahwa evaluasi selesai. Sudahkah semua aspek penting dari rutinitas harian klien dimasukkan atau hanya aktivitas yang penting bagi terapis? Ketika saatnya untuk mengevaluasi kembali, terapis dapat mereplikasi evaluasi awal jika deskripsi objektif dan terukur dari penyelesaian tugas digunakan pada pemeriksaan awal. Penggunaan deskripsi objektif memungkinkan terapis untuk secara akurat mencatat kemajuan klien dan secara efektif mengkomunikasikan status klien kepada klien, keluarga, dan tim perawatan kesehatan.

Evaluasi komprehensif dari kemampuan fungsional, aktivitas, dan partisipasi harus mengandung komponen standar dan tidak standar. Penggunaan penilaian standar yang formal memberikan terapis informasi tubuh yang andal dan valid untuk

semua klien. Hanya, strategi penilaian ini mungkin tidak mewakili semua kegiatan yang dirasakan klien penting dan bermakna dalam kehidupan sehari-harinya. Juga dengan memasukkan komponen individual yang lebih, tidak standar dalam evaluasi fungsional, terapis mengidentifikasi informasi penting yang khusus bagi klien.

Pertimbangan seleksi untuk standar penilaian fungsi, kegiatan, dan partisipasi

Beberapa instrumen penilaian standar tersedia saat ini untuk mengukur fungsi, partisipasi, dan kualitas hidup. Kita harus memilih instrumen yang paling memenuhi kebutuhan masing-masing klien. Untuk beberapa klien, faktor penyakit tertentu dapat mengganggu fungsi, seperti nyeri radang sendi. Anak-anak kecil tentu saja berpartisipasi dalam serangkaian kegiatan fungsional yang berbeda dari orang dewasa. Individu lain dapat melakukan tugas fungsional dengan baik hanya saat menggunakan alat bantu atau mungkin memerlukan bantuan pengasuh. Kita perlu mempertimbangkan semua masalah ini ketika memilih instrumen penilaian terbaik untuk membantu dalam merancang dan mengimplementasikan rencana intervensi yang efektif. Faktor-faktor yang berkontribusi pada pemilihan langkah-langkah standar yang paling tepat untuk evaluasi klien tertentu termasuk fokus/tujuan penilaian, rentang usia atau populasi pasien untuk siapa alat dikembangkan, sifat psikometrik penilaian (yaitu, keandalan, validitas, responsif), dan desain penilaian (yaitu, survei, observasional). Terapis juga harus mengingat apakah instrumen tersebut mengukur aktivitas, partisipasi, atau kualitas hidup.

Masalah pengukuran

Beberapa karakteristik instrumen penilaian memengaruhi kemampuan mereka untuk mengukur keterampilan fungsional secara akurat. Strategi penilaian yang dikembangkan dengan baik memasukkan prinsip-prinsip ilmu pengukuran ke dalam format mereka. Ilmu pengukuran melibatkan penggunaan aturan khusus untuk mengevaluasi suatu situasi. Dengan mematuhi aturan dalam proses evaluasi, beberapa sifat penting dari ilmu pengukuran didukung, termasuk (1) keandalan, (2) validitas, (3) responsif, dan (4) presisi. Informasi mengenai keandalan dan validitas terstandar yang dipublikasikan penilaian harus dilaporkan dalam penilaian manual atau laporan penelitian. Profesional pelayanan kesehatan harus menggunakan informasi yang dilaporkan untuk menentukan apakah alat tersebut telah terbukti andal dan valid.

Keandalan mengacu pada kemampuan instrumen tes untuk melaporkan temuan secara konsisten dan berulang. Penilaian harus menghasilkan hasil yang sangat mirip ketika diberikan kepada klien yang sama oleh dua terapis yang berbeda (intrarater reliability) atau ketika diberikan oleh terapis yang sama pada dua kesempatan yang terpisah dalam kerangka waktu yang singkat (keandalan intrarater). Konsistensi antara dua administrasi pengujian yang sama dalam waktu singkat juga disebut test-retest reliability.

Validitas menyiratkan bahwa penilaian adalah mencapai fungsi yang diinginkan dan benar-benar mengukur apa yang seharusnya diukur. Construct validity mencerminkan tes mana yang mengukur konstruk atau kualitas. Contohnya, apakah pengukur secara efektif mengukur aktivitas, partisipasi, atau fungsi?. *Content validity* mencerminkan bahwa konten sepenuhnya mengukur perilaku yang seharusnya. Dalam hal ini, apakah tes fungsional telah mencakup item yang mencerminkan segala aktivitas penting baik untuk anak-anak, orang dewasa, atau lansia? *Concurrent validity* mencerminkan seberapa dekat standarisasi skor penilaian dibandingkan dengan skor pada penilaian mapan yang mengukur

konstruk yang sama. Sebagai contoh, apakah penilaian fungsional baru mengukur fungsi dengan cara yang sama seperti penilaian fungsional.

Ketepatan dan kepekaan sebuah alat menjadi pertimbangan jika terapis mengantisipasi bahwa penggunaan penilaian fungsional standar akan memungkinkan mereka untuk mendokumentasikan perubahan dalam status klien dari waktu ke waktu, sebagai hasil dari terapi atau perkembangan penyakit atau sekunder untuk pengembangan. *Presisi* mengacu pada kemampuan untuk mendeteksi tingkat perubahan yang sesuai. Sebagai contoh, pertimbangkan klien dengan daya tahan yang buruk terhadap cedera tulang belakang dan klien yang berjalan dengan bantuan kruk atau orthosis. Jika alat penilaian hanya berisi satu item untuk menilai berjalan yang mengharuskan klien berjalan 50 meter secara mandiri, klien ini tidak akan bisa melewati jenis tes ini untuk waktu yang sangat lama. Tes yang lebih tepat untuk klien ini mungkin memiliki beberapa jenis tes terkait dengan kemampuannya untuk berjalan. (contohnya, untuk 3 meter, 10 meter, 25 meter, dan sebagainya). Kepekaan terhadap perubahan mengacu pada kemampuan tes untuk mengukur aspek kinerja yang diperkirakan akan berubah sebagai hasil dari terapi. Sebagai contoh, mempertimbangkan klien yang pernah memiliki cedera yang membuatnya tidak mungkin untuk menggunakan tangan kanan dalam aktivitas sehari-hari. Dalam proses terapi, Anda bekerja dengan klien untuk membantunya belajar menggunakan tangan kiri untuk membantunya saat makan dan menulis. Kepekaan alat penilaian akan mengukur kemampuannya untuk melakukan kegiatan tersebut dengan tangan kirinya. Penting juga untuk mempertimbangkan apakah penilaian mengevaluasi kinerja secara cukup diam-diam untuk mendokumentasikan perubahan yang mungkin terjadi sebagai akibat dari terapi. Berapa banyak poin yang harus ditingkatkan sampai ada perubahan minimal yang signifikan?. Beberapa ketentuan berbeda digunakan untuk menangani berbagai aspek berbeda. Perubahan kecil yang dapat terdeteksi dalam skor penilaian mencerminkan perubahan yang lebih besar dari yang biasanya disebabkan oleh kesalahan pengukuran. Perbedaan minimal yang penting secara klinis adalah perbedaan terkecil yang menurut pasien bermanfaat.

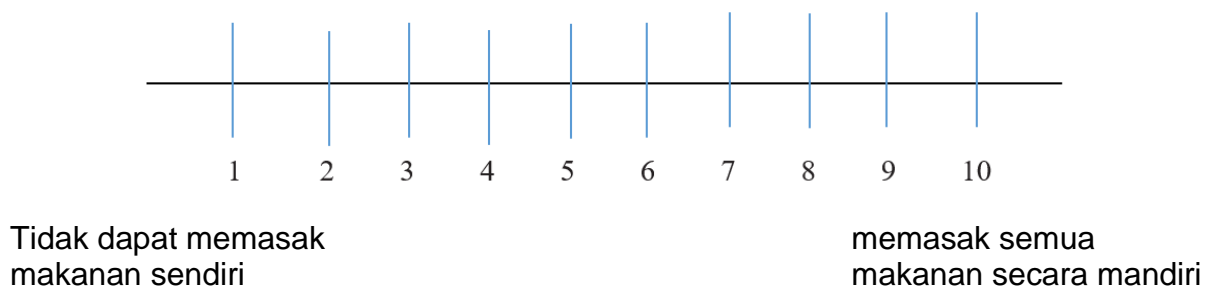
### Performa Penilaian Penilaian

Standarisasi penilaian bervariasi dalam menilai kinerja individu. Dalam format peringkat yang paling sederhana, keterampilan dicatat ada atau tidak ada, sehingga disimpulkan apakah sesuatu dapat dilakukan. Penilaian tipe checklist mendukung jenis format peringkat ini tetapi tidak membahas kualitas kinerja itu. Tidak dapat ditentukan apakah keterampilan dicapai secara efisien, konsisten, atau sejauh yang diperlukan untuk independensi fungsional dalam berbagai lingkungan yang luas. Misalnya, jika klien dapat berjalan 20 hingga 30 langkah dengan tongkat dan naik tangga di departemen terapi, dia pasti akan melewati penilaian daftar periksa yang mencakup tugas-tugas ini. Apa yang terjadi jika orang tersebut pulang dan menemukan karpet tebal yang mewah atau tangga yang lebih curam daripada yang ada di departemen terapi? Kemampuannya untuk masuk ke apartemennya dan berjalan dari kamar ke kamar mungkin sangat berbeda dari kinerja yang terlihat di departemen terapi. Dari perspektif lain, jika saat seseorang berjalan dengan tongkat, lengan yang lain menjadi kaku dan tangan mengempal, kualitas ambulansi mungkin tidak cukup baginya untuk melakukan tugas sehari-hari seperti membawa piring ke meja atau membawa koran. Dengan memeriksa berapa banyak item yang dapat seseorang selesaikan pada daftar tugas fungsional, data ordinal diperoleh. Jika pada penilaian awal seseorang menyelesaikan 10 jenis tes pada

daftar periksa dan pada saat dikeluarkan, orang tersebut dapat menyelesaikan 20 jenis tes pada daftar periksa, sudah jelas bahwa orang tersebut dapat melakukan lebih banyak kegiatan, tetapi tidak berarti bahwa keadaan pasien dua kali lebih baik dari yang dicapai pada saat tes awal.

Tipe lain dari sistem penilaian menggunakan skala analog visual. Seorang klien diminta untuk menilai kinerjanya pada skala linier, di mana salah satu ujung garis mencerminkan satu ekstrem dan ujung lainnya ekstrem kinerja. Dia merespons dengan menempatkan tanda pada garis pada titik yang dia rasa paling baik mewakili penampilannya. Sistem ini memungkinkannya untuk mengekspresikan tingkat keterampilan dalam tugas fungsional di beberapa titik antara sepenuhnya tergantung dan sepenuhnya independen. Contoh dari jenis skala ini diberikan pada Gambar 1. Sekali lagi, jenis peringkat sistem ini menghasilkan data ordinal, dengan skor yang lebih tinggi mencerminkan kinerja yang lebih baik dari pada skor yang

Skala lain menggunakan sistem peringkat sumatif, dimana item yang berbeda ditimbang sehingga independen penyelesaian semua tugas yang diwakili dalam penilaian hasil dalam skor total 100. Dalam pengembangan skala jenis ini, pembobotan item umumnya didasarkan pada profesional pertimbangan. Oleh karena itu, skala ini mencerminkan nilai pengembang tentang pentingnya keterampilan fungsional yang berbeda, belum tentu seberapa penting keterampilan tertentu bagi kehidupan klien. Kinerja setiap tugas dievaluasi dan dinilai untuk mencerminkan total atau parsial.



Gambar 5-1 Skala penilaian linier untuk kemampuan menyiapkan makanan.

Menyelesaikan tugas secara mandiri. Skor untuk semua tugas ditambahkan dan dibandingkan dengan skor total sempurna 100. Skor 100 tidak selalu mencerminkan kinerja normal, seperti skor 85 tidak berarti bahwa seseorang berfungsi dalam 15% tipikal kinerja. Aspek membingungkan lainnya dari sumatif format skala adalah bagaimana skor dapat dibandingkan secara matematis. Ketika seorang individu mencapai skor 10 pada penilaian awal dan skor 50 pada penilaian berikutnya, itu tidak selalu benar bahwa ia melakukan lima kali lebih baik dari pada awalnya. Hanya diketahui bahwa 50 mencerminkan lebih banyak poin daripada 10. Kita harus ingat bahwa skor hanya dapat dibandingkan dalam konteks instrumen penilaian. Jenis skala penilaian ini baik untuk mengukur apakah perubahan telah terjadi seiring waktu atau dengan intervensi. Karena penilaian terstandarisasi telah direvisi atau dikembangkan selama 20 tahun terakhir, kecocokan item dalam konstruk penilaian dan tingkat kesulitan item telah dinilai. Dengan menggunakan respons item teori, instrumen penilaian telah dikembangkan yang menghasilkan data tingkat interval. Dengan data tingkat interval, titik data berjarak sama dari satu sama lain. Sebagai contoh, skor 10 benar-benar mencerminkan kinerja yang dua kali lebih baik dari skor

5. Dengan mengembangkan instrumen yang mengukur kinerja fungsional dan partisipasi dengan data tingkat interval, data hasil yang lebih baik dapat diperoleh dan memberikan hasil interpretasi yang lebih efektif.

#### Fokus

Pertimbangan awal ketika memilih penilaian instrumen adalah untuk mempertimbangkan apa yang perlu diukur. Pengukuran kemampuan pasien untuk melakukan tugas fungsional mencerminkan kapasitas pasien untuk menyelesaikan tugas, sementara pengukuran penggunaan aktual pasien terhadap tugas dalam aktivitas sehari-hari memberikan ukuran kinerja keterampilan. Kapasitas dianggap mencerminkan tingkat kegiatan pada *international classification of functioning, disability and health* (ICF), dan kinerja mencerminkan tingkat partisipasi. Jenis pengaturan tempat penilaian berlangsung dan status klien dipertimbangkan ketika mempertimbangkan fokus strategi penilaian yang diperlukan. Misalnya, dalam pengaturan rawat inap mungkin penting untuk memeriksa seberapa bisa pasien dapat melakukan BADL seperti mobilitas tempat tidur, makan, berpakaian, dan kebersihan. Tingkat kemandirian dalam keterampilan ini akan membantu tim dalam menentukan berapa banyak bantuan untuk perawatan diri yang dibutuhkan pasien, yang penting ketika mempertimbangkan pilihan pemulangan yang memungkinkan. Ketika seorang pasien menyelesaikan rehabilitasi atau tinggal di rumah dengan kondisi kronis, mungkin paling tepat untuk memeriksa kemampuan pasien untuk beraktivitas di dalam rumah dan komunitasnya. Bisakah dia berbelanja, memasak, membersihkan, atau pulang kerja? Penilaian yang berfokus pada tingkat partisipasi kegiatan yang paling tepat untuk individu-individu ini. Melalui kursus rehabilitasi atau habilitasi, penting untuk memeriksa bagaimana tingkat kemandirian dalam kegiatan fungsional dan tingkat partisipasi berkontribusi terhadap kualitas hidup pasien. Bergantung pada status dan pengaturan pasien, instrumen penilaian yang membahas status fungsional atau partisipasi mungkin paling tepat, tetapi penilaian kualitas hidup memberikan informasi berharga setiap saat dalam kursus perawatan kesehatan. Banyak instrumen penilaian fungsional formal yang digunakan dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan populasi klien tertentu dan fokus pada faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas dan partisipasi kelompok itu. Sebagai contoh, *Arthritis Impact Measurement Scale, 2nd edition* (AIMS-2), adalah kuesioner yang membahas status kesehatan orang dewasa dengan rheumatoid arthritis. Kuesioner berisi item fisik, fungsi psikologis, dan sosial, serta rasa sakit. Seperti yang awalnya dikembangkan, itu tidak optimal untuk digunakan dengan anak-anak, orang dewasa yang lebih tua, atau individu dengan masalah medis lainnya. Alat penilaian fungsional untuk anak-anak dengan *juvenile rheumatoid arthritis*, *Juvenile Arthritis Functional Assessment Scale*, juga telah dikembangkan. The GERI-AIMS (adaptasi dari AIMS) dirancang untuk digunakan dengan individu yang lebih tua dengan osteoarthritis atau rheumatoid arthritis. Ini juga menilai gangguan fungsional yang terkait dengan masalah medis umum lainnya pada orang dewasa yang lebih tua, terlepas dari gangguan fungsional spesifik artritis. Jenis instrumen lain tersedia untuk individu yang menunjukkan keterlibatan neurologis. Beberapa instrumen penilaian fungsional telah dikembangkan untuk digunakan dengan orang dewasa yang mengalami kecelakaan pembuluh darah otak (CVA). Contohnya termasuk *Stroke Impact Scale (SIS)*, *Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM)* dan *Rivermead Motor Assessment*.



*Gross Function Measure (GMFM)* dikembangkan khusus untuk anak-anak dengan cerebral palsy. Instrumen ini juga telah terbukti valid untuk individu dengan Down syndrome, cedera otak traumatis, dan atrofi otot tulang belakang. Harus diperhatikan untuk memilih instrumen penilaian yang sesuai. Instrumen yang dikembangkan untuk populasi klien tertentu dapat fokus pada isu-isu khusus untuk proses penyakit yang membatasi fungsi, seperti rasa sakit klien reumatik. Instrumen ini, bagaimanapun, tidak selalu sesuai untuk digunakan dengan klien lain populasi karena mereka mungkin tidak cukup sensitif terhadap area masalah lain yang mempengaruhi kinerja. Selain itu, instrumen yang dikembangkan untuk digunakan dengan kelompok usia tertentu mungkin tidak membahas masalah penting bagi lebih tua atau lebih muda. Secara umum, instrumen penilaian fungsional mungkin tidak valid untuk digunakan dalam populasi klien selain yang dikembangkan.

### Desain

Begitu diputuskan instrumen penilaian mana yang paling baik menilai keterampilan dan keterbatasan fungsional klien tertentu, mereka juga harus memutuskan jenis penilaian mana yang paling baik digunakan dengan klien. Dua dasar jenis desain penilaian fungsional adalah penilaian di mana informasi dilaporkan sendiri oleh klien dan penilaian berbasis kinerja di mana pemeriksa mengamati kinerja kegiatan. Jenis-jenis penilaian yang dilaporkan sendiri dapat diselesaikan dengan wawancara atau melalui pengisian kuesioner atau survei yang dikelola sendiri oleh klien. Penilaian wawancara dilakukan oleh pewawancara terlatih yang meminta klien untuk melakukan serangkaian pertanyaan standar dan mencatat jawaban dalam format standar. Informasi yang diperoleh dari jenis penilaian ini sangat berguna ketika pewawancara memiliki pelatihan tentang cara mengelola dan menilai penilaian. Penting bahwa pewawancara tidak memperluas pertanyaan atau jawaban yang cepat untuk menghindari mempengaruhi klien. Penilaian yang dikelola sendiri umumnya disajikan sebagai kuesioner. Arahan untuk menyelesaikan kuesioner dan pertanyaan itu sendiri harus ditulis dengan jelas, sehingga klien dapat memahami apa yang ditanyakan. Penting juga untuk memastikan bahwa cara pertanyaan diajukan atau difokuskan tidak bias dalam jawaban. Keakuratan jenis penilaian ini tergantung pada kualitas instrumen itu sendiri dan kemampuan orang tersebut untuk mengisi kuesioner. Dalam beberapa kasus, pengasuh atau anggota keluarga dapat mengisi kuesioner untuk klien. Ketika bekerja dengan anak-anak, orang tua akan mengisi informasi untuk anak kecil. Ketika anak menjadi cukup dewasa untuk secara mandiri menjawab pertanyaan, informasi dapat dikumpulkan dari anak dan orang tua / pengasuh.

Wawancara dan penilaian yang dikelola sendiri didasarkan pada laporan diri klien tentang status fungsional atau tingkat partisipasi. Studi yang membandingkan validitas laporan diri dengan penilaian pengamatan langsung telah menunjukkan bahwa kesepakatan antara laporan klien dan pengamatan langsung baik untuk sangat baik di BADL. Penelitian telah menunjukkan bahwa keterampilan dalam IADL sedikit kurang dilaporkan dalam laporan diri klien. Validitas tindakan pelaporan diri membuatnya menarik untuk digunakan dalam pengaturan perawatan kesehatan, terutama karena mereka mudah dan relatif murah untuk diberikan. Penilaian berbasis kinerja adalah dimana seorang evaluator mengamati kinerja klien dalam fungsional tugas-tugas. Jenis penilaian ini memang melaporkan seseorang kemampuan untuk menyelesaikan BADL tetapi tidak dengan mudah diterapkan pada evaluasi IADL. Karena penilaian selesai di lingkungan tes terstruktur, kinerja di

lingkungan rumah mungkin tidak tercermin. langsung Penilaian pengamatan juga memakan waktu dan karena itu proses yang mahal.

### Ringkasan

Ketika memilih instrumen penilaian, seorang terapis harus mempertimbangkan semua faktor yang telah dibahas. Apakah instrumen mengukur kapasitas untuk menyelesaikan suatu kegiatan atau kinerja kegiatan selama partisipasi dalam rutinitas sehari-hari? Untuk populasi klien apakah penilaian yang sesuai? Jenis penilaian apa yang terbaik dan paling akurat mengukur keterampilan fungsional seseorang? Bagaimana penilaian menilai kinerja? Apakah instrumen mengukur apakah keterampilan dapat dilakukan, seberapa sering keterampilan dilakukan, atau seberapa puas klien dengan kinerja? Jenis sistem penilaian dan penilaian apa yang memberikan informasi terbaik untuk mengidentifikasi klien yang membutuhkan layanan, untuk mengembangkan rencana perawatan, atau untuk menilai efektivitas intervensi? Bahkan setelah menjawab semua pertanyaan ini, terapis harus mempertimbangkan aspek tambahan dari instrumen penilaian yang berkontribusi pada efektivitasnya sebagai alat pengukuran dan memengaruhi interpretasi data yang mereka berikan. Aspek-aspek ini termasuk keandalan, validitas, dan daya tanggap instrumen. Di bagian ini, kami meninjau sampel instrumen penilaian fungsional standar; hanya sejumlah kecil alat penilaian yang tersedia untuk dokter yang dibahas. Instrumen khusus ini dipilih karena mereka instrumen penilaian yang sesuai untuk individu dari berbagai usia atau karena mereka biasanya digunakan dalam praktek klinis.

### Alat penilaian pediatrik dari Fungsi, aktivitas, dan partisipasi Ukuran Kemandirian Fungsional untuk Anak-anak

Instrumen WeeFIM™ adalah adaptasi dari *Functional Independence Measure* (FIM™ instrumen) yang dirancang untuk mengukur keterampilan fungsional pada anak-anak penyandang cacat mulai 6 bulan hingga 7 tahun (Gambar 2). Instrumen WeeFIM™ mengukur tingkat keparahan kecacatan anak dan mengevaluasi hasil rehabilitasi anak. Ini dapat digunakan baik di pengaturan rawat inap dan rawat jalan, dan dapat dikelola oleh berbagai profesional kesehatan dan pendidikan untuk mengukur kinerja aktual tugas fungsional anak. Seperti instrumen FIM™, instrumen WeeFIM™ berfokus pada BADL dengan tiga domain: perawatan diri, mobilitas, dan kognisi. Skala ordinal tujuh poin digunakan untuk mencerminkan tingkat kemandirian dalam tugas-tugas ini. Skor 7 menunjukkan kemampuan untuk melakukan tugas secara mandiri, dan skor 1 menunjukkan kebutuhan akan bantuan total. Skor 1 hingga 5 digunakan ketika bantuan pengasuh diperlukan, dan skor 6 menunjukkan kemandirian yang dimodifikasi (misalnya, kebutuhan akan alat bantu).

Keterampilan yang termasuk dalam WeeFIM™ adalah tipikal anak-anak pada usia 6 tahun yang tidak memiliki cacat. Untuk alasan ini, alat ini telah menunjukkan ceiling effect ketika digunakan dengan anak cacat yang tinggal di masyarakat dengan tingkat fungsi yang lebih tinggi. Wee-FIM™ mengukur fungsi pada aktivitas tingkat ICF. Direkomendasikan bahwa banyak instrumen harus digunakan untuk mengukur hasil secara komprehensif untuk anak-anak cacat fisik. Ukuran status kesehatan atau kualitas berhubungan dengan kesehatan hidup yang, seperti PedsQL atau *Child Health Questionnaire*, melengkapi WeeFIM™ dalam pengukuran kesehatan dan hasil anak. Instrumen WeeFIM™ telah menunjukkan baik keandalan apakah diberikan melalui observasi langsung atau wawancara terstruktur. Validitas instrumen pada awalnya ditentukan untuk anak-anak di Amerika Serikat tetapi juga

telah diterima untuk anak-anak Jepang. WeeFIM™ telah terbukti andal dan berlaku untuk anak-anak dengan cerebral palsy di Turki, meskipun di bawah usia 4 tahun, beberapa floor effect ditemukan.

| LEVELS                                                                 | 7 Complete Independence (timely, safety)<br>6 Modified Independence (device) |                                                     | No Helper                |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------|
|                                                                        | Modified Dependence                                                          |                                                     | Helper                   |
|                                                                        | 5 Supervision (subject = 100%)                                               |                                                     |                          |
|                                                                        | 4 Minimal Assistance (subject = 75%+)                                        |                                                     |                          |
|                                                                        | 3 Moderate Assistance (subject = 50%+)                                       |                                                     |                          |
|                                                                        | Complete Dependence                                                          |                                                     |                          |
|                                                                        | 2 Maximal Assistance (subject = 25%)                                         |                                                     |                          |
|                                                                        | 1 Total Assistance (subject = less than 25%)                                 |                                                     |                          |
| Self-Care                                                              |                                                                              |                                                     |                          |
|                                                                        | Assessment                                                                   |                                                     | Goal                     |
| A. Eating                                                              | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| B. Grooming                                                            | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| C. Bathing                                                             | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| D. Dressing - Upper Body                                               | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| E. Dressing - Lower Body                                               | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| F. Toileting                                                           | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| G. Bladder                                                             | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| H. Bowel                                                               | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Self-Care Total                                                        | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     |                          |
| Mobility                                                               |                                                                              |                                                     |                          |
| I. Chair, Wheelchair                                                   | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| J. Toilet                                                              | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| K. Tub, Shower                                                         | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| L. Walk/Wheelchair                                                     | <input type="checkbox"/>                                                     | W Walk<br>C Wheelchair<br>L Crutch<br>B Combination | <input type="checkbox"/> |
| M. Stairs                                                              | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Mobility Total                                                         | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     |                          |
| Motor Subtotal Rating                                                  | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     |                          |
| Cognition                                                              |                                                                              |                                                     |                          |
| N. Comprehension                                                       | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| O. Expression                                                          | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| P. Social Interaction                                                  | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Q. Problem Solving                                                     | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| R. Memory                                                              | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Cognitive Total                                                        | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     |                          |
| WEEFIM™ TOTAL RATING                                                   | <input type="checkbox"/>                                                     |                                                     |                          |
| Note: Leave no blanks. Enter 1 if patient is not testable due to risk. |                                                                              |                                                     |                          |

Gambar 2 Instrumen WeeFIM™ . (Dari Sistem WeeFIM panduan klinis: versi 5.01, Buffalo, NY, 2002, Pusat Penelitian Penilaian Fungsional dan UDSMR, Universitas Negeri New York di Buffalo.)

Instrumen WeeFIM™ berkenaan dengan penggunaan ordinal skala penilaian dan sensitivitas para peneliti. Untuk mengatasi kekhawatiran tentang kemampuan WeeFIM™ untuk mengukur fungsi pada anak di bawah usia 3 tahun, skala baru, modul WeeFIM™ 0-3, telah dikembangkan. Kuesioner yang berpusat pada keluarga ini melihat keterampilan yang diperlukan untuk tugas-tugas fungsional seperti memberi makan sendiri. WeeFIM™ 0-3 mencakup 35 item, dibagi menjadi 3 domain (motor, kognitif, dan perilaku persepsi). Bagian persepsi perilaku dimaksudkan untuk mengidentifikasi area di mana pengasuh mungkin mengalami kesulitan dengan interaksi atau perawatan bayi (misalnya, pelukan, mandi, berpakaian). Perilaku bayi dinilai pada skala ordinal tiga titik yang menunjukkan apakah suatu tindakan jarang / tidak pernah (1), kadang-kadang (2), atau biasanya (3) terjadi. Studi awal sifat psikometrik menunjukkan bahwa WeeFIM™ 0-3 dapat membedakan antara anak-anak dengan dan tanpa cacat. Pengembangan keterampilan fungsional anak dapat dilacak secara longitudinal menggunakan modul WeeFIM™ 0-3 diikuti oleh WeeFIM™ dan FIM™.

### Ukuran Fungsi Motorik Kasar

Pengukuran motorik adalah penilaian yang direferensi kriteria yang dirancang untuk digunakan dengan anak-anak cerebral palsy. Mengevaluasi kemampuan anak untuk menyelesaikan fungsi motorik, seperti menggulung, merangkak, duduk, berdiri, berjalan, berlari, menggunakan tangga, dan melompat. Skala pengukuran ordinal

empat poin digunakan untuk menilai setiap item. Skor 0 menunjukkan tugas tidak dapat dilakukan, 1 menunjukkan tugas dapat dimulai (<10% penyelesaian), 2 menunjukkan penyelesaian sebagian dari tugas (10% hingga <100% selesai), dan 3 menunjukkan tugas bisa diselesaikan. Dua bentuk GMFM tersedia: GMFM-88 dan GMFM-66. GMFM-66 menyediakan versi instrumen yang menghasilkan level interval data dan memperluas opsi penilaian dan penggunaan instrumen. GMFM mengukur fungsi pada tingkat aktivitas ICF. Keandalan uji-ulang, interrater, intrarater, dan internal reliabilitas semuanya terbukti sangat baik (> 0,99) untuk GMFM-88 dan GMFM-66. Konten dan validitas konstruk juga dilaporkan baik. Longitudinal Validitas konstruk telah ditunjukkan untuk format skor GMFM-88 dan GMFM-66. Bersamaan Validitas dengan PEDI telah ditemukan. GMFM konstruk berlaku untuk anak-anak dengan cerebral palsy diplegic selama periode 12 hingga 24 bulan juga telah dibuktikan. Ukuran ini dianggap sensitif terhadap perubahan kinerja dalam tugas fungsional, menjadikannya alat yang efektif untuk mendokumentasikan perubahan dalam motorik kinerja anak-anak dengan cerebral palsy.

#### Evaluasi Pediatrik dari Indeks Kecacatan

*The Pediatric Evaluation of Disability Index (PEDI)* menilai kemampuan dan kinerja fungsional keterampilan oleh anak-anak antara usia 6 bulan dan 7,5 tahun di bidang perawatan diri, mobilitas, fungsi sosial, dan pekerjaan rumah tangga (per Kotak 5-1). Aspek fungsi pengukuran PEDI di tingkat kegiatan dan lainnya komponen mengukur fungsi dipartipasi tingkat ICF. Indeks ini dimaksudkan untuk digunakan untuk mendeteksi defisit fungsional anak-anak penyandang cacat, untuk memantau kemajuan anak dalam rehabilitasi, dan untuk membantu dalam evaluasi program. PEDI dapat diberikan dalam format wawancara terstruktur dengan orang tua anak (yang dilaporkan memakan waktu 45 hingga 60 menit) atau dengan mencatat penilaian terapis dan guru tentang kemampuan anak yang dilaporkan memakan waktu 20 hingga 30 menit). Tiga aspek berbeda dari kinerja fungsional anak dinilai: (1) tingkat keterampilan fungsional anak, (2) kebutuhan untuk modifikasi atau peralatan adaptif untuk mencapai tugas, dan (3) jumlah bantuan fisik yang dibutuhkan anak.

PEDI digunakan untuk menilai 412 anak yang tidak cacat dari Inggris. Sampel normatif ini mewakili semua kelompok umur yang sesuai dengan tes ini dan berusaha untuk mencerminkan demografi sensus AS pada tahun 1980. Hasil dari penelitian ini telah memberikan beberapa informasi tentang pengembangan keterampilan fungsional pada anak-anak dan memungkinkan perbandingan antara anak-anak dengan dan tanpa kecacatan. Skor normatif juga memungkinkan data nominal yang dicatat dalam PEDI dikonversi menjadi skala rasio yang mencerminkan kesulitan item.

Keandalan dan validitas PEDI yang baik telah ditunjukkan. Konsistensi internal yang tinggi telah dilaporkan. Menggunakan format administrasi wawancara terstruktur, para peneliti telah mendokumentasikan reliabilitas antar penilai yang baik. Nichols dan Case-Smith menunjukkan bahwa reliabilitas meningkat ketika kedua orang tua dan terapis utama menyelesaikan PEDI. PEDI menunjukkan kemampuan untuk membedakan secara benar antara populasi cacat dan normal dan mendeteksi perubahan seiring waktu dengan intervensi. *Minimally clinically important difference (MCID)* telah dieksplorasi untuk anak-anak dalam pengaturan rehabilitasi. *Concurrent validity* antara 0,70 hingga 0,73 antara PEDI dan *Battelle Developmental Inventory Testing (BDIST)* telah dibuktikan, menyiratkan bahwa kedua tes tersebut membahas masalah yang sama tetapi tidak sama. *Concurrent*

*validity* yang baik antara instrumen PEDI, BDIST, dan *Functional Independence Measure for Children* (WeeFIM™) juga telah ditunjukkan dengan populasi anak-anak dengan disabilitas yang parah. *Concurrent validity* dengan WeeFIM™ juga telah dilaporkan pada anak-anak dengan cedera otak. *Construct validity* dicapai karena PEDI mendukung asumsi bahwa perilaku fungsional berubah seiring bertambahnya usia dan bahwa pencapaian keterampilan fungsional mendahului independensi dalam keterampilan itu. Asumsi terakhir menyiratkan bahwa tingkat bantuan pengasuh merupakan dimensi penting yang dapat diubah untuk dipantau dalam penilaian fungsional kerangka.

Pada PEDI edisi baru 2011, PEDI-CAT, diharapkan tersedia dan akan menggunakan format pengujian adaptif komputer untuk menilai fungsi lebih efisien pada anak-anak hingga usia 15 tahun. Sistem penilaian 4 poin akan digunakan untuk menilai kinerja dalam perawatan diri, mobilitas dan fungsi sosial. Pengasuh asli Skala bantuan akan diganti dengan skala yang berjudul "tanggung jawab," yang akan dinilai pada skala 5 poin. Bagian tanggung jawab baru akan lebih secara luas membahas keterampilan yang dibutuhkan untuk hidup mandiri, dengan konten baru yang berfokus pada kewarganegaraan, keselamatan, dan mobilitas masyarakat.

#### Penilaian Fungsi Sekolah Penilaian Fungsi

*School Function Assessment* (SFA) dimaksudkan untuk menilai seberapa baik seorang siswa sekolah dasar penyandang cacat yang menghadiri taman kanak-kanak sampai kelas enam dapat memenuhi tuntutan fungsional pengaturan sekolah. SFA diberikan sebagai kuesioner berbasis penilaian, mendokumentasikan siswa perilaku khas dibandingkan dengan teman sebaya atau *sameclass* yang sama. Penilaian kriteria-direferensikan mewakili interaksi siswa dalam konteks sekolah, dan skor cutoff referensi-referensi membandingkan kinerja siswa dengan harapan tingkat kelas. SFA mengukur berfungsi baik pada tingkat aktivitas dan partisipasi ICF.

SFA terdiri dari tiga bagian yang dinilai secara terpisah: (1) partisipasi sosial dalam kegiatan sekolah, (2) dukungan tugas yang diperlukan untuk berpartisipasi dalam kegiatan, dan (3) kinerja kegiatan dalam kegiatan fungsional terkait sekolah (Tabel 5-1). Skor mentah dari masing-masing dari tiga bagian dikonversi menjadi skor kriteria menggunakan model statistik analisis Rasch. Tabel skor kriteria dan standar kesalahan pengukuran disediakan dalam uji manual. Skala partisipasi dan dukungan tugas dapat digunakan sebagai alat skrining untuk mengidentifikasi siswa yang menunjukkan keterbatasan fungsional di lingkungan sekolah. Skala selektif juga dapat dinilai secara individual untuk menangani bidang-bidang khusus yang menjadi perhatian untuk intervensi. Selain itu, SFA dapat digunakan untuk mendukung pengembangan rencana pendidikan individual dan mendokumentasikan kemajuan atau efek intervensi.

#### Assesment of Life Habit (LIFE-H)

LIFE-H awalnya dirancang untuk anak-anak dan orang dewasa dengan disfungsi neurologis, seperti stroke, cedera saraf tulang belakang (*myelomeningocele*), cedera otak traumatis, dan cerebral palsy. Kebiasaan hidup didefinisikan sebagai kegiatan rutin dan peran sosial atau nilai-nilai seseorang dalam hidupnya. LIFE-H mengukur tingkat kesulitan seseorang dengan suatu tugas, kepuasan mereka dengan tugas tersebut, dan jenis bantuan yang dibutuhkan. Di antara domain yang termasuk dalam LIFE-H adalah kegiatan dalam kebugaran, perawatan pribadi, komunikasi, perumahan, dan mobilitas. Peran sosial juga dimasukkan. Seperti pendidikan, pekerjaan, rekreasi, interpersonal hubungan, dan

tanggung jawab. LIFE-H mengukur fungsi pada tingkat partisipasi ICF. Setelah meninjau langkah-langkah partisipasi untuk anak-anak, LIFE-H membahas semua domain ICF untuk anak-anak. Tingkat reliabilitas tes-ulang yang dapat diterima dan internal konsistensi telah ditunjukkan untuk responden wawancara, tetapi tidak ada data yang tersedia untuk penilaian sendiri. Validitas konten didirikan oleh panel orang tua, terapis, dan peneliti, sementara validitas bersamaan dilaporkan antara domain PEDI, WeeFIM™, dan LIFE-H.

#### *Pediatric Quality of Life Inventory (Peds QL™)*

Peds QL™ memeriksa kesehatan dan peran anak-anak berusia antara 2 dan 18 tahun, mengukur kesehatan status dan partisipasi fisik, emosional, sosial, fungsi dan sekolah dimasukkan. Berbagai bentuk asesmen tersedia untuk anak-anak dari berbagai usia dan di sebagian besar kategori umur, baik wujud induk dan wujud anak tersedia. The Peds QL™ telah terbukti memiliki keandalan yang baik. Penilaian ini juga telah terbukti membedakan antara anak-anak dengan berbagai kondisi kesehatan dan anak-anak tanpa kondisi kesehatan (misalnya, cerebral palsy, asma, kanker, radang sendi).

#### *Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) and Preference for Activity of Children (PAC)*

CAPE/PAC dikembangkan untuk mengukur partisipasi dalam kegiatan rekreasi dengan melihat rekreasi, fisik, sosial, berbasis keterampilan, dan pengembangan diri kegiatan. Dimensi multipel partisipasi diukur, seperti keragaman kegiatan di mana seorang anak berpartisipasi, dengan siapa anak berpartisipasi, dimana anak berpartisipasi, dan seberapa banyak anak menikmati partisipasi tersebut. CAPE/PAC dirancang untuk anak-anak antara usia 6 dan 21 tahun. Informasi terbatas reliabilitas dan validitas tersedia untuk versi CAPE / PAC yang dipublikasikan.

Alat penilaian orang dewasa dari Fungsi kegiatan dan partisipasi

#### *Barthel Index*

*Barthel index* dikembangkan untuk mengukur peningkatan pada klien dengan cacat kronis yang berpartisipasi dalam rehabilitasi. BADL kelanjutan dinilai, termasuk toileting, mandi, makan, berpakaian, transfer, dan ambulasi. Klien menerima skor numerik berdasarkan apakah mereka memerlukan bantuan fisik untuk melakukan tugas atau dapat menyelesaikannya secara mandiri. Item tertimbang menurut penilaian profesional pengembang. Seorang klien yang mencetak 0 poin akan tergantung pada semua aktivitas hidup sehari-hari yang dinilai, sedangkan skor 100 akan mencerminkan independensi dalam kegiatan ini. Indeks Barthel mengukur fungsi di tingkat aktivitas ICF.

Studi reliabilitas dan validitas spesifik belum dilaporkan, tetapi skor Barthel Index dari klien dewasa yang mengalami stroke atau cacat berat berkorelasi dengan hasil klinis dan status fungsional. Instruksi spesifik dan terperinci disediakan, mendukung penggunaan standar tindakan tersebut.

Indeks Barthel adalah salah satu penilaian fungsional terstandarisasi yang paling awal. Instrumen FIM™ dikembangkan menjadi alat yang lebih komprehensif. Penelitian menunjukkan hubungan antara kedua instrumen karena skor Indeks Barthel dapat diturunkan dari FIM™ skor item motor instrumen. Indeks Barthel, total

skor instrumen FIM™, dan skor instrumen motor FIM™ semuanya menunjukkan respons yang sama dalam evaluasi klien rehabilitasi rawat inap dengan multipel sklerosis dan stroke.

### Functional Independence Measure

Instrumen FIM™ dikembangkan sebagai bagian dari Sistem Data Seragam untuk Rehabilitasi Medis di Universitas Negeri New York di Buffalo, dan Versi 5.1 dari Sistem FIM™ diterbitkan pada tahun 1997. Instrumen FIM™ menilai fungsional keterampilan individu di atas 7 tahun (Gambar 3). ini Kumpulan data telah digunakan secara luas di Amerika Serikat dan internasional; terdiri dari lebih dari 1 juta catatan. Ini digunakan dalam pengaturan rehabilitasi rawat inap, serta dalam perawatan jangka panjang, rehabilitasi subakut, dan lingkungan perawatan di rumah untuk mengukur tingkat fungsi fungsi.

Instrumen FIM™ dimaksudkan untuk mencerminkan kinerja biasa individu daripada kinerja terbaiknya. Penilaian dapat diselesaikan dengan langsung observasi klien atau wawancara. Enam domain fungsi dievaluasi: perawatan diri, kontrol sphincter, transfer, penggerak, komunikasi, dan kognisi sosial. Kegiatan perawatan diri termasuk berpakaian, makan, perawatan, dan mandi. Transfer dari tempat tidur ke kursi, ke toilet, dan ke bak mandi atau pancuran termasuk dalam bagian mobilitas. Penggerak meliputi berjalan, mengatur tangga, dan mendorong kursi roda. Item diberi skor pada skala ordinal 7 poin, dengan 7 mencerminkan independensi total dan 1 mencerminkan ketergantungan total. Skor 1 hingga 5 mengindikasikan perlunya pengasuh bantuan. Skor di semua domain ditambahkan untuk mendapatkan skor instrumen FIM™ total; motorik dan skor kognitif dapat dihitung secara terpisah.

Keandalan dan validitas instrumen FIM™ secara umum dilaporkan baik, dengan sangat baik

| LEVELS                                       | 7 Complete Independence (timely, safety) | NO HELPER                        |                          |                                  |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
|                                              | 6 Modified Independence (device)         |                                  |                          |                                  |
| Modified Dependence                          |                                          |                                  |                          |                                  |
| 5 Supervision (subject = 100%)               |                                          |                                  |                          |                                  |
| 4 Minimal Assistance (subject = 75%+)        |                                          |                                  |                          |                                  |
| 3 Moderate Assistance (subject = 50%+)       |                                          |                                  |                          |                                  |
| Complete Dependence                          |                                          | HELPER                           |                          |                                  |
| 2 Maximal Assistance (subject = 25%)         |                                          |                                  |                          |                                  |
| 1 Total Assistance (subject = less than 25%) |                                          |                                  |                          |                                  |
| <b>Self-Care</b>                             |                                          |                                  |                          |                                  |
| A. Eating                                    | ADMISSION                                | DISCHARGE                        | FOLLOW-UP                |                                  |
| B. Grooming                                  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| C. Bathing                                   | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| D. Dressing - Upper Body                     | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| E. Dressing - Lower Body                     | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| F. Toileting                                 | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| <b>Sphincter Control</b>                     |                                          |                                  |                          |                                  |
| G. Bladder Management                        | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| H. Bowel Management                          | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| <b>Transfers</b>                             |                                          |                                  |                          |                                  |
| I. Bed, Chair, Wheelchair                    | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| J. Toilet                                    | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| K. Tub, Shower                               | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| <b>Locomotion</b>                            |                                          |                                  |                          |                                  |
| L. Walk/Wheelchair                           | <input type="checkbox"/>                 | W Walk<br>C Wheelchair<br>B Both | <input type="checkbox"/> | W Walk<br>C Wheelchair<br>B Both |
| M. Stairs                                    | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| <b>Motor Subtotal Rating</b>                 |                                          |                                  |                          |                                  |
| <input type="checkbox"/>                     |                                          |                                  |                          |                                  |
| <b>Communication</b>                         |                                          |                                  |                          |                                  |
| N. Comprehension                             | <input type="checkbox"/>                 | A Auditory<br>V Visual<br>B Both | <input type="checkbox"/> | A Auditory<br>V Visual<br>B Both |
| O. Expression                                | <input type="checkbox"/>                 | V Vocal<br>N Nonvocal<br>B Both  | <input type="checkbox"/> | V Vocal<br>N Nonvocal<br>B Both  |
| <b>Social Cognition</b>                      |                                          |                                  |                          |                                  |
| P. Social Interaction                        | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| Q. Problem Solving                           | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| R. Memory                                    | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                  |
| <b>Cognitive Subtotal Score</b>              |                                          |                                  |                          |                                  |
| <input type="checkbox"/>                     |                                          |                                  |                          |                                  |
| <b>Total FIM™ Score</b>                      |                                          |                                  |                          |                                  |
| <input type="checkbox"/>                     |                                          |                                  |                          |                                  |

Note: Leave no blanks. Enter 1 if patient is not testable due to risk.

Gambar 3 instrumen FIM. (Dari Panduan untuk kumpulan data yang seragam untuk rehabilitasi medis [termasuk instrumen FIM], versi 5.1, Buffalo, NY, 1997, Pusat Penelitian Penilaian Fungsional dan UDSMR, Universitas Negeri New York di Buffalo.)

Concurrent validity serentak telah dilaporkan dengan indeks Barthel. Construct validity telah dirangkum oleh Deutsch dan rekan-rekan sebuah studi

dengan klien dengan multiple sclerosis menunjukkan instrumen FIM™ yang baik. Independensi fungsional adalah entitas multidimensi dan mungkin lebih baik tercermin oleh subskala. Responsif terhadap instrumen FIM™ juga telah dilaporkan baik; skor dapat membedakan populasi klien dan meningkat selama rehabilitasi. FIM™ ditemukan lebih responsif terhadap perubahan daripada Indeks Barthel pada sekelompok pasien dengan stroke.

#### *The Assessment of Life Habits (LIFE-H)*

Penilaian LIFE-H dijelaskan pada bagian alat penilaian anak. Instrumen ini awalnya dikembangkan untuk anak-anak dan orang dewasa, dengan satu-satunya perbedaan adalah bahasa yang disederhanakan untuk anak-anak. Keandalan test-retest dari skala kepuasan LIFE-H tinggi pada orang dewasa yang lebih tua dengan cacat fungsional. Untuk individu dengan stroke, tingkat partisipasi yang sama didokumentasikan oleh pasien dan proksi mereka, yang mencerminkan bahwa responden proksi dapat digunakan ketika pasien tidak dapat merespons. LIFE-H telah ditemukan sebagai ukuran partisipasi sosial pada individu yang mengalami stroke yang responsif terhadap perubahan.

#### Short Form-36 (SF-36)

SF-36 adalah profil status kesehatan yang awalnya dirancang untuk mengukur status kesehatan pasien dan hasil dari pasien. Status kesehatan dapat dibandingkan antara kelompok pasien berdasarkan jenis intervensi, penyakit, atau jenis asuransi kesehatan. Populasi target asli adalah individu yang tinggal di komunitas. SF-36 digunakan hari ini di pengaturan rawat jalan dan dengan orang dewasa yang tinggal di komunitas.

36 pertanyaan pada SF-36 dimaksudkan untuk mencerminkan 8 domain kesehatan, termasuk fungsi fisik, peran fisik, nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peran emosional, dan kesehatan mental. Kategori peran fisik dan peran emosional mencerminkan kinerja pada tingkat aktivitas dan partisipasi. SF-36 telah terbukti andal dan valid untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan individu dengan beberapa kondisi kesehatan kronis dan di beberapa negara. Khususnya fungsi fisik domain SF-36 mengukur kecacatan mobilitas pada beberapa populasi pasien

#### Ringkasan

Keinginan untuk mengidentifikasi hasil positif secara langsung berkaitan dengan pentingnya mengevaluasi kemampuan klien untuk melakukan tugas-tugas fungsional dan berpartisipasi dalam kegiatan yang bermakna. Tujuan utama dari intervensi terapi fisik dan okupasi adalah untuk meningkatkan kemampuan fungsional dan partisipasi. Ukuran hasil fungsional dapat memandu ahli terapi dalam pengembangan tujuan fungsional yang bermakna bagi klien. Dengan menekankan hasil fungsional, intervensi berfokus pada independensi klien daripada pencapaian normalitas. Seorang klien dengan cedera tulang belakang mungkin tidak dapat berjalan di komunitas tetapi dengan kursi roda mungkin memiliki mobilitas komunitas mandiri. Klien ini mungkin juga dapat berpartisipasi dalam pekerjaan dan aktivitas yang berhubungan dengan rekreasi saat menggunakan kursi roda. Fokus pada hasil fungsional berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup dan kesehatan secara keseluruhan.

Evaluasi kemampuan fungsional klien dapat mencakup komponen standar dan tidak standar. Sebuah penilaian fungsional harus mencakup kegiatan yang



penting sepanjang hari klien dan harus mempertimbangkan isu-isu sosial, emosional, lingkungan, dan kognitif yang relevan dengan klien yang. Spektrum tugas yang dinilai harus mencerminkan yang diperlukan agar klien berfungsi di lingkungannya.

Penggunaan instrumen penilaian terstandarisasi meningkatkan keandalan dan validitas evaluasi, membantusecara mendokumentasikan hasil objektif, dan meningkatkan komunikasi antara pengasuh profesional. Cara administrasi, format penilaian, dan pengukuran karakteristik dari penilaian standar adalah penting untuk dipertimbangkan, sebagaimana dicatat dalam uraian instrumen yang diulas dalam bab ini. Membangun tingkat fungsi dan partisipasi klien adalah langkah pertama untuk merancang intervensi yang memenuhi kebutuhan individu orang tersebut. Dokter harus bekerja dengan klien untuk mengidentifikasi kegiatan yang menentukan partisipasi klien dalam kegiatan keluarga, pekerjaan, dan rekreasi sepanjang hari. Setelah kegiatan penting diidentifikasi, terapis dapat mengeksplorasi komponen fungsi yang membatasi kinerja berdasarkan evaluasi fungsional keterampilan. Kekuatan, daya tahan, keseimbangan, mobilitas, atau koordinasi dapat menjadi faktor yang membatasi kinerja fisik. Program terapi spesifik dapat dirancang untuk mengatasi salah satu dari komponen-komponen dari tugas fungsional. Klien kemudian harus didorong untuk mempraktikkan kegiatan fungsional yang penting, menggunakan diperlukan alat bantu yang atau modifikasi lingkungan. Ketika kegiatan fungsional dikuasai, klien mengalami kemajuan di jalur menuju peningkatan partisipasi dalam kegiatan yang bermakna, kesehatan, dan kualitas hidup.

#### Referensi:

1. Resnik L, Plow MA: Measuring participation as defined by the international classification of functioning, disability and health: an evaluation of existing measures, *Arch Phys Med Rehabil* 90:856–966, 2009.
2. Noonan VK, Kopec JA, noreau L, et al: A review of participation instruments based on the international classification of functioning, disability and health, *Disabil Rehabil* 31(23):1–19, 2009.
3. World Health Organization: *International classification of functioning, disability, and health*, Geneva, 2001, World Health Organization.
4. Linder-Lucht M, Othmer V, Walther M, et al: Validation of the Gross Motor Function Measure for use in children and adolescents with traumatic brain injuries, *Pediatrics* 120(4):880–886, 2007.
5. Serghiou MH, Rose MW, Pidcock FS, et al: The WeeFIM [R] instrument—a paediatric measure of functional independence to predict longitudinal recovery of paediatric burn patients, *Dev Neurorehabil* 11(1):39–50, 2008.
6. Tur BS, Kucukdeveci AA, Kutlay S, et al: Psychometric properties of the WeeFIM in children with cerebral palsy in Turkey, *Dev Med Child Neurol* 51:732–738, 2009.
7. Niewczyk PM, Granger CV: Measuring function in young children with impairments, *Pediatr Phys Ther* 22:42–51, 2010.
8. Josenby AL, Jarnlo GB, Gummesson C, et al: Longitudinal construct validity of the GMFM-88 total score and goal total score and the GMFM-66 score in a 5-year follow-up study, *Phys Ther* 89(4):342–350, 2009.
9. Haley SM, Coster WI, Kao YC, et al: Lessons from use of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory: Where do we go from here? *Pediatr Phys Ther* 22:69–75, 2010.

10. Hwang JL, Davis PL: Rasch analysis of the School Function Assessment provides additional evidence for internal validity of the activity performance scales, *Am J Occup Ther* 63:369–373, 2009.
11. Kohler F, Dickson H, Redmond H, et al: Agreement of Functional Independence Measure item scores in patients transferred from one rehabilitation setting to another, *Eur J Phys Rehabil Med* 45(4):479–485, 2009.
12. Poulin V, Desrosiers J: Reliability of the LIFE-H satisfaction scale and relationship between participation and satisfaction of older adults with disabilities, *Disabil Rehabil* 31(16):1311–1317, 2009.
13. Figueiredo S, Komer-Bitensky n, Rochette A, et al: Use of the LIFE-H in stroke rehabilitation: a structured review of its psychometric properties, *Disabil Rehabil* 32(9):705–712, 2010.
14. Brown CA, Cheng EM, Hays RD, et al: SF-36 includes less Parkinson disease (PD)-targeted content but is more responsive to change than two PD-targeted health-related quality of life measures, *Qual Life Res* 18:1219–1237, 2009.
15. Guilfoyle MR, Seeley H, Laing RJ: The short form 35 health survey in spine disease—validation against condition-specific measures, *Br J Neurosurg* 23(4):401–405, 2009.
16. Syddall HE, Martin HJ, Harwood RH, et al: The SF-36: a simple, effective measure of mobility-disability for epidemiological studies, *J Nutr Health Aging* 13(1):57–62, 2009.
17. Bohannon RW, DePasquale L: Physical Functioning Scale of the Short-Form (SF) 36: internal consistency and validity with older adults, *J Geriatr Phys Ther* 33:16–18, 2010.