



Modul 6

FEB 326-Evidence-Based Practice Fisioterapi

Materi 6

Telaah Evaluasi dan Refleksi Aplikasi Evidence

Disusun Oleh

Wahyuddin

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2019

A. Pendahuluan

Aplikasi *evidence-based practice* fisioterapi adalah menggabungkan ketiga pilar komponen yaitu riset klinis berkualitas tinggi, aspek profesionalisme fisioterapi dan mempertimbangkan preferensi pasien. Dengan penerapan tersebut diharapkan akan berdampak kepada peningkatan hasil pelayanan.

Mengimplementasikan hal tersebut membutuhkan komitmen secara individu dan organisasi. Hal penting di dalamnya adalah bagaimana mengkaitkan dengan perilaku terkait dengan pengembangan-pengembangan pelayanan yang didasari oleh pembuktian terbaik.

B. Kompetensi Dasar

Kompetensi dasar yang harus dimiliki oleh mahasiswa dan mahasiswi pada materi ini adalah pemahaman tentang faktor-faktor terkait perilaku serta faktor-faktor yang mempengaruhi dalam mengimplementasikan hasil-hasil penelitian ke dalam praktik profesional fisioterapi.

C. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari materi ini, diharapkan semua mahasiswa dan mahasiswi mampu menguraikan teori-teori perubahan *behaviour*, faktor-faktor pengaruh serta tahapan-tahapan terkait aplikasi *evidence-based practice* fisioterapi dalam aspek klinis

D. Uraian Materi

Ketersediaan riset klinis berkualitas tinggi tidak selalu menjamin praktik berbasis bukti. Menterjemahan penelitian ke dalam aspek praktik sulit karena berbagai alasan. Materi ini berfokus pada proses implementasi fisioterapi berbasis bukti. Hambatan terkait perubahan-perubahan pada fisioterapis juga dipaparkan, dan beberapa teori perubahan dibahas. Selain itu juga menyajikan implementasi praktik berbasis bukti dengan penekanan khusus pada pedoman pelaksanaan. Pelaksanaan berbasis bukti Fisioterapi harus dipandang dalam konteks berbagai kegiatan peningkatan mutu organisasi dan individu lainnya.

Apa arti “membuat itu terjadi”?

Ketersediaan riset klinis berkualitas tinggi tidak selalu memastikan adanya praktik berbasis bukti. Sering ada kesenjangan antara penelitian dan praktik. Praktek berbasis bukti harus dilakukan agar dapat terwujud. Para peneliti kadang-kadang mengasumsikan bahwa, jika mereka menerbitkan laporan penelitian mereka di jurnal-jurnal profesional, klinisi akan membaca laporan tersebut dan menggunakan temuan-temuan penelitian dalam praktek klinis. Ini merujuk kepada *passive diffusion*. *Passive diffusion* terjadi perlahan-lahan, dan mungkin tidak terjadi sama sekali.

Kadang-kadang strategi lebih aktif, yang disebut *dissemination*. Pada *dissemination* penyebaran melibatkan penargetan pesan ke grup yang ditetapkan. Strategi ketiga, pelaksanaan, lebih aktif, direncanakan dan disesuaikan. Implementasi melibatkan, mengidentifikasi dan membantu dalam mengatasi hambatan terkait penggunaan pengetahuan. Penggunaan tidak hanya terkait pesan itu sendiri, tetapi juga perangkat organisasi dan perilaku yang sensitif terhadap kendala dan peluang (profesional kesehatan) yang teridentifikasi. Karena

itu, implementasi melibatkan penanganan dan penyelesaian hambatan untuk proses perubahan.

Seperti yang telah dibahas sebelumnya, ada sejumlah alasan mengapa kita kita mempunyai keinginan agar praktik yang didasari oleh penelitian klinis berkualitas tinggi. Namun, dalam prakteknya, ada hambatan untuk mengubah perilaku praktik. Mewujudkan fisioterapi yang selalu berbasis bukti adalah sebuah tantangan untuk individu dan organisasi, sehingga diperlukan tindakan dari berdasarkan kedua perspektif tersebut. Sampai saat ini masih berfokus pada bagaimana seorang fisioterapis dapat mengidentifikasi, menilai, menafsirkan dan menggunakan penelitian klinis berkualitas tinggi. Membawa perubahan adalah tanggung jawab yang tidak hanya untuk kalangan praktisi fisioterapi. Sering implementasi program yang dimulai dari '*top-down*'. Misalnya, mungkin ada strategi nasional atau lokal untuk meningkatkan peran fisioterapi terhadap nyeri punggung bawah atau untuk manajemen osteoporosis. Ini berarti bahwa seseorang bertanggung jawab di tingkat manajemen untuk implementasi perubahan praktik spesifik atau sebuah panduan.

Beberapa kegiatan-kegiatan manajemen penting untuk mewujudkan praktik yang berdasarkan bukti, dukungan terhadap individu, akses ke sumber daya dan budaya yang mendukung perubahan tersebut. Itulah sebabnya kita berfokus pada perspektif yang lebih Target tersebut ditujukan untuk fisioterapi dan pimpinan layanan kesehatan dan pembuat kebijakan.

Dua Pendekatan

Fisioterapi berbasis bukti dapat diimplementasikan dalam dua cara. Yang pertama adalah dengan menerapkan lima langkah praktik berbasis bukti seperti yang telah dibahas pada materi-materi sebelumnya sebagai bagian integral dari praktik sehari-hari. Ini meliputi tahapan fisioterapi merumuskan pertanyaan-pertanyaan relevan terkait praktik, mencari, melakukan kritisi terkait penelitian dan menginformasikan hal-hal terkait praktik saat ini dengan penelitian klinis berkualitas tinggi. Dalam proses pengambilan keputusan klinis, informasi ini dikombinasikan dengan pengetahuan praktik seorang fisioterapis dan mengkaitkan dengan preferensi pasien. Langkah-langkah ini menjadi landasan terhadap terwujudnya fisioterapi berbasis bukti. Aplikasi langkah-langkah tersebut membutuhkan keterampilan untuk mengajukan pertanyaan, mencari, menilai dan menafsirkan bukti. Hal tersebut juga memerlukan akses ke internet dan jurnal-jurnal yang relevan.

Pendekatan kedua untuk mewujudkan fisioterapi berbasis bukti adalah implementasi secara personal/pribadi dan/atau praktik organisasi atau perubahan perilaku terkait dengan kondisi tertentu. Ini diperlukan karena pada saat ini variasi dalam praktik, atau karena peningkatan atau perubahan praktik pada hal-hal tertentu. Contoh adalah pelaksanaan strategi baru untuk manajemen nyeri punggung. Organisasi harus menentukan strategi mana yang digunakan untuk meningkatkan kinerja profesional dan kualitas perawatan, dan tentang apa yang menjadi dasar pilihan strategi.

Perubahan adalah sesuatu yang berat dalam kehidupan manusia. Kita telah merasakan bagaimana beratnya perubahan tersebut. Banyak fisioterapis telah

melakukan pelayanan yang baik pada pasien-pasien mereka. Kadang-kadang hal ini jelas mengapa ada variasi besar dalam praktik antara fisioterapi, atau kesenjangan antara praktik dan penelitian klinis berkualitas tinggi. Ini yang menjelaskan bahwa pasien atau fisioterapis harus memiliki preferensi yang kuat atau pengalaman yang positif terkait treatment, atau hal tersebut terjadi kemungkinan karena kurangnya pengetahuan oleh fisioterapi.

Kadang-kadang penjelasan untuk kesenjangan antara penelitian dan praktik kurang jelas. Sikap klinis, seperti perilaku lainnya (sebagai contoh, aktivitas fisik perilaku seksual atau kebiasaan merokok) ditentukan oleh sejumlah faktor, dan kaitan antara pengetahuan dan perilaku sering lemah. Siapa pun yang telah mencoba untuk mengubah perilaku pasien, atau perilaku mereka sendiri, akan mengakui betapa sulitnya. Pengetahuan sendiri ini sering tidak cukup untuk mengubah perilaku. Perilaku fisioterapis dan pola-pola praktik dipengaruhi oleh sejumlah faktor. Faktor-faktor yang berhubungan dengan sumber daya, dukungan sosial, lingkungan praktik, pendapat yang berlaku dan sikap pribadi mungkin dapat bertindak sebagai hambatan terkait perubahan yang diinginkan. Sebelum membahas tentang hambatan-hambatan yang telah diidentifikasi di bidang fisioterapi, akan berguna untuk mempertimbangkan beberapa teori-teori terkait perubahan.

Teori-teori perubahan

Implementasi penelitian telah didefinisikan sebagai studi metode ilmiah untuk mempromosikan penyerapan temuan penelitian untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Ini mencakup studi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku profesional pelayanan kesehatan dan organisasi, dan intervensi yang memungkinkan mereka untuk menggunakan hasil penelitian lebih efektif. Penelitian di bidang ini telah mengikuti dua hal yang terkait: transfer atau difusi pengetahuan, dan perubahan perilaku. Teori-teori perubahan dapat digunakan untuk memahami perilaku para profesional kesehatan maupun untuk menjadi pedoman pada pengembangan dan pelaksanaan intervensi untuk suatu proses perubahan.

Banyak teori-teori perubahan perilaku telah berkembang dari berbagai perspektif seperti psikologi, sosiologi, ekonomi, pemasaran, pendidikan, perilaku organisasi dan lain-lain. Teori-teori yang berkaitan dengan perubahan perilaku pasien, profesional dan organisasi. Salah satu jenis teori sering disebut sebagai model klasik atau deskriptif (*Agency for Healthcare Research and Quality 2004*) yang banyak merujuk pada *Rogers' Diffusion of Innovation Theory* (Rogers 1995). Ini adalah suatu model pasif yang menggambarkan proses natural dari suatu perubahan. Proses inovasi keputusan berasal dari teori Roger dan terdiri dari lima tahap yang potensial untuk mengadopsi sebuah inovasi.

Roger mengembangkan model adopter jenis di mana dia mengklasifikasikan orang sebagai inovator (kelompok adopter tercepat), pengadopsi awal, mayoritas awal, mayoritas akhir dan lambat (yang paling lambat untuk berubah). Namun, model klasik ini memberikan sedikit informasi tentang bagaimana sebenarnya untuk mempercepat dan mempromosikan perubahan. Tipe lain dari teori perubahan adalah model perubahan terencana (*Agency for*

Healthcare Research and Quality 2004). Model ini bertujuan untuk menjelaskan bagaimana rencana perubahan terjadi dan bagaimana timbulnya rencana-rencana perubahan dan langkah-langkah untuk melaksanakan hal-hal tersebut dalam sistem sosial.

Umumnya model-model tersebut didasarkan pada teori-teori kognitif sosial. Tiga contoh dari teori-teori perubahan terencana adalah *Green's precede-proceed model*, *the social marketing model* and *the Ottawa Model of Research Use*. *Green's precede-proceed model* menguraikan langkah-langkah yang harus mendahului intervensi dan memberikan pedoman tentang bagaimana untuk melanjutkan pelaksanaan dan evaluasi berikutnya (Green et al 1980). Tahap 'precede/mendahului' meliputi identifikasi masalah-masalah dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap masalah-masalah tersebut. Faktor-faktor yang dikategorikan sebagai predisposisi, memungkinkan atau memperkuat. Tahap 'proceed/lanjutan' adalah kunci pada pelaksanaan dan evaluasi efek intervensi telah perubahan perilaku, predisposisi, serta faktor memungkinkan dan memperkuat.

Pemasaran sosial memberikan kerangka kerja untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mengatur faktor-faktor perubahan. Menurut model ini, perubahan harus dilakukan dalam beberapa tahap. Tahap pertama adalah tahap perencanaan dan pengembangan strategi. Tahap berikutnya meliputi pemilihan saluran yang relevan dan materi-materi untuk intervensi. Pada tahap ini kelompok sasaran 'dibagi' untuk membuat homogenitas sub grup, misalnya berdasarkan motivasi individu untuk perubahan. Selanjutnya, bahan-bahan yang dikembangkan dan diujicobakan pada dengan target peserta. Akhirnya tahapan implementasi, evaluasi dan umpan balik, setelah intervensi. Pemasaran sosial telah difokuskan pada membawa perubahan perilaku kesehatan di tingkat masyarakat, dan juga digunakan sebagai dasar untuk strategi-strategi pengembangan kualitas.

The Ottawa Model of Health Care Research memerlukan fasilitator perbaikan kualitas untuk melakukan penilaian terhadap hambatan untuk penerapan rekomendasi berbasis bukti. Mereka kemudian mengidentifikasi pengadopsi potensial, dan melihat lingkungan praktik untuk menentukan faktor-faktor yang mungkin menghambat atau mendukung pengambilan rekomendasi (Badan Kesehatan penelitian dan kualitas 2004). Informasi kemudian digunakan untuk menyesuaikan intervensi untuk mengatasi hambatan-hambatan yang diidentifikasi atau meningkatkan dukungan.

Akhirnya, dampak pelaksanaan dievaluasi dan proses-proses interaksi dimulai lagi. Teori motivasi, termasuk model kognisi sosial, mengusulkan bahwa motivasi menentukan perilaku, dan karena itu prediksi terbaik perilaku adalah faktor yang memprediksi motivasi. Asumsi ini adalah dasar dari teori-teori psikologi sosial. Salah satu contoh adalah teori kognitif sosial (Bandura 1997). Teori ini mengusulkan bahwa perilaku ditentukan oleh insentif dan harapan. Ekspektasi terkait *self-efficacy* adalah suatu keyakinan tentang kemampuan seseorang untuk melakukan perilaku (misalnya, 'saya dapat mulai menjadi aktif secara fisik') dan telah ditemukan untuk menjadi sangat penting membangun dan memprediksi perubahan perilaku. Penyempurnaan teori kognitif sosial adalah tahap model perilaku, yang menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan

dalam pengaturan yang berbeda. Individu harus berpikir untuk melalui tahap yang berbeda dalam mencapai perubahan, dan berbagai intervensi yang diperlukan pada tahap yang berbeda.

Teori-teori tersebut mungkin dapat diterapkan untuk jenis-jenis perubahan yang diperlukan dalam praktik berbasis bukti. Salah satu model yang dikembangkan oleh Prochaska dan Velicer 1997 meliputi lima tahap yaitu pra-kontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan dan pemeliharaan. Satu hal yang dapat dengan mudah dimengerti bahwa orang yang sedang dalam tahap pra-kontemplasi akan membutuhkan strategi untuk peningkatan kesadaran dan pengakuan terkait kebutuhan informasi. Sebaliknya, seseorang pada tahap tindakan atau pemeliharaan membutuhkan akses yang mudah terhadap penelitian klinis berkualitas tinggi, dan selalu mengingat untuk menjaga pencapaian perilaku. Teori ini secara luas digunakan, seperti dalam sebuah studi untuk peningkatan aktivitas fisik (Marcus et al 1998). Satu *systematic review* baru-baru menemukan bahwa ada sedikit bukti yang mendukung penggunaan teori-teori model tahapan seperti di atas untuk perilaku merokok (Riemsma et al 2003).

Sebagian besar teori-teori yang dijelaskan di atas fokus pada individu, tetapi faktor organisasi memainkan peran penting dalam proses perubahan. Salah satu jenis teori organisasi adalah model sistem rasional, yang berfokus pada struktur internal dan proses *organisasi* (*Agency for Healthcare Research and Quality 2004*). Model ini menggambarkan empat tahap dalam proses perubahan organisasi dan perspektif yang berbeda yang harus diatasi dalam setiap tahap. Tahap-tahap yang berhubungan dengan kesadaran akan masalah, identifikasi tindakan, implementasi dan pelembagaan perubahan. Model kelembagaan berasumsi bahwa manajemen memiliki kebebasan untuk menerapkan perubahan dan melegitimasi kaitan implementasi perilaku. Model kelembagaan dapat menjelaskan faktor penting terkait peningkatan mutu yang melibatkan manajemen kualitas secara total, intervensi organisasi yang dilakukan dalam berbagai kegiatan. Semua model organisasi menekankan kompleksitas organisasi dan perlunya suatu kebutuhan untuk mempertimbangkan beberapa faktor yang mempengaruhi proses perubahan.

Teori pembelajaran yang berasal dari penelitian pendidikan, menekankan peran motivasi intrinsik pribadi. Dari teori-teori ini telah dikembangkan kegiatan berdasarkan pembangunan konsensus dan pembelajaran berbasis masalah. Sebaliknya, pendekatan pemasaran secara luas digunakan untuk target perilaku (misalnya resep) dan juga untuk mempromosikan kesehatan untuk masyarakat umum, seperti kampanye promosi kesehatan. Seperti yang ditunjukkan di sini, ada banyak teori perubahan. Semua memiliki kekurangan karena implementasi adalah proses yang kompleks. Satu-satunya cara untuk mengetahui apakah intervensi berdasarkan teori-teori ini efektif adalah untuk mengevaluasi intervensi dalam klinis dan praktek pengaturan. Ada banyak perdebatan tentang bagaimana evaluasi tersebut harus dilakukan. Telah diusulkan bahwa di masa yang akan datang pelaksanaan strategi harus memiliki dasar teoritis yang lebih kuat dibanding strategi intervensi yang banyak berkembang saat ini (Grimshaw et al 2004).

Hambatan-Hambatan Perubahan

Dalam pembahasan sebelumnya telah dijelaskan tentang dua pendekatan yang berbeda untuk mengimplementasikan praktik berbasis bukti dalam praktik klinis fisioterapi. Yang pertama adalah melalui implementasi langkah-langkah fisioterapi berbasis bukti dalam praktik sehari-hari. Pendekatan kedua adalah dengan menerapkan perubahan yang diinginkan dalam praktik untuk kelompok pasien tertentu. Hasil pengukuran untuk pendekatan pertama akan menjadi ukuran sejauh mana fisioterapis mampu merumuskan pertanyaan-pertanyaan secara klinis, melakukan proses pencarian serta mengkritisi dan menggunakan riset klinis berkualitas tinggi untuk menginformasikan terkait praktik sehari-hari mereka. Ukuran hasil untuk pendekatan yang kedua adalah sejauh mana praktik saat ini cocok dengan penelitian klinis berkualitas tinggi. Kedua pendekatan memerlukan perubahan dalam perilaku, tetapi hambatan untuk menggunakan langkah-langkah fisioterapi berbasis bukti sebagai bagian dari praktik sehari-hari mungkin berbeda dari hambatan untuk mencapai praktik yang diharapkan terhadap suatu kelompok pasien.

Hambatan mungkin juga berbeda antara kelompok pasien dan budaya. Dan tidak ada hambatan universal atau solusi sederhana untuk praktik yang baik (Oxman and Flottorp 1998). Hambatan spesifik dan solusi harus diidentifikasi untuk setiap pelaksanaan proyek, yang kemudian mungkin tidak relevan terhadap pengaturan atau keadaan lain. Identifikasi hambatan untuk pelaksanaan fisioterapi berbasis bukti sering dilakukan dengan metode penelitian kualitatif, yang bertujuan untuk mengeksplorasi sikap, pengalaman dan makna terhadap sesuatu. Banyak dari kita akan memiliki hambatan berupa wawasan yang terbatas untuk menggunakan bukti dalam praktik-praktik kita sendiri. Refleksi kritis adalah titik awal untuk mengidentifikasi faktor-faktor penentu untuk praktik.

Hambatan-Hambatan Pengimplementasian Tahapan-Tahapan Praktik Berbasis Bukti

Beberapa studi telah mencoba untuk mengidentifikasi hambatan untuk praktik berbasis bukti pada profesional bidang kesehatan (Freeman and Sweeny 2001, Young and Ward 2001). Dalam suatu survei pada dokter umum di Australia, 45% menyatakan bahwa hambatan utama adalah permintaan pasien untuk pengobatan meskipun kurang bukti terkait efektivitas (Young & Ward 2001:215). Hambatan tertinggi ketiga berkaitan dengan kurangnya waktu. Ini dinilai sebagai penghambat sangat penting secara signifikan oleh peserta dibanding kurangnya keterampilan.

Humphris dan rekan-rekan (2000) menggunakan metode kualitatif untuk mengidentifikasi hambatan untuk terapi okupasi berbasis bukti dan mengikuti studi kualitatif ini dengan survei untuk mengevaluasi pentingnya faktor-faktor yang diidentifikasi. Tiga faktor paling penting adalah tekanan beban kerja, keterbatasan waktu dan ketidakcukupan sumber daya. Survei lain, dilakukan terhadap dietisien, terapis okupasi, fisioterapi, dan terapis wicara, mengidentifikasi hambatan yang berkaitan dengan keterampilan, pemahaman metodologi penelitian, akses ke penelitian dan keterbatasan waktu. Relevansi penelitian dan kelembagaan hambatan tampaknya kurang menjadi masalah (Metcalf et al 2001). Secara

spesifik, tiga hambatan terbesar adalah 'analisis statistik dalam artikel tidak dapat dipahami', literatur tidak terkompilasi dalam satu tempat' dan laporan hasil yang bertentangan. Lebih dari sepertiga (38%) dari fisioterapi merasa bahwa dokter tidak akan bekerja sama dengan implementasi, dan 30% merasa bahwa mereka tidak memiliki cukup hak untuk mengubah praktik rutin yang selama ini telah dilakukan.

Sebuah studi berkategori baik telah dilakukan di daerah Wessex Inggris dengan tujuan untuk mengidentifikasi sikap dan pengalaman fisioterapis yang terkait dengan fisioterapi berbasis bukti (Barnard and Wiles 2001). Fisioterapis junior dan ahli fisioterapi yang bekerja di rumah sakit merasa bahwa mereka memiliki keahlian yang dibutuhkan untuk menilai temuan penelitian sebelum mengimplementasikan. Yang lain, terutama fisioterapis senior bekerja dalam pengaturan komunitas, merasa bahwa mereka tidak melakukannya. Komunitas fisioterapi juga merasa bahwa mereka tidak mampu terlibat dalam praktik berbasis bukti karena kurangnya akses ke fasilitas perpustakaan dan kesulitan bertemu dengan rekan-rekan mereka. Beberapa fisioterapis juga menjelaskan masalah dengan budaya kerja terkait fisioterapi berbasis bukti mana staf senior yang resisten terhadap perubahan.

Studi terbaru oleh Bridges et al (2007) menemukan bahwa karakteristik personal, terutama keinginan untuk belajar dan belajar mandiri, yang dikaitkan dengan kecenderungan untuk mengadopsi fisioterapi berbasis bukti, sedangkan karakteristik sistem sosial membuat kontribusi yang minimal variasi yang diamati terkait kecenderungan untuk mengadopsi fisioterapi berbasis bukti.

Hambatan-hambatan Implementasi Perubahan Pada Perilaku Praktik Secara Spesifik

Satu studi di Belanda telah dilakukan untuk mengidentifikasi hambatan untuk implementasi pedoman untuk nyeri punggung bawah (Bekkering et al 2003). Seratus orang fisioterapis dipilih secara acak yang diundang untuk berpartisipasi dan diminta dalam sebuah survey untuk mengidentifikasi perbedaan antara rekomendasi pedoman dan praktik mereka saat ini. Survei mengungkapkan sejumlah isu, dimana sorotan utama adalah perbedaan antara pedoman rekomendasi dan praktik, yang mungkin dianggap sebagai hambatan untuk implementasi.

Yang paling penting dari semua hal tersebut adalah kurangnya pengetahuan atau keterampilan fisioterapi dalam proses diagnostik dan pengobatan, terutama jika ada perbedaan antara penanganan secara tradisional dan berbasis bukti. Misalnya, intervensi pasif secara tradisional digunakan, tapi tidak dianjurkan dalam pedoman) Perbedaan paling penting yang kedua adalah satu organisasi yang meliputi masalah kerjasama dengan dokter yang merujuk (sebagian besar dokter umum). Isu lain adalah tentang harapan pasien. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa, karena keterampilan dan pengetahuan merupakan faktor paling penting, ada kebutuhan untuk melanjutkan pendidikan pascasarjana untuk menjaga pengetahuan dan keterampilan yang selalu mengikuti perkembangan keilmuan dan keterampilan.

Di Skotlandia, evaluasi program terapi stroke dijalankan sebagai suatu proyek yang bersifat multi-disiplin. Salah satu bagian dari proyek ini adalah implementasi rehabilitasi berbasis bukti. Pollock et al (2000) melakukan penelitian untuk mengidentifikasi hambatan untuk rehabilitasi stroke berbasis bukti diantara profesional kesehatan, dimana 31% adalah fisioterapis. Studi dimulai dengan fokus grup untuk mengidentifikasi hambatan yang alami, diikuti oleh pengiriman kuesioner melalui pos untuk menilai kesesuaian para peserta dengan hambatan yang teridentifikasi. Hambatan dibagi menjadi tiga bidang yaitu aspek kemampuan, kesempatan dan implementasi. Hambatan kunci yang teridentifikasi antar profesional adalah kurangnya waktu, kurangnya kemampuan dan kebutuhan untuk pelatihan, serta kesulitan-kesulitan yang berkaitan dengan implementasi temuan penelitian. Fisioterapis merasa pemahaman statistik lebih rendah daripada terapis okupasi dan perawat. Enam puluh tujuh persen dari semua responden setuju bahwa mereka membutuhkan lebih banyak pelatihan dalam penilaian dan interpretasi dari studi, dan hanya 8% setuju bahwa mereka memiliki cukup waktu untuk membaca.

Hambatan untuk mengimplementasikan tampaknya adalah kurangnya kepercayaan terkait validitas temuan penelitian dan pengalihan temuan penelitian terhadap lingkungan kerja individu. Sehingga akan memunculkan pertanyaan apa yang dapat diinformasikan kepada kita terkait suatu studi? Ada variasi besar dalam hambatan yang dilaporkan, tapi hambatan utama untuk penerapan hal-hal terkait praktik berbasis bukti sangat berkaitan dengan waktu, keterampilan, dan budaya. Salah satu hambatan yang tidak diidentifikasi dalam studi yang dilaporkan tersebut yang mempunyai relevansi adalah kurangnya hasil-hasil penelitian klinis berkualitas tinggi di beberapa area tertentu. Jika kita melakukan langkah-langkah untuk merumuskan pertanyaan-pertanyaan penelitian dan mencari bukti tanpa mengidentifikasi studi yang berkualitas tinggi, ini tentu menjadi penghalang untuk mengaplikasikan praktik berbasis bukti dalam praktik profesional fisioterapi sehari-hari.

Hambatan untuk pelaksanaan perubahan perilaku tertentu lebih kompleks secara natural memerlukan kajian. Secara keseluruhan, kesimpulan tampaknya hambatan perlu diidentifikasi untuk setiap bidang kajian, karena membutuhkan pendekatan yang berbeda pada setiap kajian yang berbeda serta solusi yang mungkin juga akan berbeda.

Implementasi Berbasis Bukti

Apa yang dapat membantu seorang profesional untuk merubah cara praktiknya? Banyak strategi yang dapat dilakukan untuk mengubah perilaku profesional bidang kesehatan, dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan pasien. Gambar 1 berikut ini memberikan contoh jenis-jenis intervensi yang telah dievaluasi pada studi yang bersifat *systematic review* dengan fokus pada peningkatan aspek praktik.

Examples of interventions to promote professional behaviour change (based on EPOC taxonomy; <http://epoc.cochrane.org/>)

- **Educational materials** Distribution of published or printed recommendations for clinical care (such as clinical practice guidelines, audio-visual materials, electronic publications)
 - **Didactic educational meetings** Lectures with minimal participant interaction
 - **Interactive educational meetings** Participation of health care providers in workshops that include discussion or practice
 - **Educational outreach visits** A personal visit by a trained person to a health care provider in his or her own setting to give information with the intent of changing practice
 - **Reminders (manual or computerized)** Patient or encounter-specific information, provided verbally, on paper or on a computer screen, that is designed or intended to prompt a health professional to recall information
 - **Audit and feedback** Any summary of clinical performance of health care over a specified period of time. The summary may also have included recommendations for clinical action
 - **Local opinion leaders** Health professionals nominated by their colleagues as being educationally influential are recruited to promote implementation
 - **Local consensus process** Inclusion of health professionals in discussions to agree to an approach to managing a clinical problem that they have selected as important
 - **Patient-mediated interventions** Specific information sought from or given to patients
 - **Multifaceted interventions** A combination of two or more interventions
-

Gambar 1. Beberapa Contoh Intervensi Terkait Perubahan Perilaku

Intervensi-intervensi yang diklasifikasikan oleh Cochrane Collaboration's Effective Practice and Organization of Care (EPOC) group (<http://epoc.cochrane.org/>) dan mencakup berbagai bentuk pendidikan berkelanjutan, jaminan kualitas, informasi, dan keuangan, organisasi dan regulasi intervensi yang dapat mempengaruhi kemampuan profesional pelayanan kesehatan untuk memberikan layanan yang lebih efektif dan efisien. Fokus kerja kelompok EPOC adalah ulasan intervensi yang dirancang untuk meningkatkan aspek praktik profesional dan pelayanan kesehatan secara efektif. Seperti yang telah dibahas pada bagian-bagian sebelumnya, pelaksanaan praktik berbasis bukti dapat dipromosikan dalam cara atau tahapan-tahapan yang berbeda. Menerapkan langkah-langkah praktik berbasis bukti adalah salah satu pilihan yang mungkin mengarah kepada perubahan dalam perilaku tertentu.

Implementasi Langkah-Langkah Praktik Berbasis Bukti

Beberapa studi telah menginvestigasi efek pengajaran penilaian kritis (Parkes et al 2001) dan pengajaran langkah-langkah dalam praktik berbasis bukti (Coomarasamy and Khan 2004, Flores-Mateo and Argimon 2007). Studi-studi tersebut menunjukkan bahwa intervensi pengajaran dapat meningkatkan pengetahuan peserta tetapi memiliki efek variatif pada perilaku profesional. Data

yang tersedia menunjukkan bahwa mengajarkan langkah-langkah praktik berbasis terbukti paling sukses ketika dilakukan dalam pengaturan klinis, terutama jika ini berfokus pada keputusan dan tindakan nyata di klinis (Coomarasamy & Khan 2004). Satu *systematic review* dari studi kualitatif yang telah mengkaji pengalaman peserta dengan program pendukung praktik berbasis bukti menunjukkan pentingnya memiliki tujuan yang jelas serta ketersediaan bahan bacaan sebelum proses pengajaran (Bradley et al 2005).

Saat ini, banyak pengajaran praktik berbasis bukti melibatkan pertemuan secara interaktif dengan diskusi kelompok kecil dan pengajuan pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan praktik. Ada kebutuhan untuk penelitian lebih lanjut terhadap keingintahuan cara-cara terbaik yang dapat dilakukan untuk menerapkan langkah-langkah efektif. Dan hal ini sangat terkait dengan isu-isu evaluasi diri.

Implementasi Perubahan Dalam Perilaku Praktik Spesifik

Efek dari strategi implementasi dapat dinilai dengan mengukur salah satu dari dua jenis hasil. Hasil dapat diukur pada tingkat kinerja profesional, misalnya dengan mengukur frekuensi *ultrasound* yang digunakan untuk menangani *carpal tunnel syndrome* atau fisioterapi sesuai dengan pedoman untuk penanganan *ankle sprain*. Hasil dapat juga diukur pada tingkat pasien, misalnya dengan mengukur perubahan intensitas nyeri, ketidakmampuan atau lama waktu meninggalkan pekerjaan. Studi telah mengevaluasi efek dari implementasi intervensi pada kedua jenis hasil tersebut.

Beberapa intervensi juga telah dievaluasi, meskipun sebagian besar (90%) studi ini telah dilakukan diantara dokter. Penelitian telah dilakukan pada perawatan penanganan secara primer dan di rumah sakit, dan sering telah fokus pada peningkatan dalam satu atau lebih aspek perilaku praktik atau kepatuhan terhadap pedoman. Sampai saat ini, masih belum jelas bagaimana cara terbaik untuk menerapkan dan mempertahankan praktik berbasis bukti, terutama di kalangan fisioterapi.

Gambaran berikut akan memberikan gambaran *systematic review* efek dari intervensi yang bertujuan untuk mengubah praktik profesional dalam penanganan kesehatan. Gambaran tersebut didasarkan pada laporan berbasis bukti berkualitas tinggi (Grimshaw et al 2001), serta *systematic review* dan penelitian utama yang diterbitkan kemudian. Satu *systematic review* untuk implementasi pedoman fisioterapi dijelaskan lebih detail. Gambar 2 memberikan penggambaran dari beberapa ulasan yang relevan pada efek khusus intervensi untuk peningkatan aspek praktik.

Intervention	Reference	Conclusion
Printed educational materials	Farmer et al 2008 (23 included trials)	Printed educational materials when used alone may have a beneficial effect on process outcomes (overall absolute risk difference median of 4.3% on categorical process outcomes, range -8.0% to +9.6%). Despite this wide of range of effects reported, clinical significance of the observed effect sizes is not known. There is insufficient information about how to optimize educational materials. The effectiveness of educational materials compared with other interventions is uncertain
Continuing education meetings and workshops	Forsetlund et al 2009 (81 included trials)	<p>Educational meetings alone or combined with other interventions can improve professional practice (median adjusted risk difference in compliance with desired practice was 6%, interquartile range 2% to 16%)</p> <p>There are large variations in the effects found in different studies</p> <p>Few studies have compared different types of educational meeting. No firm conclusions can be drawn about what is the most effective form</p> <p>The effect appears to be larger with higher attendance at the educational meetings and with mixed interactive and didactic educational meetings</p>
Educational outreach visit (defined as a personal visit by a trained person to a health care provider in his or her own setting)	O'Brien et al 2007 (69 included trials)	<p>Educational outreach visits alone or when combined with other interventions have small to moderate but potentially important effects (median risk difference 6%, interquartile range 3.0% to 10%)</p> <p>From this review it was not possible identify key characteristics of educational outreach visits that are important to their success</p>
Computer reminders	Shojania et al 2009 (29 included trials)	Point of care computer reminders generally achieve small to modest improvements in provider behaviour (median 4% improvement, interquartile range 1% to 19%). A minority of interventions showed larger effects, but no specific reminder or contextual features were significantly associated with effect magnitude
Audit and feedback	Jamtvedt et al 2006 (118 included trials)	Audit and feedback alone or combined with other interventions can be effective in improving professional practice. When it is effective, the effects are generally small to moderate (median risk difference 5%, interquartile range 3% to 11%). The relative effectiveness of audit and feedback is likely to be greater when baseline adherence to recommended practice is low and when feedback is delivered more intensively
Local opinion leaders	Doumit et al 2007 (12 included trials)	The use of local opinion leaders can successfully promote evidence-based practice. Overall the median adjusted risk difference was 0.10, representing a 10% absolute decrease in non-compliance in the intervention group. However, the feasibility of its widespread use remains uncertain
Clinical pathways	Rotter et al 2010 (27 included trials)	Clinical pathways are associated with reduced in-hospital complications and improved documentation without negatively impacting on length of stay and hospital costs

Gambar 2. Review Efek Intervensi Spesik Terhadap Peningkatan Aspek Praktik

Banyak dari *trials* meliputi implementasi pedoman-pedoman. Walaupun studi ini dilakukan diantara dokter, tapi studi ini merupakan evaluasi terbaik yang tersedia dari strategi implementasi. *Systematic review* strategi implementasi yang diterbitkan pada tahun 1995 menyatakan ada hal ajaib untuk menerjemahkan hasil penelitian ke dalam praktik klinis profesional sehari-hari (Oxman et al 1995). Hal

ini masih tampaknya menjadi masalah. Meskipun tidak ada intervensi yang dapat berlakuk di semua bidang, peningkatan dalam skala kecil ke moderat dapat dicapai melalui berbagai intervensi.

Beberapa intervensi seperti audit dan umpan balik, kunjungan dan lokakarya pendidikan yang melibatkan komponen diskusi, refleksi dan praktik, tampaknya mampu membuat perbaikan ke level moderat. Secara keseluruhan intervensi multifaset tampaknya tidak memberikan efek yang lebih baik daripada satu intervensi.

Implementasi Pedoman Klinis

Sebagaimana penjelasan-penjelasan sebelumnya, pedoman klinis dapat dan semakin digunakan untuk meningkatkan hasil-hasil praktik fisioterapi dan pelayanan kesehatan lain. Pedoman memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas dan mencapai hasil praktik yang lebih baik dengan mempromosikan intervensi yang terbukti bermanfaat dan meminimalisir intervensi yang tidak efektif. Tapi apakah kita tahu bahwa pedoman yang terkait biaya juga berkaitan dengan pengembangan dan implementasi?

Meskipun banyak negara telah mengembangkan pedoman klinis dalam fisioterapi selama beberapa tahun terakhir, sangat sedikit memiliki dievaluasi dampaknya pada hasil praktik atau pelayanan kesehatan. Dalam *systematic review* terkait efek penerapan pedoman di fisioterapi (van der Wees et al 2008) hanya tiga studi diidentifikasi hingga tahun 2008. Studi mengevaluasi strategi yang digunakan untuk implementasi pedoman pada kasus nyeri punggung bawah dan *whiplash injury*. Semua studi menggunakan strategi multifaset, termasuk pertemuan untuk mengimplementasikan pedoman. Studi-studi tersebut digambarkan pada gambar 3.

Hasil studi tersebut bervariasi terkait hasil terapi, tetapi menunjukkan beberapa perbaikan penting dalam hasil seperti membatasi jumlah sesi penanganan untuk nyeri punggung bawa (*risk difference* (RD) 0,13, 95% confidence interval (CI) 0.03-0,23) dan menggunakan intervensi aktif (RD 0,13, 95% CI 0,05-0,21), meyakinkan pasien (RD 0,40, 95% CI 0,07-0,74) dan menasihati pasien untuk bertindak seperti biasa pada kondisi *whiplash injury* (RD 0,48, 95% CI 0,15-0.80). Namun demikian, ada tidak ada bukti bahwa ada peningkatan hasil pada pasien atau pengurangan biaya kesehatan. *Review* tersebut menyimpulkan bahwa intervensi multifaset berdasarkan pertemuan-pertemuan yang diadakan untuk meningkatkan implementasi pedoman klinis dalam Fisioterapi dapat meningkatkan beberapa hasil praktik profesional. Temuan ini sebanding dengan hasil pada profesi-profesi kesehatan lain.

Reference	Design	Intervention	Outcomes
Bekkering et al 2005	Cluster RCT 113 physiotherapists from 68 private clinics treated 500 patients with low back pain Follow-up: 12 months	<i>Intervention</i> Two interactive training sessions (2.5 hours each) with interval of 4 weeks, including didactic lecture and role-playing. Dissemination of guidelines, self-evaluation form, forms to facilitate discussion, copy of Quebec back pain disability scale	<i>Professional practice</i> Number of sessions Functional treatment goals Active interventions Adequate information All 4 outcomes met
		<i>Control</i> Dissemination of guidelines, self-evaluation form, forms to facilitate discussion, copy of Quebec back pain disability scale	<i>Patient outcomes</i> Physical functioning Pain
Rebbeck et al 2006	Cluster RCT 27 physiotherapists from 27 private clinics treated 103 patients with whiplash injury Follow-up: 12 months	<i>Intervention</i> One interactive educational session by opinion leaders (8 hours), including interactive sessions, practical sessions and problem-solving. Follow-up of educational outreach (2 hours) after 6 months. Dissemination of guidelines	<i>Professional practice</i> Knowledge test Functional outcomes Reassured patient Advised patient to act as usual Prescribe function Prescribe exercise Prescribe medication
		<i>Control</i> Dissemination of guidelines	<i>Patient outcomes</i> Disability (Functional Rating Index) Disability (Core Outcome measure) Global Perceived Effect
Stevenson et al 2006	Cluster RCT 30 physiotherapists treated 306 patients with low back pain Follow-up: 6 months	<i>Intervention</i> One interactive evidence-based educational session (5 hours), administered by local opinion leaders	<i>Professional practice</i> Advice about work situation Advice return to normal activities Advice to increase activity level Encourage early return to work Encourage activities by themselves Change attitudes/beliefs about pain
		<i>Control</i> One standard in-service training session (5 hours) on clinical management of knee dysfunction	

RCT, randomized controlled trial.

Gambar 3. Karakteristik Implementasi Dalam Fisioterapi

Mengingat terbatasnya penelitian pada pelaksanaan pedoman fisioterapi, kesan kita adalah bahwa fisioterapi dan kelompok-kelompok telah menempatkan banyak upaya dan sumber daya dalam proses pengembangan tapi sangat sedikit hal ini diikuti dengan proses sistematis terkait pelaksanaan dan evaluasi. Dalam banyak kasus rekomendasi dari pedoman klinis disebarkan secara pasif, atau diseminasi dan publikasi fisioterapi secara nasional. Beberapa panduan tersedia melalui organisasi.

Namun, ada beberapa contoh strategi implementasi secara aktif. Di Australia, pelaksanaan pedoman untuk nyeri punggung dilaksanakan dalam bentuk 'road show', pemasaran dan iklan sebagai bagian dari. Di Inggris, fisioterapi dianggap sebagai pionir yang terlibat dalam proses pengembangan pedoman. Ini dilihat sebagai strategi untuk meningkatkan kualitas dan relevansi pedoman maupun sebagai cara untuk memberikan pedoman kredibilitas. Namun, kita belum melihat evaluasi secara formal terkait kegiatan tersebut. Ada banyak alasan

mengapa kita tidak melihat evaluasi yang lebih besar efek pada praktik setelah pengembangan pedoman dan diseminasi di bidang fisioterapi. Tentu saja, keterbatasan sumber daya adalah faktor umum yang sering menjadi faktor penyebab.

Alasan lain mungkin terkait dengan keyakinan bahwa penyebaran pedoman secara pasif dan presentasi di konferensi saja akan berdampak pada praktik dan mengubah perilaku jika diperlukan. Tapi kita tidak tahu apakah pendekatan ini bias berjalan di kalangan fisioterapi, dan kita harus mengakui kita mempunyai pengetahuan terbatas mengenai efek dari pedoman di bidang fisioterapi. Intervensi spesifik Fisioterapi harus dievaluasi terkait efek sehingga ada kebutuhan untuk mengevaluasi efek dari strategi pelaksanaan. Desain yang kuat diperlukan untuk melihat apakah strategi pelaksanaan, atau hal lain terkait strategi peningkatan kualitas, akan memiliki dampak terhadap praktik atau pelayanan pasien.

Grimshaw et al (2004) melakukan *systematic review* terkait efektivitas dan biaya pada pengembangan pedoman, penyebaran dan implementasi strategi dalam pelayanan kesehatan dari studi yang diterbitkan hingga tahun 1998. Mereka mengidentifikasi 235 studi yang mengevaluasi penyebaran pedoman dan penerapan di kalangan profesional bidang kesehatan. Pada saat itu tidak ada studi yang dilakukan di kalangan fisioterapi, 39% dari studi yang dilakukan dalam pelayanan primer. Tujuh puluh tiga persen dari perbandingan mengevaluasi intervensi multifaset yang didefinisikan sebagai strategi implementasi lebih dari satu. Umumnya evaluasi intervensi tunggal adalah pengingat, penyebaran bahan-bahan pendidikan, dan audit dan umpan balik. Bukti dasar untuk rekomendasi pedoman ini tidak jelas dalam 94% studi. Secara keseluruhan sebagian besar studi mengamati perbaikan dalam pelayanan, namun ada variasi besar dalam dan lintas intervensi. Terjadi perbaikan dalam skala kecil sampai sedang, dengan peningkatan rata-rata dalam langkah-langkah dari kualitas pelayanan sekitar 10% di semua studi. Salah satu temuan penting adalah bahwa intervensi multifaset tidak lebih efektif dibanding intervensi tunggal. Hanya 29% perbandingan melaporkan data ekonomi. Sebagian besar hanya melaporkan hasil terkait biaya pengobatan.

Hanya sedikit studi yang melaporkan biaya pengembangan pedoman, diseminasi atau pelaksanaan. Kemampuan untuk men-*generalisir* temuan dari review tersebut terkait perilaku, pengaturan atau profesi tidak dapat dipastikan. Umumnya studi-studi tidak memberikan alasan terkait pilihan intervensi mereka dan terbatas hanya pada deskripsi intervensi dan data kontekstual (Grimshaw et al 2004). Para penulis mengemukakan bahwa ada kebutuhan untuk secara teoritis yang kuat untuk memahami penyediaan pelayanan kesehatan dan perilaku organisasi. Di masa yang akan datang, penelitian diperlukan untuk mengembangkan dasar teoritis yang lebih baik untuk mengevaluasi pedoman diseminasi dan implementasi (Grimshaw et al 2004).

Fisioterapi Berbasis Bukti Dalam Konteks Peningkatan Kualitas Secara Berkelanjutan

Mewujudkan fisioterapi yang berbasis bukti terjadi seharusnya memberikan keuntungan bagi pasien dengan memberikan mereka hasil pelayanan yang lebih baik. Namun dalam kenyataan pelaksanaan praktik berbasis bukti tidak akan selalu memberikan hasil yang lebih baik. Tingkatan dimana praktik ini didasarkan pada bukti adalah hanya salah satu dimensi dari peningkatan mutu. Perubahan dalam praktik mungkin tidak akan efektif jika diimplementasikan dengan mengabaikan kualitas keseluruhan pada sistem organisasi. Apakah sistem organisasi praktik praktisi, rumah sakit dengan 1000-an tempat tidur, atau layanan komunitas di daerah terpencil, selalu akan ada pasien. Sebagai contoh, jalur bisa diperpanjang dari titik masuk pasien ke sistem pelayanan, identifikasi kebutuhan, arahan, tes (satu atau beberapa), perawatan oleh satu atau tim praktisi, dukungan sosial, identifikasi rencana atau strategi jangka panjang untuk penanganan secara berkelanjutan atau pencegahan kekambuhan dan seterusnya.

Organisasi yang baik akan terus berusaha untuk memperbaiki proses peningkatan kualitas secara berkelanjutan, dan fisioterapi harus terlibat dalam proses ini. Banyak dari intervensi yang dijelaskan dalam bagian sebelumnya dapat digunakan dalam kegiatan peningkatan kualitas secara berkelanjutan. Sebuah organisasi yang progresif akan memberdayakan staf untuk mengidentifikasi potensi perbaikan. Budaya organisasi adalah hal yang paling penting. Organisasi yang baik akan memiliki budaya untuk perbaikan dan pentingnya pembelajaran pada staf. Organisasi harus juga menekankan pentingnya melibatkan pasien dalam peningkatan kualitas secara berkelanjutan.

Penggunaan secara sistematis temuan-temuan dari survei pengalaman dan laporan kepuasan pasien harus digunakan untuk meningkatkan kualitas dalam praktik fisioterapi. Perbaikan secara berkelanjutan membutuhkan pemimpin yang dapat mendukung dan memotivasi individu untuk berbuat lebih baik, Donald Berwick, pelopor teori peningkatan kualitas secara berkelanjutan mengatakan bahwa setiap proses benar-benar dirancang untuk mencapai hasil yang diinginkan. Ini mengindikasikan bahwa jika proses tidak maka harus dilakukan perubahan.

Peningkatan kualitas secara berkelanjutan dapat diaplikasikan pada level praktisi. Hal ini berarti bahwa ada tanggung jawab untuk selalu mengikuti perubahan-perubahan melalui proses pembelajaran. Fisioterapis dapat melakukan langkah peningkatan secara berkelanjutan melalui pengukuran dalam aspek praktik mereka seperti audit dan evaluasi hasil serta mampu merefleksikan aspek profesional

E. Pertanyaan

1. Jelaskan dua pendekatan dalam pengaplikasian evidence-based practice dalam praktik klinis fisioterapi!
2. Jelaskan tahapan-tahapan perubahan menurut Prochaska dan Velicer!
3. Terkait teori-teori perubahan, jelaskan tentang metode pendekatan yang bersifat aktif dan pasif!
4. Jelaskan apa yang dimaksud dengan teori kognitif sosial!

5. Jelaskan mengapa penerapan secara top down merupakan faktor penting untuk implementasi *evidence-based practice* dalam praktik klinis fisioterapi!

F. Daftar Pustaka

Rob Herbert, Gro Jamtvedt, Kare Birger Hagen, Judy Mead, Practical Evidence-Based Physiotherapy 2nd Ed, (Elsevier Churchill Livingstone, London, 2011), pp. 149-159