

Dari Penelitian ke Praktek Kedokteran

Dady Firmanda

Salah satu komponen latar belakang dari tujuan dilakukannya suatu penelitian adalah relevansi penelitian tersebut terhadap kemajuan ilmu pengetahuan, membuat kebijakan (*policy*) klinis dalam penatalaksanaan pasien secara individu ataupun kelompok serta kebijakan kesehatan secara lebih luas dalam suatu sistem tingkat institusi penyelenggara kesehatan baik tingkat rumah sakit (*standard of procedures*) maupun nasional (*guidelines*). Pada abad 21 ini dengan semakin meningkatnya tekanan dan tuntutan, pesatnya perkembangan teknologi kedokteran/kesehatan dan semakin terbatasnya sumber dana serta perubahan globalisasi, diharapkan pengambilan keputusan yang tepat dan baik akan bergeser ke arah *'Evidence-based decision making'*. *"Evidence-based Medicine (EBM)"* dan *"Evidence-based Health Care (EBHC)"* adalah cara pendekatan untuk mengambil keputusan dalam penatalaksanaan pasien (dan atau penyelenggaraan pelayanan kesehatan) secara eksplisit dan sistematis berdasarkan bukti penelitian terakhir yang sah (*valid*) dan bermanfaat. Penerapan *"Evidence-based Medicine (EBM)"* dan *"Clinical Governance"* dalam suatu sistem organisasi pelayanan kesehatan memerlukan beberapa persyaratan yakni *organisation-wide transformation, clinical leadership* dan *positive organizational cultures*.

Kata kunci: relevansi - *standard of procedures* - *guidelines* - *evidence-based medicine* - *clinical governance*.

Salah satu komponen latar belakang dari tujuan dilakukannya suatu penelitian adalah adanya relevansi penelitian tersebut terhadap kemajuan ilmu pengetahuan, baik untuk membuat kebijakan (*policy*) klinis dalam penatalaksanaan pasien secara individu ataupun kelompok serta kebijakan kesehatan secara lebih luas dalam suatu sistem tingkat institusi penyelenggara kesehatan baik tingkat rumah sakit (*standard of procedures*) maupun nasional (*guidelines*). Secara ringkas, apakah hasil penelitian tersebut dapat mengubah, memperbaiki, atau meningkatkan status derajat kesehatan, tingkat efisiensi, dan efektivitas pemanfaatan sumber daya

secara optimal?

Dalam pengelolaan suatu sarana kesehatan (rumah sakit maupun klinik) seorang manajer maupun dokter akan (bahkan harus) membuat suatu 'keputusan' dalam penyelenggaraan rumah sakit/klinik tersebut baik dalam penatalaksanaan pasien sebagai individu maupun kelompok.

Keputusan tersebut akan mempunyai dampak, terhadap pasien itu sendiri, lingkungannya (dalam hal ini keluarga, masyarakat dan penyandang dana atau asuransi), serta lingkungan tempat pelayanan kesehatan tersebut diberikan/diselenggarakan (dari segi dimensi tempat, seperti poliklinik rawat jalan, ruang gawat darurat, rawat inap, ruang perawatan intensif, ruang operasi dan lain-lain; sedangkan dari segi dimensi fungsi, yaitu akan menggerakkan/utilisasi mulai dari registrasi unit rekam medis, penunjang laboratorium, farmasi, bank darah, unit gizi, laundry, penyediaan air, penerangan listrik dan sebagainya sampai proses pasien itu pulang sembuh dan kembali

Alamat korespondensi:

Dr. Dedy Firmanda, Sp.A, MA.

Bagian Ilmu Kesehatan Anak RS.Fatmawati, Jl. RS Fatmawati, Jakarta 12430.

Tel. 021-7609552 pes. 416. Fax. 021-7609123.

e-mail: firmanda@cabi.net.id.

kontrol atau kembali kepada perujuk asal atau keluar rumah sakit melalui kamar jenazah) dan penyelesaian administrasi keuangan. Ini adalah satu proses dalam satu sistem sarana pelayanan kesehatan yang berlangsung secara simultan dan berurutan atas konsekuensi 'keputusan' di atas. Biaya atau dana untuk tenaga medis (dokter) hanya sekitar 20% dari seluruh anggaran yang dikeluarkan oleh satu sarana penyelenggara kesehatan (rumah sakit), sedangkan 80% lainnya sangat berhubungan dengan 'keputusan' dokter tersebut.

'Kesalahan' diakibatkan oleh faktor manusia hanya sekitar 10-20%, selebihnya (80%) dikarenakan oleh sistem, kebijakan (*policy*) dan prosedur yang tidak jelas serta tidak konsisten. Oleh karena itu dalam upaya mencapai hasil yang optimal dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terhadap pasien baik secara individu maupun kelompok serta efisien dan berazas manfaat, maka diperlukan suatu 'keputusan' yang baik dan tepat di dalam 'sistem' yang jelas dan konsisten. Hal ini akan terwujud bila mempunyai jiwa kepemimpinan (*leadership*) yang *visioner*, *survivalist* dan konsekuen. Sistem itu sendiri terdiri dari tiga komponen yakni struktur, proses dan hasil (*outcome*) yang sama pentingnya serta saling berhubungan dan saling mempengaruhi.

Menghadapi era globalisasi ini, dalam bidang kedokteran/kesehatan memerlukan dokter yang mempunyai selain spesialisasi/subspesialisasi keahlian juga menguasai akan *medical management*, *medical epidemiology* dan *medical bioengineering* (termasuk teknologi kedokteran/ kesehatan). Ketiga bidang tersebut nantinya akan bermuara sebagai salah satu indikator hasil/*outcome* dari mutu pelayanan dan atau pendidikan kesehatan/kedokteran yang baik dan konsisten. Oleh karena itu, alangkah baiknya bila dalam kurikulum Pendidikan Kedokteran Umum dan Spesialis pada tahap *pengajaran* diperkenalkan akan ketiga bidang di atas sebagai *basic essential elements* dan diperdalam lagi pada saat tahap komprehensif akhir sebelum selesai menjadi dokter umum maupun dokter spesialis. Hal ini dalam rangka antisipasi dan untuk mempersiapkan dokter paripurna dan handal, mempunyai wawasan *leadership* yang baik serta diharapkan nantinya akan mampu membuat 'keputusan' yang tepat tatkala menghadapi tantangan globalisasi dan tekanan *multi-national company* pada masa mendatang. Bukankah sebagaimana diutarakan di atas, meskipun dokter hanya mempunyai andil

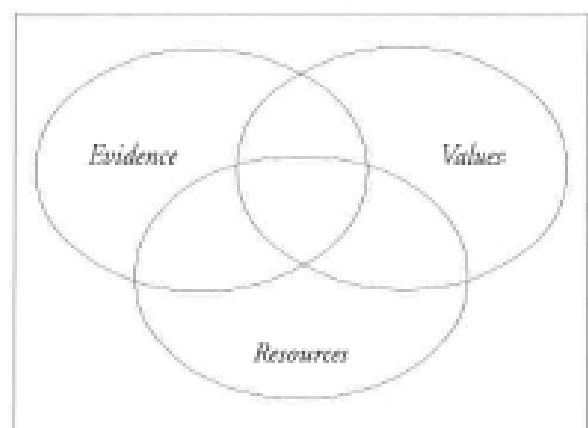
20%, akan tetapi 'keputusan' yang akan diambil dokter tersebut akan mempengaruhi 80% lainnya.

Meskipun pelayanan kesehatan sangat bervariasi dari dan dalam satu negara, propinsi maupun daerah di negara maju/industri maupun dunia ketiga. Akan tetapi ciri dan sifat masalah tersebut tidak jauh berbeda satu sama lainnya dalam hal yang mendasar yakni semakin meningkatnya jumlah populasi usia lanjut (perubahan demografi), tuntutan, harapan pasien akan pelayanan, perkembangan teknologi kedokteran, dan semakin terbatasnya sumber dana.

Evidence-based Medicine

Sebagaimana disebutkan di atas bahwa 'pengambilan keputusan' sangat penting dan secara langsung akan mempengaruhi sistem penyelenggaraan sarana kesehatan maupun penatalak sanaan pasien secara individu maupun kelompok. Adapun pengambilan keputusan akan dipengaruhi oleh berbagai faktor (Gambar 1).

Selama ini banyak para pengambil keputusan hanya berdasarkan kepada kombinasi faktor mempertimbangkan sumber (*resource*) dan nilai/harapan dari konsumen/populasi. Teknik ini dikenal sebagai *Opinion-based decision making* (posisi A dalam Gambar 1). Sangat sedikit yang memadukannya dengan menggunakan hasil penelitian deskriptif maupun analitik (untuk pasien maupun populasi), sehingga jerih payah dan biaya yang dikeluarkan untuk penelitian tersebut mubazir dan tidak tampak manfaatnya kepada



Gambar 1. Faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan

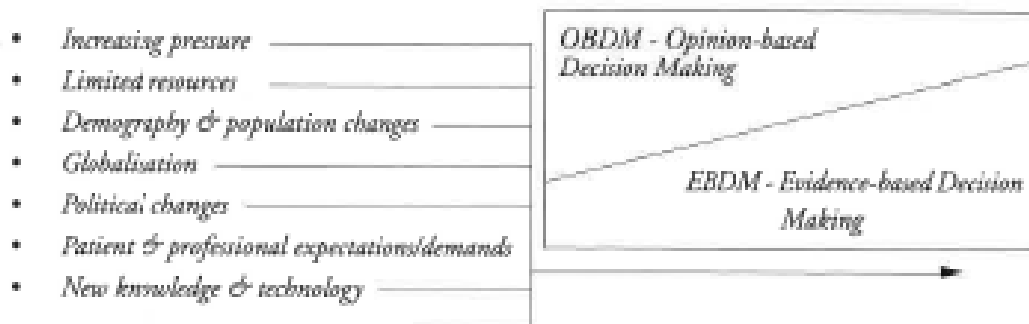
masyarakat pengguna jasa kesehatan. Justru yang diharapkan adalah posisi B yang mengkombinasikan ketiga faktor tersebut (*Evidence-based decision making/EBDM*).

Pada abad 21 ini diharapkan pengambilan keputusan yang tepat dan baik akan bergeser ke arah *Evidence-based decision making* (Gambar 2) dengan semakin meningkatnya tekanan dan tuntutan, pesatnya perkembangan teknologi kedokteran/kesehatan dan semakin terbatasnya sumber dana serta perubahan globalisasi.

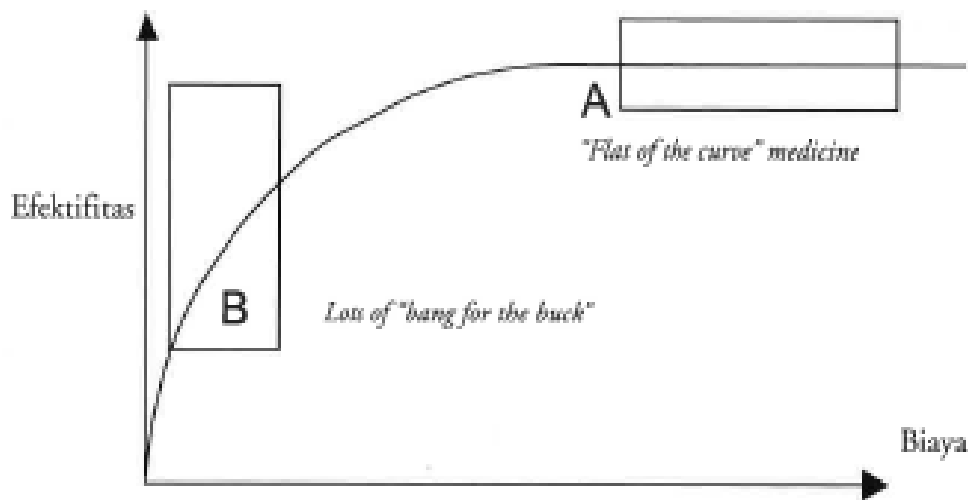
Bila kita tinjau dari segi praktisi klinis dalam membuat 'keputusan', sering dikonotasikan bahwa meningkatnya mutu dan efektifitas pelayanan akan

secara tidak langsung akan meningkatkan anggaran biaya kesehatan. Mungkin hal itu berlaku bila yang terjadi adalah keadaan A (suatu keadaan *flat of the curve medicine*) misalnya 'keputusan' untuk memilih krim untuk pasien herpes simpleks labialis (berdasarkan hasil uji klinis tersamar ganda), biaya yang harus dikeluarkannya tidak sesuai dengan manfaat kesembuhan yang diperoleh. Pendekatan *evidence-based* dalam penanganan kasus klinis maupun 'kebijakan' dalam pengambilan keputusan adalah posisi B (*lots of bang for the buck*) yang mempunyai dampak besar, efektifitas tinggi, biaya relatif sedikit dan wajar, dan bermanfaat untuk pasien (Gambar 3).

Konsep perkembangan evolusi *Evidence-based* itu



Gambar 2. Pergeseran ke Arah EBDM



Gambar 3. Hubungan Pendekatan *Evidence-based* dan Efektifitas Biaya (*cost effectiveness*)

sendiri bermula dari perkembangan ilmu epidemiologi pada abad delapan belas. Akan tetapi terus 'mandek', dan baru aplikasi ilmu tersebut pada tahun 1981 di *McMaster University*, Kanada dengan publikasi serial *Readers' Guides* untuk membantu para praktisi klinisi (yang sering sibuk) dalam membaca artikel jurnal kedokteran mengenai hal diagnosis, prognosis, etiologi penyakit, dan terapinya. Serial artikel tersebut menjadi salah satu artikel klasik yang sering dikutip, banyak diminati sehingga telah beberapa kali dicetak ulang serta diterjemahkan ke dalam tujuh bahasa asing. Sesuai perkembangan suatu ilmu, serial tersebut pada Nopember 1993 berubah dari *Readers' Guide* menjadi *Users' Guides* yang lebih menitik-beratkan tidak hanya soal statistik dan metodologi penelitian semata (*not attempt a course in research methods, but is about using not doing research*) dan menjadi yang sekarang dikenal sebagai *Evidence-based Medicine/EBM*; yang memadukan pengalaman klinis dan berdasarkan pembuktian hasil penelitian yang sah (*valid*) dan mutakhir serta bermanfaat untuk pasien selaku konsumen pengguna jasa pelayanan. Pada saat yang tidak terlalu lama, ilmu tersebut berkembang pesat sesuai dengan spesialisasi bidang termasuk pelayanan kesehatan (*Evidence-based Health Care/EBHC*). Akhir-akhir ini ada kecenderungan pergeseran dari model pendekatan tradisional

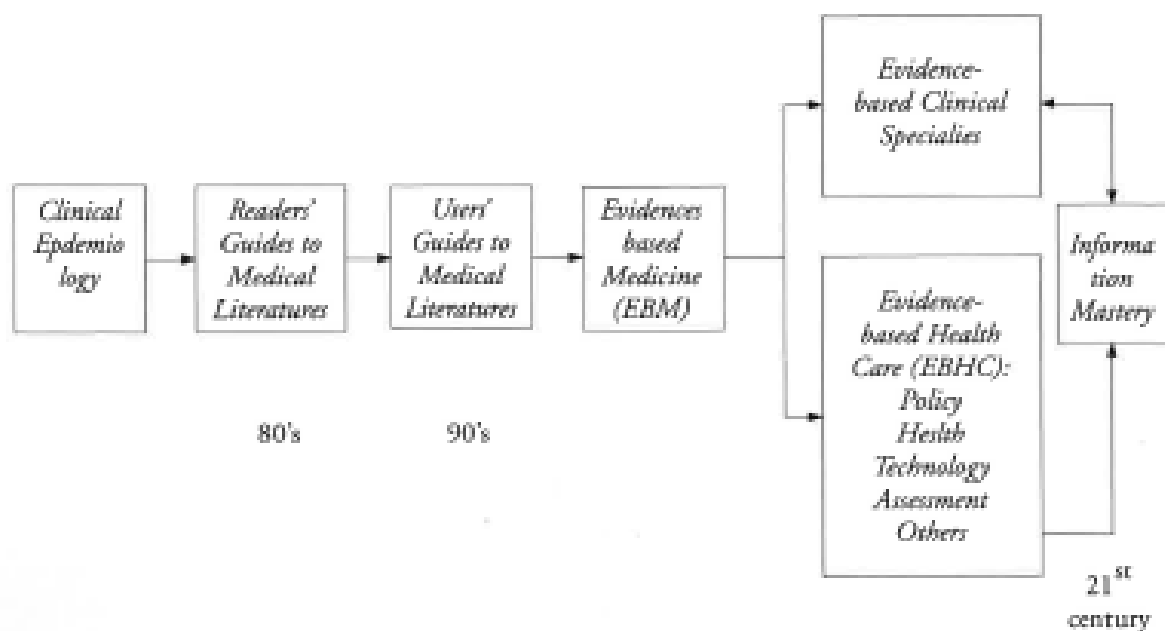
(*Traditional EBM*) ke arah *Information Mastery* (Gambar 4).

Adapun langkah lengkap penerapan hasil penelitian dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan berdasarkan *Evidence-based* sebagaimana dapat dilihat dalam Gambar 5.

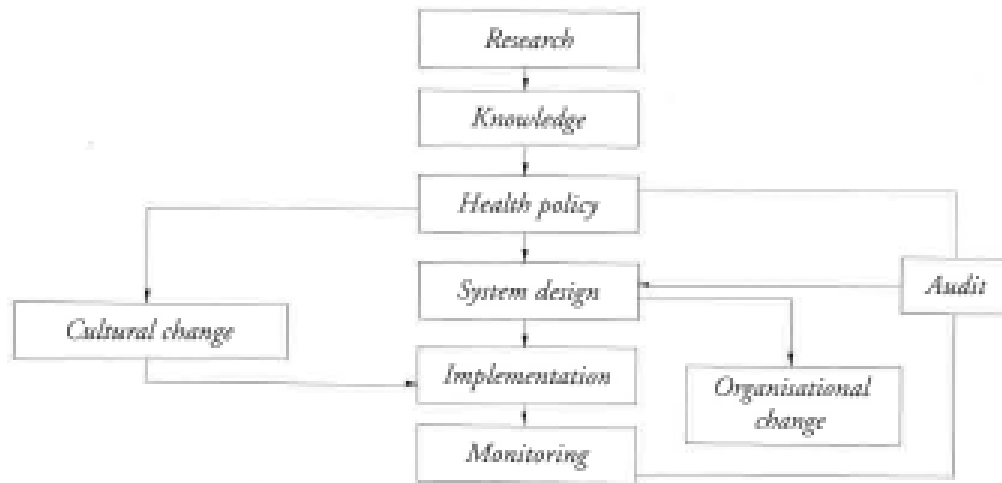
Strategi penerapannya dapat dibagi dalam tiga tahap sebagaimana dalam Gambar 6 yang terdiri dari:

1. *Producing evidence*
2. *Making evidence available*
3. *Using evidence: getting research into practice*
 - a) *For individual patients: Evidence-based Medicine/Clinical Practice*
 - b) *For populations and groups of patients: Evidence-based public health and health service management*

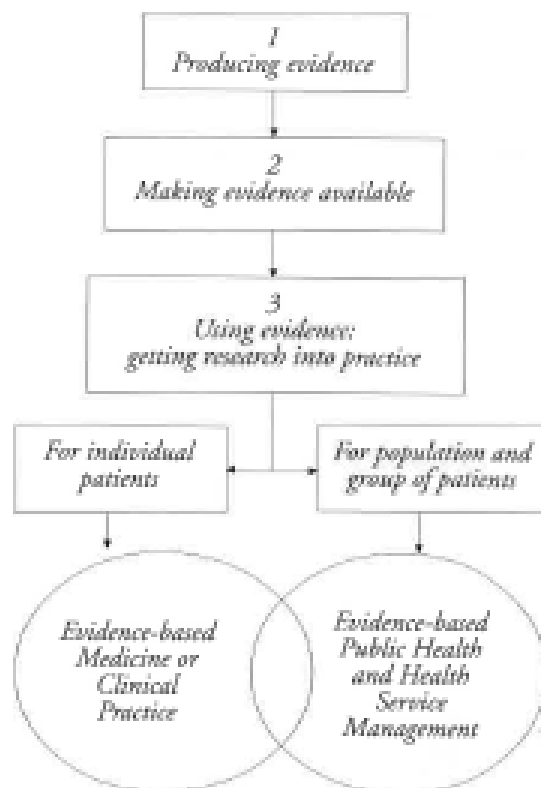
Dokter sering menganggap bahwa pengamatan klinis sudah cukup sebagai cara yang sah (*valid*) dalam evaluasi diagnostik, terapi dan pengamatan jangka panjang perjalanan penyakit/prognosis pasien. Tidak jarang dalam pengambilan keputusan hanya mengandalkan berdasarkan pengalaman klinis dan pengetahuan serta teknik pengumpulan data dan fakta yang diperoleh atau dicontoh olehnya sewaktu dalam pendidikan sebagai mahasiswa kedokteran maupun residen. Hal yang sama terjadi pula dalam bidang



Gambar 4. Evolusi dari Epidemiologi ke *Information Mastery*



Gambar 5. Langkah pengambilan keputusan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kedokteran dan kesehatan berdasarkan *evidence-based*



Gambar 6. Strategi penerapan dan ruang lingkup *Evidence-based health care*

manajemen pelayanan kesehatan, seorang manajer hanya mengandalkan pengalaman dan intuisi serta 'bekal' dari selama mengikuti pendidikan manajemen dan penjenjangan karir tanpa memanfaatkan dan memadukan dengan data maupun hasil analisis/ penelitian baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Dalam proses pemecahan masalah penatalaksanaan pasien dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, dokter dan manajer tersebut tidak mampu untuk memecahkan masalah tersebut secara sistematis, akan tetapi selain dengan cara membaca buku teks dan jurnal (yang kadang kadang publikasinya sudah tidak *up to date* dan ketinggalan jaman) akan menempuh jalan 'aman' dan 'memotong jalur proses *review* sistematis' dengan cara 'sering bertanya' dan merujuk/ konsul kepada sejawat maupun konsulen yang seharusnya bisa diputuskan sendiri. Padahal sebagaimana diketahui bersama bahwa *medicine is a long life study*, berorientasi memecahkan masalah dan berdasarkan prinsip bahwa pengalaman itu penting akan tetapi setiap pengamatan (observasi) harus dicatat secara sistematis tanpa *bias* dan penelusuran referensi dilakukan dari literatur asli (bukan hasil sintesis orang lain) serta penelaahan kritis dilakukan sesuai dengan aturan eviden yang berlaku.

Evidence-based Medicine (EBM) dan *Evidence-based Health Care (EBHC)* adalah cara pendekatan untuk mengambil keputusan dalam penatalaksanaan pasien (dan atau penyelenggaraan pelayanan kesehatan) secara

eksplisit dan sistematis berdasarkan bukti penelitian terakhir yang sah (*valid*) dan bermanfaat. Sedangkan yang dimaksud bermanfaat (*usefulness*) adalah ketepatan memanfaatkan berbagai sumber informasi yang relevan dalam penelusuran bukti/*eviden* yang sah dan mutakhir dalam waktu yang relatif singkat untuk menegakkan diagnosis dan skrining, menentukan prognosis dan memberikan terapi dalam penatalaksanaan pasien sebagai individu maupun kelompok serta menyelenggarakan layanan kesehatan. Secara ringkas komponen struktur tersebut dapat diformulasikan sebagai berikut:

Usefulness in clinical practice = Relevance X Valid Easy to access

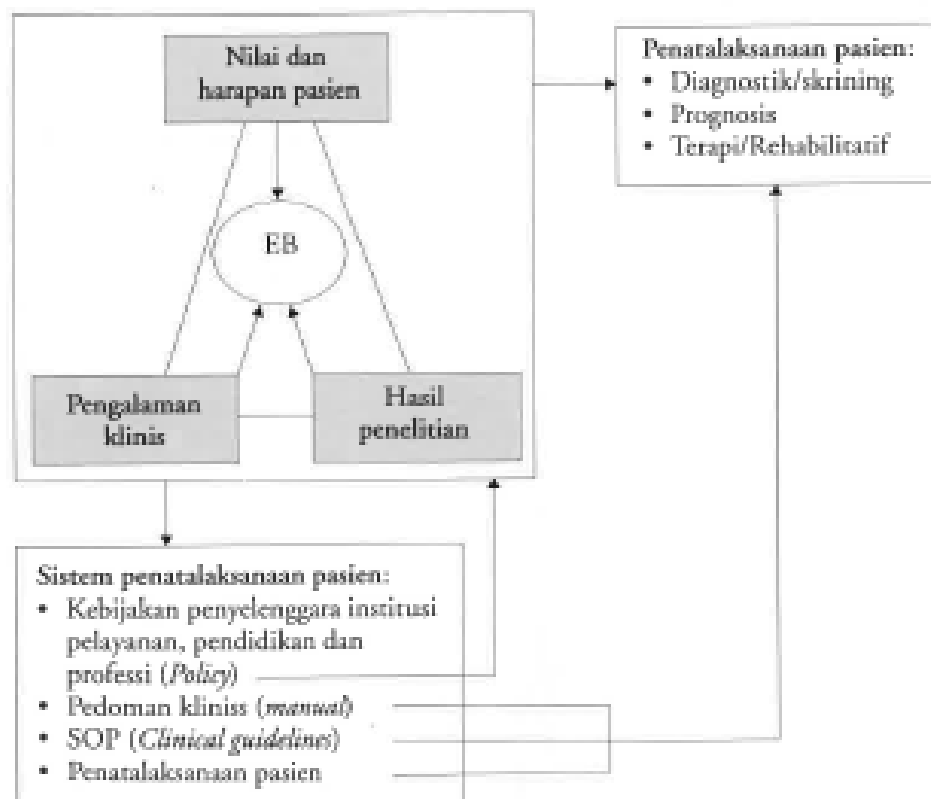
Evidence-based Medicine (EBM) dan *Evidence-based Health Care (EBHC)* bukan hanya satu set teknik semata, akan tetapi lebih dari itu yakni sebagai satu paradigma (model) baru dalam meninjau dunia

kedokteran dengan cara yang berbeda dalam praktek kedokteran sehari-hari dengan memadukan pengalaman klinis, didukung dengan bukti ilmiah yang eksplisit serta menerapkan kaidah ilmu epidemiologi klinis, selain mempertimbangkan nilai etika dan upaya memenuhi harapan pasien (*patients expected values and preferences*) dalam penatalaksanaan penyakit pasien dan atau penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Gambar 7).

Secara umum kelima langkah EBM tersebut terdiri dari (Gambar 8):

1. Formulasi Pertanyaan (masalah) yang dapat dicari jawabannya
2. Penelusuran pustaka dalam rangka pencarian bukti
3. Penelaahan bukti hasil penelusuran
4. Penerapan hasil penelaahan
5. Evaluasi penerapan

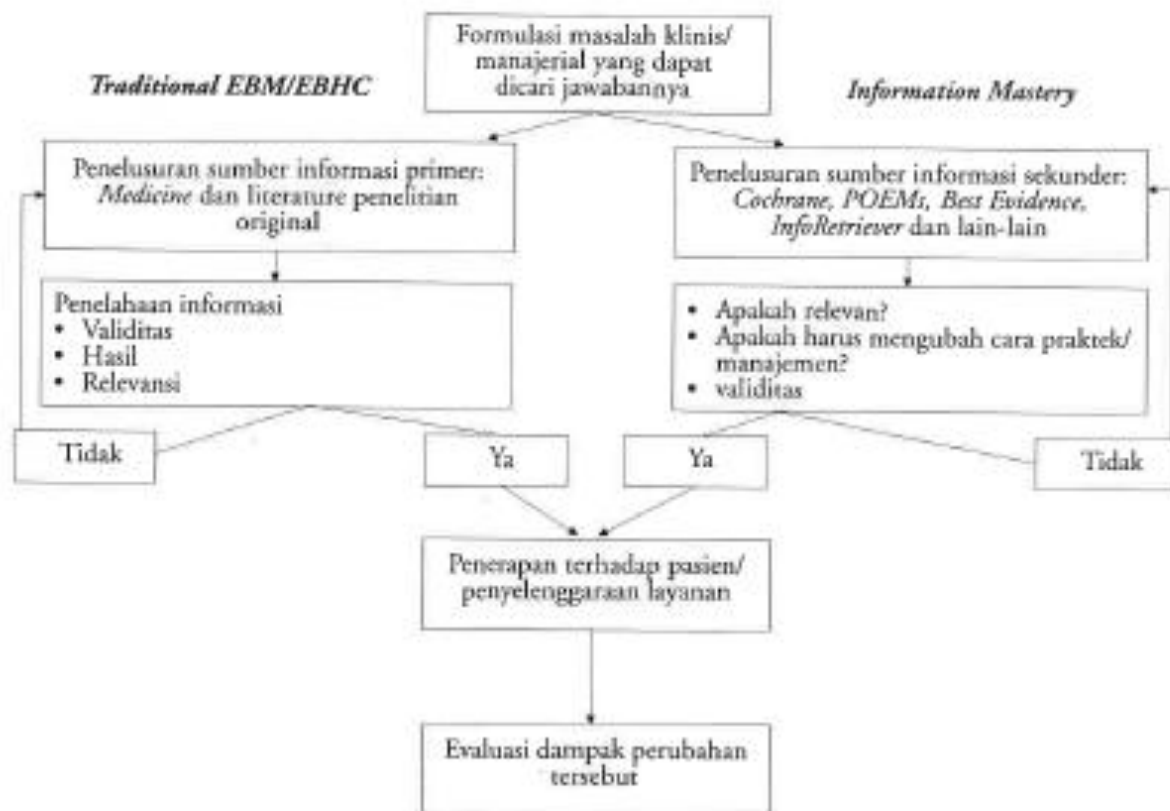
Kelima langkah di atas tersebut sama penting dan saling berhubungan satu dengan yang lainnya. Akan tetapi ada 3 hal yang harus diperhatikan dalam langkah



Gambar 7. Model *Evidence-based Medicine/EBM*



Gambar 8. Siklus EBM



Gambar 9. Perbedaan dan persamaan langkah dalam pendekatan *Traditional EBM/EBHC* dan *Information Mastery*

tersebut yakni mendapatkan evidens secepatnya (*getting the evidence straight- that means acceribility*), membuat kebijakan berdasarkan evidens (*developing policy from the evidence*) dan menerapkan kebijakan tersebut pada waktu dan tempat yang sesuai (*apply the policy at the right time and place*). Ketiga hal di atas menyangkut dimensi 'waktu', sedangkan sebagaimana diketahui, penelitian yang baik (misalnya uji klinis tersamar ganda) memakan waktu lama dan biaya yang tidak sedikit, kemahiran dalam mencari sumber informasi (langkah kedua) dan melakukan penelaahan kritis (langkah ketiga) memerlukan waktu khusus. Untuk mengantisipasi ketiga hal tersebut, akhir-akhir ini terdapat kecenderungan pergeseran dari model pendekatan *Traditional EBM/EBHC* ke arah *Information Mastery* (Gambar 9).

Akhir-akhir ini sering diutarakan tentang istilah *Clinical Governance* yang intinya sebagai upaya dalam rangka *continuous quality improvement (CQI)* berdasarkan pendekatan *Evidence-based Medicine/EBM* yang terdiri dari empat aspek yaitu *professional performance, resource use (efficiency), risk management dan patients' satisfaction*. Penerapan *Clinical Governance* dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan memerlukan beberapa persyaratan yakni *organisation-wide transformation, clinical leadership dan positive organisational cultures*.

Daftar Pustaka

1. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care* 1999; 8:184-90.
2. Crosby PB. Quality without tears. New York: McGraw-Hill, 1985.
3. Christakis DA, Davis R, Rivara FP. Pediatric evidence-based medicine: past, present, and future. *J Pediatr* 2000; 136:383-9.
4. Deming WE. *Out of crisis*. Cambridge: MIT, 1986.
5. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-8.
6. Firmanda D. Professional continuous quality improvement health care: standard of procedures, clinical guidelines, pathways of care and evidence-based medicine. What are they? *J Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia* 1999; 1:139-44.
7. Firmanda D. Total quality management in health care (Part One). *Indones J Cardiol Pediatr* 1999; 1:43-9.
8. Firmanda D. The pursuit of excellence in quality care: a review of its meaning, elements, and implementation. *Global Health Journal* 2000;1. <http://www.inserloq.com/a39v1is2.htm>.
9. Firmanda D. Kedokteran berbasis bukti (*Evidence-based medicine*) I: satu pendekatan dalam pengambilan keputusan klinis. *Medisinal* 2000; 1(1):21-5.
10. Firmanda D. Key to success of quality care programs: empowering medical professional. *Global Health Journal* 2000; 1(1) <http://www.inserloq.com/a26.htm>.
11. Geyman JP, Deyo RA, Ramsey SD. Evidence-based clinical practice. Boston: Butterworth Heinemann, 2000.
12. Gilbert R, Logan S. Future prospects for evidence-based child health. *Arch Dis Child* 1997; 75:465-8.
13. Guyatt GH. Users' guides to medical literature. *JAMA* 1993; 270:1096-7.
14. Guyatt GH, Meade MO, Janschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence based care. *BMJ* 2000; 320:954-5.
15. Juran JM. *Juran on leadership for quality: an executive handbook*. New York: Free-Press, 1989.
16. Lipman T, Prier D, Greenhalgh T. Decision making, evidence, audit, and education: case study of antibiotic prescribing in general practice, commentary: What can we learn from narratives of implementing evidence? *BMJ* 2000; 320:1114-8.
17. McColl A, Roderick R, Smith H et al. Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators. *Qual Health Care* 2000; 9:50-7.
18. Moss E, Palmberg M, Plek R, Schellekens W. Quality improvement around the world: how much we learn from each other. *Qual Health Care* 2000; 8:63-6.
19. Moyer VA and Elliott EJ. Evidence-based pediatrics: The future is now. *J Pediatr* 2000; 136:282-4.
20. Osman AD, Sackett DL, Guyatt GH. Users' guides to medical literature I: how to get started. *JAMA* 1993; 270:1093-5.
21. Rooney G. TQM/CQI in business and health care. *AAOHN Journal* 1992; 40:319-25.
22. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71-2.
23. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. Edisi pertama. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
24. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. Edisi kedua. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
25. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317:61-5.
26. WHO. The principles of quality assurance. Copenhagen: WHO, 1983.