

## Penggunaan Daftar Tilik (*Checklist*) sebagai Panduan *Read-Back* Mengurangi Potensi Risiko *Medication Error*

Ida Bagus N. Maharjana<sup>1</sup>, Tuty Kuswardhani<sup>2</sup>, Cok I. I. Purwaningsih<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universitas Surabaya/Instalasi Farmasi RSUP Sanglah, Bali, Indonesia

<sup>2</sup>Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/ Instalasi Geriatri RSUP Sanglah, Bali, Indonesia

<sup>3</sup>Perawat Ruang/ Instalasi Geriatri RSUP Sanglah, Bali, Indonesia

### Abstrak

Rumah sakit sebagai lini terakhir pelayanan kesehatan berkewajiban memberikan pelayanan berkualitas dan berorientasi pada keselamatan pasien, salah satunya tanggung jawab dalam mencegah *medication error*. Kolaborasi dan komunikasi yang efektif antar profesi dibutuhkan demi tercapainya keselamatan pasien. *Read-back* merupakan salah satu cara dalam melakukan komunikasi efektif. *Before-after study* dengan pendekatan TQM PDCA. Sampel adalah catatan obat pada rekam medik pasien rawat inap RSUP Sanglah pada minggu ke-3 bulan Mei (*before*) dan minggu ke-3 bulan Juli (*after*) 2013. Perlakuan dengan menggunakan *checklist*, meminta waktu 2 menit untuk *read-back* oleh dokter dan perawat sesuai *visite bersama*. Didapatkan 57 sampel (*before*) dan 64 sampel (*after*). *Before* 45,54% ketidaklengkapan pengisian catatan obat pada rekam medik pasien yang berpotensi risiko *medication error* menjadi 10,17% setelah perlakuan *read-back* dengan *checklist* selama 10 minggu, dengan pencapaian 77,78% berdasarkan pendekatan TQM PDCA. Panduan *read-back* menggunakan daftar tilik (*checklist*) sebagai komunikasi efektif dapat menurunkan ketidaklengkapan pengisian catatan obat pada rekam medik yang berpotensi risiko *medication error*, 45,54% menjadi 10,17%.

**Kata kunci:** *Checklist, medication error, read-back*

## Checklist Usage as a Guidance on Read-Back Reducing the Potential Risk of Medication Error

### Abstract

Hospital as a last line of health services shall provide quality service and oriented on patient safety, one responsibility in preventing medication errors. Effective collaboration and communication between the profession needed to achieve patient safety. Read-back is one way of doing effective communication. Before-after study with PDCA TQM approach. The samples were on the medication chart patient medical records in the 3<sup>rd</sup> week of May (*before*) and the 3<sup>rd</sup> week in July (*after*) 2013. Treatment using the check list, asked for time 2 minutes to read-back by the doctors and nurses after the visit together. Obtained 57 samples (*before*) and 64 samples (*after*). Before charging 45.54% incomplete medication chart on patient medical records that have the potential risk of medication error to 10.17% after treatment with a read back check list for 10 weeks, with 77.78% based on the achievement of the PDCA TQM approach. Checklist usage as a guidance on Read-back as an effective communication can reduce charging incompleteness drug records on medical records that have the potential risk of medication errors, 45.54% to 10.17%.

**Key words:** Checklist, medication error, read-back

---

**Korespondensi:** Ida Bagus N. Maharjana, S.Farm., Apt., Instalasi Farmasi RSUP Sanglah Denpasar-Universitas Surabaya, Indonesia. *email:* imaharjana@gmail.com

## Pendahuluan

Rumah sakit merupakan lini terakhir dalam pelayanan kesehatan yang memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan berorientasi pada keselamatan pasien, diantaranya melalui pencegahan *medication error*.<sup>1-3</sup> Pencegahan *medication error* menjadi isu global yang penting menuju tercapainya keselamatan pasien. Pencegahan *error* pada setiap tahapan mulai dari *prescribing*, *transcribing*, *dispensing*, dan *administering* serta *monitoring* menjadi bagian yang penting bagi profesi kesehatan. Kolaborasi dan komunikasi yang efektif antar profesi dibutuhkan demi tercapainya keselamatan pasien.<sup>1-5</sup> *Read-back* merupakan salah satu cara dalam melakukan komunikasi yang efektif.<sup>1-9</sup>

Pengembangan mutu merupakan sebuah konsep yang dapat dilakukan untuk mencapai kesalahan yang minimum (*zero defect*). Salah satu cara dalam pengembangan mutu adalah melalui pendekatan *Total Quality Management* (TQM) dan proses *Plan Do Check Action* (PDCA). TQM adalah suatu siklus perbaikan berkelanjutan yang diawali dengan tahap menetapkan masalah, penyebab masalah, dan cara penyelesaian masalah. Tahap selanjutnya adalah dilaksanakannya penyelesaian masalah, menilai hasil yang telah dicapai, menyusun saran tindak lanjut, serta kembali pada siklus awal dengan menetapkan masalah yang baru ataupun menindaklanjuti masalah yang belum mencapai target pada siklus sebelumnya. Proses PDCA diawali dengan meninjau ulang kinerja yang diangkat menjadi masalah berdasarkan pengumpulan dan identifikasi masalah di lapangan (*Plan*), dilanjutkan dengan mengeluarkan perubahan atau pengujian terhadap penyebab masalah (*Do*), pengukuran hasil pengujian (*Check*), mengevaluasi pengujian, dan membuat solusi yang permanen (*Act*).<sup>10,11</sup>

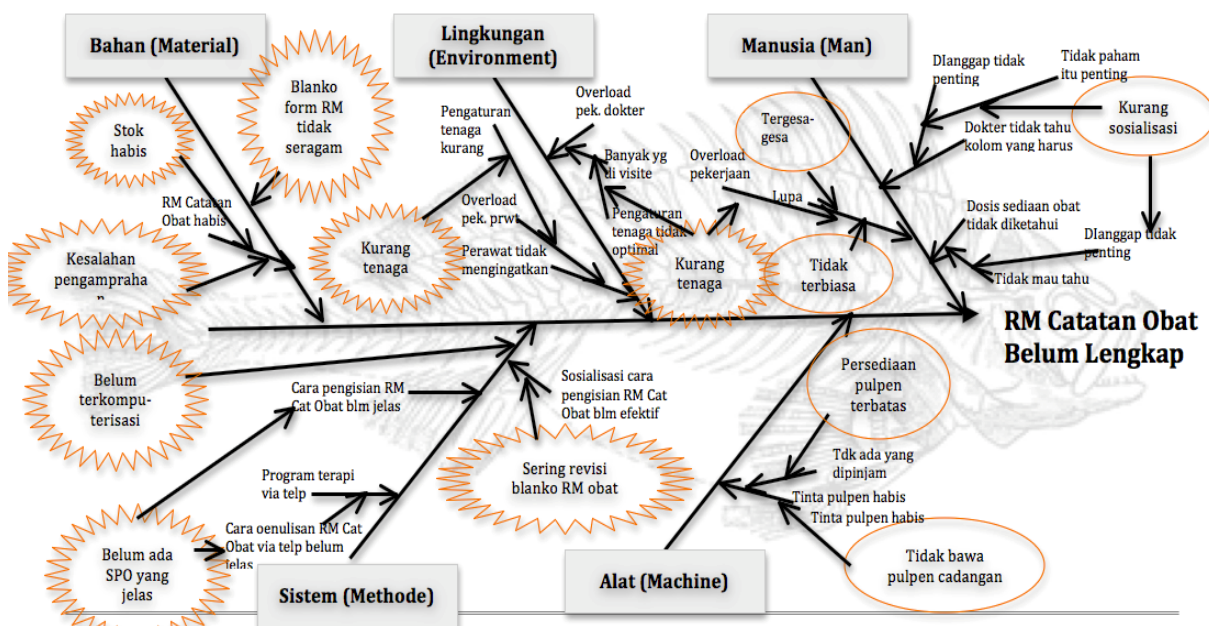
Ruangan G merupakan ruang rawat inap

salah satu instalasi di rumah sakit yang digunakan untuk pasien lanjut usia. Setiap instalasi diwajibkan untuk melakukan inovasi dalam rangka meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan. Oleh karena itu, ruangan G tepat dijadikan sebagai tempat melakukan inovasi. Berdasarkan studi awal dengan pendekatan TQM PDCA, ditemukan bahwa kelengkapan penulisan pada Rekam Medik (RM) pasien menjadi risiko potensial yang menimbulkan *medication error*. Daftar tilik digunakan sebagai panduan dalam melaksanakan *read-back* untuk menyelesaikan masalah. *Read-back* merupakan suatu proses klarifikasi dan verifikasi tindakan profesi yang telah diprogramkan ataupun dikerjakan. Kegiatan ini dilakukan dengan membaca kembali apa yang telah didokumentasikan di dalam RM. Tujuan penelitian ini adalah penggunaan daftar tilik (*checklist*) sebagai panduan *read-back* kelengkapan penulisan RM terkait obat (RM Catatan Obat).

## Metode

Metode pada penelitian ini yaitu *before-after study* dengan pendekatan TQM PDCA. Penelitian ini dilakukan di Ruang G Rumah Sakit Pendidikan di Bali. Sampel penelitian ini adalah catatan obat pada RM pasien rawat inap pada minggu ke-3 bulan Mei (*before*) dan minggu ke-3 bulan Juli (*after*) 2013. *Checklist* digunakan sebagai panduan dalam melaksanakan *read-back* yang dilaksanakan dengan cara meminta waktu 2 menit kepada dokter dan perawat setelah melakukan *visite* bersama. Kegiatan ini dilakukan selama 10 minggu. Pertimbangan waktu 2 menit dipilih dalam penelitian ini berdasarkan simulasi waktu yang diperlukan untuk membaca daftar tilik dan melakukan pengisian kelengkapan pada RM sebelum penelitian ini dimulai.

Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu perlakuan dilakukan hanya di ruangan G di Rumah Sakit Pendidikan di Bali, perlakuan



Gambar 1 Diagram Fish Bone Stratifikasi Berdasarkan Faktor Penyebab Masalah

diterapkan pada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) di ruangan G di rumah sakit pendidikan di Bali, perlakuan diterapkan terhadap dokter yang ikut merawat pasien di ruangan G di rumah sakit pendidikan di Bali,

dan perlakuan diterapkan terhadap perawat yang bertugas di ruangan G rumah sakit pendidikan di Bali.

Langkah pertama dalam pendekatan TQM PDCA dilakukan dengan menetapkan masalah.

Tabel 1 Penentuan Penyebab Dominan berdasarkan Nominal Group Technique (NGT)

No.	Penyebab	Petugas Kesehatan							Σ	RK
		GM	PA	AG	NR	DW	SB	CI		
1	Kurang sosialisasi cara pengisian RM catatan obat	7	8	6	5	5	8	8	47	I
2	Kurang sosialisasi pentingnya pengisian dosis sediaan obat pada RM catatan obat	6	7	8	4	6	7	7	45	II
3	Tidak terbiasa untuk mengisi di RM catatan obat	8	6	5	3	3	6	6	37	IV
4	Tergesagesa sehingga tidak sempat mengingatkan untuk mengisi RM catatan obat	5	4	4	6	7	4	4	34	V
5	Tergesagesa sehingga tidak menulis di RM catatan obat	4	5	7	7	8	3	5	39	III
6	Canggung mengingatkan dokter	1	3	3	8	4	5	3	27	VI
7	Tidak membawa pulpen cadangan	2	2	1	2	1	2	2	12	VII
8	Persediaan pulpen terbatas	3	1	2	1	2	1	1	11	VIII

Berdasarkan hasil analisis situasi di lapangan dan pendataan masalah, maka data ketidaklengkapan penulisan RM khususnya RM catatan obat menjadi masalah yang akan ditindaklanjuti. Selanjutnya dilakukan penetapan penyebab masalah. Pendataan penyebab masalah dilakukan berdasarkan *brain storming* petugas kesehatan. Setelah itu dilakukan stratifikasi penyebab masalah berdasarkan faktor penyebab yang kemudian digambarkan pada diagram *fish bone*. Setelah dilakukan stratifikasi berdasarkan faktor penyebab, dilakukan *nominal group technique* (NGT) untuk menentukan penyebab dominan yang ditunjukkan pada Tabel 1.

Penyebab dominan ditentukan berdasarkan rumus berikut:

$$\begin{aligned}
 \text{NGT} &= \frac{\sum \text{masalah} \times \sum \text{anggota}}{2} + 1 \\
 &= \frac{8 \times 7}{2} + 1 \\
 &= 29
 \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut maka akar penyebab masalah dengan *score*  $\geq 29$  dianggap sebagai faktor penyebab dominan. Berdasarkan perhitungan, maka akar masalah yang diduga menjadi faktor penyebab dominan antara lain yaitu kurangnya sosialisasi cara pengisian RM catatan obat, kurangnya sosialisasi pentingnya pengisian dosis sediaan obat pada RM catatan obat, petugas tergesa-gesa sehingga tidak menulis di RM catatan obat, petugas tidak terbiasa untuk mengisi RM catatan obat dan tergesa-gesa sehingga tidak sempat mengingatkan untuk mengisi RM catatan obat.

**Hasil**

Hasil penelitian berdasarkan pendekatan TQM PDCA yaitu diperoleh *check sheet* data ketidaklengkapan RM Catatan Obat sebelum dan sesudah perlakuan. Hasil ditunjukkan oleh Tabel 2 dan 3, serta stratifikasi kejadian masalah dari hasil obeservasi antara sebelum dan setelah perlakuan ditunjukkan oleh Tabel 4 dan 5.

**Tabel 2 Check Sheet Data Ketidaklengkapan RM Catatan Obat Hasil Observasi pada Bulan Juli Minggu I Tahun 2013 Sejumlah 57 Sampel Sebelum Perlakuan**

No	Masalah	Hari						Σ	RK
		Sn	Sl	Rb	Km	Jm	Sb		
1	Ketidaklengkapan penulisan RM integrasi	1	2	2	1	0	0	6	V
2	Ketidaklengkapan penulisan RM di UGD	3	5	5	4	3	2	22	III
3	<b>Ketidaklengkapan penulisan RM catatan obat</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>54</b>	<b>I</b>
4	Ketidaklengkapan penulisan <i>discharge planning</i>	5	6	6	4	5	4	30	II
5	Ketidaklengkapan penulisan RM edukasi A	2	2	3	2	1	1	11	IV
6	Ketidaklengkapan penulisan RM lembar persetujuan	0	0	1	0	0	0	1	VI
	Jumlah	20	25	27	20	17	15	124	

**Tabel 3 Check Sheet Data Ketidaklengkapan RM Catatan Obat Hasil Observasi pada Bulan Juli Minggu III Tahun 2013 Sejumlah 64 Sampel Sesudah Perlakuan**

No	Masalah	Hari						Σ	RK
		Sn	Sl	Rb	Km	Jm	Sb		
1	Ketidaklengkapan penulisan RM integrasi	2	2	22	3	2	2	13	IV
2	Ketidaklengkapan penulisan RM di UGD	6	7	7	6	5	4	35	II
3	<b>Ketidaklengkapan penulisan RM catatan obat</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>V</b>
4	Ketidaklengkapan penulisan <i>discharge planning</i>	1	4	4	4	3	2	18	III
5	Ketidaklengkapan penulisan RM edukasi A	6	7	7	6	5	5	36	I
6	Ketidaklengkapan penulisan RM lembar persetujuan	1	0	0	2	1	0	4	VI
	Jumlah	18	23	21	24	18	14	118	

**Tabel 4 Stratifikasi Kejadian Masalah dari Hasil Observasi pada Bulan Mei Minggu II Tahun 2013 Sebanyak 57 Sampel Sebelum Perlakuan**

No	Masalah	Σ	Σkum	%	%kum
1	<b>Ketidaklengkapan penulisan RM catatan obat</b>	<b>54</b>	<b>54</b>	<b>43,54</b>	<b>43,54</b>
2	Ketidaklengkapan penulisan <i>discharge planning</i>	30	84	24,19	67,73
3	Ketidaklengkapan penulisan RM di UGD	22	106	17,74	85,47
4	Ketidaklengkapan penulisan RM edukasi A	11	117	8,87	94,34
5	Ketidaklengkapan penulisan RM integrasi	6	123	4,83	99,2
6	Ketidaklengkapan penulisan RM lembar persetujuan	1	124	0,80	100

Perbandingan diagram pareto sebelum dan sesudah perlakuan ditunjukkan pada Gambar 2. Gambar 2 menunjukkan bahwa perlakuan berhasil menekan masalah ketidaklengkapan pengisian RM Catatan Obat dari 54 menjadi 12 (43,54% menjadi 10,17%). Pencapaian target sesudah perlakuan *read-back* menggunakan *checklist*, yaitu:

$$= \frac{\Sigma \text{ data awal} - \Sigma \text{ data akhir}}{\Sigma \text{ data awal}} + 100\%$$

$$= \frac{54 \times 12}{54} + 100\%$$

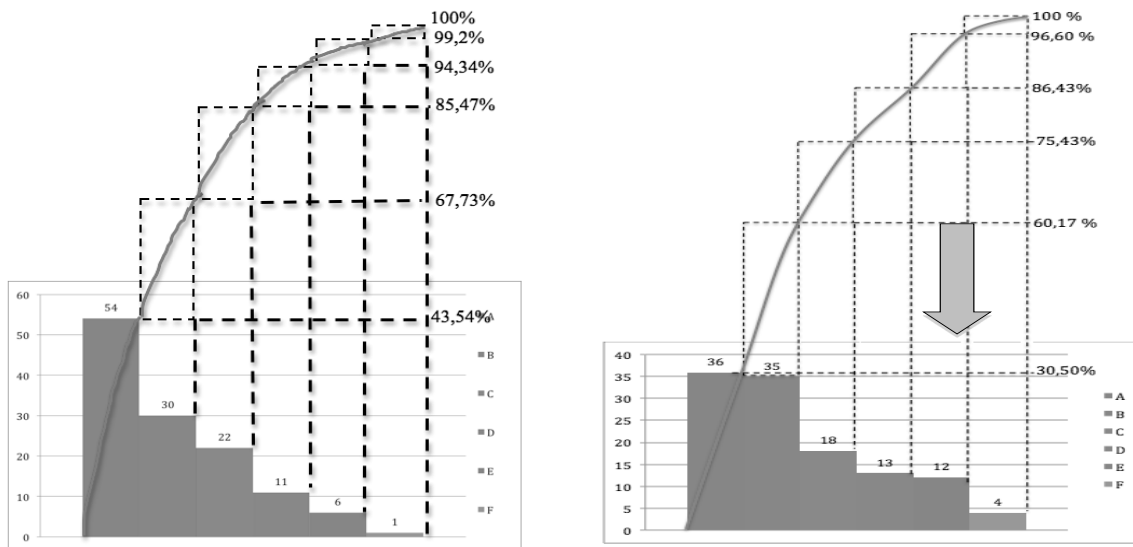
$$= 77,78\% \sim 22,22\%$$

(peningkatan kelengkapan pengisian RM menjadi 77,78% atau penurunan ketidaklengkapan pengisian RM menjadi 22,22%).

**Tabel 5 Stratifikasi Kejadian Masalah dari Hasil Observasi pada Bulan Juli Minggu III Tahun 2013 Sejumlah 64 Sampel Sesudah Perlakuan**

No	Masalah	Σ	Σkum	%	%kum
1	Ketidaklengkapan penulisan RM edukasi A	36	36	30,50	30,50
2	Ketidaklengkapan penulisan RM di UGD	35	71	29,67	60,17
3	Ketidaklengkapan penulisan <i>discharge planning</i>	18	89	15,26	75,43
4	Ketidaklengkapan penulisan RM integrasi	13	102	11,01	86,43
5	<b>Ketidaklengkapan penulisan RM catatan obat</b>	<b>12</b>	<b>114</b>	<b>10,17</b>	<b>96,60</b>
6	Ketidaklengkapan penulisan RM lembar persetujuan	4	118	3,39	100





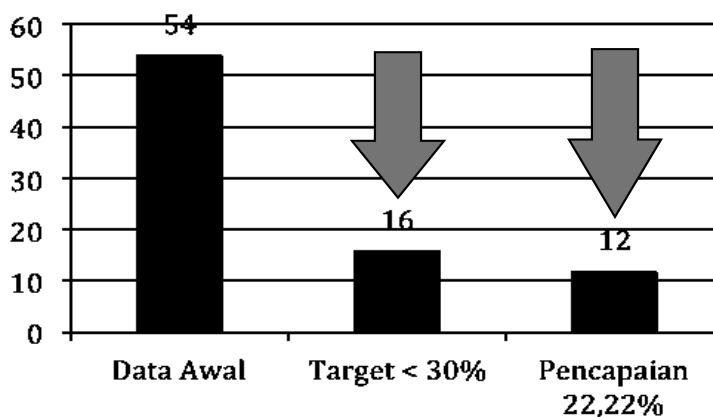
**Gambar 2 Perbandingan Diagram Pareto Sebelum dan Sesudah Perlakuan**

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh 57 sampel (*before*) dan 64 sampel (*after*). *Before* 45,54% ketidaklengkapan pengisian catatan obat pada rekam medik pasien yang berpotensi risiko *medication error* menjadi 10,17% setelah perlakuan *read-back* dengan *checklist* selama 10 minggu, dengan tingkat pencapaian 77,78%.

**Pembahasan**

Bila ditinjau dari QCDSM, keberhasilan tersebut meliputi Q (*Quality*), yaitu petugas kesehatan termasuk dokter dan perawat

bersedia melengkapi RM Catatan Obat yang dapat meningkatkan mutu pelayanan. C (*Cost*), yaitu kelengkapan pengisian RM Catatan Obat dapat mengurangi biaya dan waktu untuk menghubungi dokter kembali terkait instruksi terapi dan biaya yang tidak terhingga apabila terjadi *medication error* yang menyebabkan cedera pada pasien. D (*Delivery*), yaitu dengan adanya proses meminta waktu dan memberikan *checklist* Kelengkapan Instruksi Terapi maka dapat mengurangi waktu untuk mengklarifikasi kembali terapi terkait pelayanan dan proses selanjutnya apabila terjadi kesalahan atau



**Gambar 3 Grafik Pencapaian Target Kelengkapan Pengisian RM Catatan Obat**

ketidaklengkapan. S (*Safety*) merupakan proses dalam meminta waktu dan memberikan *checklist* Kelengkapan Instruksi Terapi sehingga diharapkan dapat menurunkan angka kejadian *medication error* yang berhubungan dengan keselamatan pasien (*patient safety*). M (*Morale*), yaitu meningkatkan kesadaran petugas kesehatan terkait dalam melengkapi RM Catatan Obat sebagai upaya dalam rangka meminimalisasi kesalahan instruksi terapi dan pemberian obat kepada pasien.

Dalam penelitian ini disampaikan bahwa terdapat keterbatasan, diantaranya (1) hanya diujikan pada satu ruangan rawat inap dan belum diuji konsistensi perlakuan *read-back* menggunakan *checklist* mencapai 100% dan (2) waktu penelitian hanya 10 minggu yang dirasakan masih kurang untuk dapat mengubah kebiasaan perilaku.

### Simpulan

Panduan *read-back* menggunakan Daftar Tilik (*checklist*) sebagai komunikasi terbukti efektif dapat menurunkan ketidaklengkapan pengisian catatan obat pada rekam medik yang berpotensi risiko *medication error*, 45,54% menjadi 10,17%, dengan tingkat pencapaian 77,78%.

### Daftar Pustaka

1. Joint Commission International. Joint commission international accreditation standards for hospitals 4th Edition. Illionis: JCI; 2010.
2. Joint Commission Accreditation for Hospital Organization. JCAHO 2003 national patient safety goals [diunduh 6 November 2013]. Tersedia online pada: [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org).
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine. 2000:1–8.
4. Alvares G, Coiera E. Interdisciplinary communication: an uncharted source of medical error. *J Crit Care*. 2006;21(3):236–42. doi:10.1016/j.jcrc.2006.02.004
5. Dayton E, Henriksen K. Teamwork and communication: communication failure: basic components, contributing factors, and the call for structure. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33(1):34–7.
6. Smith AF, Pope C, Goodwin D, Mort M. Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in recovery room. *Br J Anaesth*. 2008;101(3):332–7. doi:10.1093/bja/aen168
7. Barenfanger J, Sautter RL, Lang DL, Collins SM, Hacek DM, Peterson LR. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *Am J Clin Pathol*. 2004;121(6):801–3. doi:10.1309/9DYM6R0TM830U95Q
8. National Prescribing Centre. Dispensing with repeats a practical guide to repeat dispensing 2nd edition. National Health Service [diunduh 6 November 2013]. Tersedia online pada: [http://www.npc.nhs.uk/repeat\\_medication/repeat\\_dispensing/resources/dwr\\_for\\_web.pdf](http://www.npc.nhs.uk/repeat_medication/repeat_dispensing/resources/dwr_for_web.pdf)
9. Haverstick DM. Critical value called, read-back obtained. *Am J Clin Pathol*. 2004;121(6):790–1. doi:10.1309/TFUX2HMJXXGKQK1
10. Muninjaya AAG. Manajemen mutu pelayanan kesehatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2010.
11. Baker LM. Data shows verbal drug orders are often misunderstood. Patient Safety Authority 2006 [diunduh 6 November 2013]. Tersedia online pada: [http://patientsafetyauthority.org/NewsAndInformation/PressReleases/2006/documents/pr\\_2006\\_June\\_29.pdf](http://patientsafetyauthority.org/NewsAndInformation/PressReleases/2006/documents/pr_2006_June_29.pdf)
12. Tunggal AW. Pengantar manajemen mutu. Jakarta: Harvarindo; 2013.