

**PANDUAN  
IDENTIFIKASI PASIEN  
DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH  
PEKALONGAN**



**Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah  
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan**

**2016**

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH  
PEKALONGAN  
NOMOR: 0489/RSSK/SK/III/2016

TENTANG

**PEMBERLAKUAN PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN  
DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit mewajibkan standar keselamatan pasien dan mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien;
- b. bahwa ketepatan identifikasi pasien merupakan salah satu kewajiban pemenuhan sasaran keselamatan pasien;
- c. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, maka diperlukan penyelenggaraan identifikasi pasien sesuai dengan ketentuan sasaran keselamatan pasien;
- d. bahwa agar pelaksanaan pelayanan identifikasi pasien di rumah sakit dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya kebijakan Direktur sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan identifikasi pasien di rumah sakit;
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b, c, dan d, perlu menetapkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Pemberlakuan Panduan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit;
5. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor 445/221 Tahun 2014 tentang izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Kota Pekalongan;

6. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor : 117-B/YAI/IV/VI/2015 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
7. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor : 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

### **MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : PEMBERLAKUAN PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Panduan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana dimaksud terdapat dalam lampiran Surat Keputusan ini;
- KEDUA : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN

Pada Tanggal : 8 Maret 2016

-----

DIREKTUR

RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

**drg. Said Hassan. M.Kes**

Tembusan :

1. Manajer Pelayanan
2. Tim PMKP
3. Semua Unit Pelayanan
4. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan  
tentang Panduan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah  
Pekalongan  
Nomor : 0489/RSSK/SK/III/2016  
Tanggal : 8 Maret 2016

## **PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN DI RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

### **BAB I PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kesalahan karena keliru pasien sebenarnya terjadi disemua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya *error*/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien adalah pasien yang dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar sepenuhnya, mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi didalam rumah sakit, mungkin mengalami disabilitas sensori atau akibat situasi lain. Tatalaksana dalam menghindari kesalahan tersebut maka rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

#### **B. Definisi**

Identifikasi adalah proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang untuk memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien.

Gelang identifikasi pasien adalah suatu alat berupa gelang identifikasi yang dipasangkan kepada pasien secara individual yang digunakan sebagai identitas pasien selama dirawat di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

#### **C. Tujuan**

1. Mendeskripsikan prosedur untuk memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama perawatan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
2. Mengurangi kejadian/kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi. Kesalahan ini dapat berupa pasien, ketika pemberian obat, darah atau produk

darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, atau memberikan pengobatan serta tindakan lain.

3. Mengurangi kejadian insiden.

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

1. Panduan identifikasi pasien ini diterapkan kepada pasien di Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Unit Kerja ICU, Unit Kerja Kamar Operasi serta pasien yang akan menjalani suatu prosedur, seperti pemberian obat, darah atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis serta pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
2. Pelaksana panduan identifikasi ini adalah semua petugas pemberi layanan (medis, perawat, bidan, Unit Kerja Laboratorium, Unit Kerja Radiologi, Unit Kerja Farmasi, Unit Kerja Rehabilitasi Medis), staf di ruang rawat, staf administrasi dan staf pendukung yang bekerja di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

## **BAB III**

### **KEWAJIBAN DAN TANGGUNG JAWAB**

1. Seluruh Staf Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
  - a. Memahami dan menerapkan prosedur identifikasi pasien
  - b. Memastikan identifikasi pasien yang benar ketika pemberian obat, pengambilan darah dan/atau produk darah, serta spesimen lain untuk pemeriksaan klinis dan/atau pemberian terapi atau tindakan lain.
  - c. Melaporkan kejadian salah identifikasi pasien; termasuk hilangnya gelang identitas.
2. Sumber Daya Insani yang bertugas (petugas pendaftaran, perawat, bidan dan pemberi layanan kesehatan lainnya)
  - a. Petugas pendaftaran bertanggung jawab mencetak gelang identitas pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang identitas. Jika terdapat kesalahan data, gelang identitas harus diganti dan bebas coretan.
  - b. Petugas Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan dan Ruang Perinatal bertanggung jawab memasang gelang identitas dan memberikan edukasi kepada pasien dan/atau keluarga pasien tentang manfaat gelang identifikasi pasien dan

bahaya apabila gelang tersebut tidak dipasang, lepas, tertutup dan/atau disembunyikan oleh pasien.

- c. Petugas pemberi layanan kepada pasien bertanggung jawab memastikan kebenaran minimal dua identitas yang tercatat di gelang identitas saat melakukan identifikasi sebelum memberikan layanan kepada pasien.
- d. Seluruh petugas yang akan memberikan layanan kepada pasien memahami dan menerapkan panduan identifikasi ini untuk mencegah terjadinya insiden (KNC, KPC, KTC, KTD dan Sentinel).

### 3. Koordinator Instalasi/Koordinator Ruangan

- a. Melakukan diseminasi secara optimal pada area yang menjadi tanggung jawabnya.
- b. Memastikan seluruh staf di instalasi dan unit kerja memahami prosedur identifikasi pasien dan menerapkannya.
- c. Menganalisa semua insiden terkait kesalahan identifikasi pasien, memastikan pelaksanaan kegiatan identifikasi sesuai standar prosedur operasional, dan melakukan evaluasi.
- d. Evaluasi dilakukan apabila ditemukan kekeliruan di dalam prosedur identifikasi pasien, maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

### 4. Manager

- a. Memantau dan memastikan panduan identifikasi pasien dikelola dengan baik oleh kepala instalasi dan unit kerja.
- b. Menjaga standarisasi dalam menerapkan panduan identifikasi pasien.
- c. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan panduan identifikasi pasien di lingkungan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

## BAB IV

### TATA LAKSANA

#### 1. Gelang Identitas Pasien

Gelang identitas pasien dibagi menjadi 2, yaitu: Gelang biru muda untuk pasien laki-laki dan gelang merah muda, untuk pasien perempuan.



Gambar: Gelang Identitas Pasien

Data identitas yang tertera pada gelang identitas pasien meliputi nama pasien sesuai e-KTP, tanggal lahir dan nomor rekam medis.

- a. Nama pasien : di cetak lengkap sesuai e-KTP bila tidak terdapat e-KTP maka digunakan kartu identitas lain seperti SIM, passport atau kartu pengenalan lainnya. Jika tidak terdapat seluruh identitas tersebut, petugas meminta kesediaan pasien dan/atau keluarga pasien untuk mengisi formulir identitas yang disediakan Rumah Sakit Siti Khodijah. Pengisian formulir tersebut menggunakan huruf kapital pada kotak-kotak huruf yang disediakan, tidak terdapat singkatan nama, dan tidak boleh terdapat kesalahan pengetikan nama walaupun satu huruf.
- b. No. Rekam medis : di cetak sesuai dengan nomor rekam medis pasien.
- c. Tanggal lahir : di cetak sesuai dengan e-KTP atau kartu pengenalan lainnya.

#### 2. Kancing Penanda Pasien

Kancing penanda pasien dibagi menjadi 3, yaitu:

- a. Kancing penanda merah digunakan untuk pasien dengan alergi tertentu. Semua pasien harus ditanyakan apakah mereka mempunyai riwayat alergi. Semua jenis alergi meliputi alergi obat dan zat kontras harus dicatat di rekam medis pasien.
- b. Kancing penanda kuning digunakan untuk pasien dengan risiko jatuh. Semua pasien harus dikaji apakah mereka berisiko jatuh dan dicatat di rekam medis pasien.
- c. Kancing penanda ungu digunakan untuk pasien dengan *do not resuscitate*. Semua pasien harus dikaji dan dicatat di rekam medis pasien.

*Panduan Identifikasi Pasien*  
*Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*



Gambar: Kancing Penanda Pasien

### 3. Momen Identifikasi Pasien

Seluruh petugas di Rumah Sakit Siti Khodijah yang akan memberikan layanan kepada pasien harus mengkonfirmasi identitas pasien dengan minimal menanyakan 2 identitas dari yang tertera di gelang identitas pasien (nama sesuai e-KTP dan tanggal lahir atau nomor rekam medis) secara benar dan tepat. Kemudian cocokkan dengan gelang identitas pasien. Jangan melakukan prosedur apapun jika pasien tidak memakai gelang identitas. Gelang identitas harus dipasangkan ulang oleh perawat dan/atau bidan yang bertugas menangani pasien secara personal sebelum pasien menjalani suatu tindakan/prosedur.

Seluruh petugas harus melakukan identifikasi pasien saat :

- a. Sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- b. Sebelum mengambil darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis, contoh darah, feses, urine, dahak dan cairan tubuh lainnya.
- c. Sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur, contoh prosedur pemeriksaan radiologi (*rontgen*, USG dan lain-lain), intervensi pembedahan atau prosedur *invasive* lainnya, transfer pasien dan lain-lain.

### 4. Cara Identifikasi Pasien

Pertemuan pertama seorang petugas dengan pasien, identifikasi dilakukan secara verbal dan visual, dengan menanyakan minimal dua identitas pasien dari yang tertera di dalam gelang identitas, yaitu nama pasien dan tanggal lahir atau umur atau alamat atau nomor rekam medis pasien (verbal). Kemudian mencocokkannya dengan gelang pasien (visual). Pada pertemuan kedua dan selanjutnya, petugas dapat melakukan identifikasi dengan cara visual saja yaitu dengan melihat gelang pasien. Identifikasi pasien tidak boleh menggunakan nomor kamar dan nomor *bed* atau lokasi pasien.

### 5. Tatalaksana Pemasangan Gelang Identitas Pasien

- a. Pemasangan gelang identitas bisa dilakukan di Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, Ruang Perinatal oleh petugas (perawat dan/bidan).

*Panduan Identifikasi Pasien*  
*Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan*



- b. Sebelum dilakukan pemasangan gelang, cocokkan terlebih dahulu antara data di gelang identifikasi dengan rekam medis pasien untuk menghindari kesalahan.
  - c. Pemasangan gelang identifikasi pada pergelangan tangan pasien yang dominan. Kemudian pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
  - d. Jika tidak dapat dipasangkan di pergelangan tangan, pasang gelang identitas di pergelangan kaki pasien. Jika tidak dapat dipasang di pergelangan kaki gelang identitas dapat di tempel di pakaian pasien yang mudah terlihat, dan segera ditempel ulang bila pasien berganti pakaian. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
  - e. Jika pasien tidak memungkinkan mengenakan pakaian, gelang identitas tersebut harus menempel pada anggota tubuh lain yang mudah dilihat dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
6. Tatalaksana Pemasangan Kancing Penanda
- a. Pemasangan gelang penanda bisa dilakukan di Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, Ruang Perinatal, Instalasi Rawat Inap, Ruang Shofa, Unit Kerja Kamar Operasi, Unit Kerja ICU oleh petugas (perawat dan/atau bidan).
  - b. Kancing penanda merah di pasang pada pasien yang mempunyai alergi tertentu. Jenis alergi harus dicatat di rekam medis pasien.
  - d. Kancing penanda kuning dipasang untuk pasien dengan risiko jatuh (sesuai intervensi asesmen pasien risiko jatuh), lembar asesmen pasien risiko jatuh termuat dalam rekam medis pasien.
  - e. Kancing penanda ungu dipasang untuk pasien dengan *do not resusitate* (atas indikasi dokter atau permintaan keluarga).
7. Tatalaksana Gelang Identifikasi Pasien
- a. Semua pasien harus diidentifikasi secara benar sebelum pemberian obat, pengambilan darah dan/atau produk darah, pengobatan, prosedur/tindakan serta spesimen lain untuk pemeriksaan klinis serta pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
  - b. Pasien Instalasi Rawat Jalan tidak memakai gelang identitas pasien, namun pasien Instalasi Rawat Jalan tetap dilakukan identifikasi pasien, maka identifikasi dilakukan dengan meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahir (dua dari tiga identitas), kemudian petugas mencocokkan data di rekam medis pasien.

- c. Semua pasien rawat inap harus memakai gelang identitas. Gelang identitas menggunakan tulisan yang jelas dibaca, yang tidak bisa luntur/hilang terkena air dan gelang tidak bias dibuka setelah kancing pengunci di pasang.
- d. Tidak boleh mencoret dan menulis ulang di gelang identitas. Ganti gelang identitas jika terdapat kesalahan pengetikan data.
- e. Dilarang identifikasi dengan nomor kamar pasien, nomor tempat tidur, dan/ atau ruangan tempat pasien dirawat.
- f. Jika gelang identitas pasien terlepas, segera pasang gelang identitas yang baru.
- g. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, contoh: “Assalamu’alaikum bapak/ibu bisa sebutkan nama dan tanggal lahir atau umur bapak/ibu?”, jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti “Apakah nama anda ibu X?”.
- h. Jika pasien tidak mampu memberikan atau menyebutkan nama (misal pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia), verifikasi atau konfirmasi identitas pasien pada keluarga/pengantarnya.
- i. Pasien yang tidak mampu memberikan atau menyebutkan nama (misal pada pasien disfasia, tidak sadar karena perubahan kondisi atau pengobatan) di Unit Kerja ICU dan Unit Kerja Kamar Operasi, verifikasi atau konfirmasi identitas pasien dilakukan dengan cara mencocokkan gelang identitas pasien (visual).
- j. Pasien yang akan ditransfer ke unit perawatan lain (internal/eksternal), petugas melakukan identifikasi dengan benar dan memastikan gelang identitas terpasang dengan baik.
- k. Unit perawatan yang menerima transfer pasien harus mengecek ulang identitas pasien dengan menanyakan kembali nama dan tanggal lahir atau nomor rekam medis dan mencocokkan dengan yang tercantum di gelang identitas.
- l. Pasien dapat mengingatkan petugas apabila petugas belum melakukan identifikasi pada gelang identitas saat akan dilakukan pemberian obat, pengambilan darah dan/atau produk darah, serta spesimen lain untuk pemeriksaan klinis dan/atau pemberian terapi atau tindakan lain.
- m. Tidak diperkenankan prosedur apapun jika pasien tidak memakai gelang identitas. Gelang identitas harus dipakaikan ulang oleh perawat/bidan yang bertanggung jawab terhadap pasien sebelum menjalani prosedur.

#### 8. Tatalaksana Identifikasi Pasien Instalasi Rawat Jalan

- a. Pasien Instalasi Rawat Jalan tidak perlu menggunakan gelang identitas pasien.

- b. Sebelum pelaksanaan pelayanan atau pengobatan, petugas harus meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahir atau umur atau alamat, kemudian petugas mencocokkan data di rekam medis pasien.
  - c. Jika pasien Instalasi Rawat Jalan tidak dapat mengidentifikasi dirinya sendiri (tidak sadar, psikiatri) maka verifikasi data dengan menanyakan keluarga/pengantar pasien.
  - d. Semua permintaan pelayanan, formulir permintaan yang dikirim ke unit pelayanan lain harus terstiker label pasien yang berisi nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis pasien.
9. Tatalaksana Identifikasi Nama Pasien yang Sama di Instalasi Rawat Inap
- a. Apabila terdapat  $\geq 2$  pasien dengan nama sama dalam 1 kamar/unit perawatan harus selalu diinformasikan kepada seluruh perawat/bidan setiap kali pergantian dinas guna menghindari kesalahan.
  - b. Beri stiker label “HATI-HATI PASIEN DENGAN NAMA SAMA” pada rekam medis dan semua formulir permintaan penunjang.
10. Tatalaksana Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau *Neonatus*
- a. Bayi baru lahir menggunakan dua gelang identitas yaitu gelang identitas bayi yang di pasangkan pada tangan bayi dan gelang identitas ibu yang di pasangkan pada kaki bayi. Sedangkan untuk sang ibu juga memakai 2 gelang identitas yaitu gelang identitas ibu dan gelang identitas bayi.
  - b. Gelang identitas bayi berisi, nama ibu, tanggal dan jam lahir, jenis kelamin dan nomor rekam medis bayi.
  - c. Untuk bayi lahir kembar identitas di gelang diberi no 1 dan 2 untuk membedakan bayi pertama dan bayi kedua.
  - d. Apabila bayi sudah diberi nama dan sudah didaftarkan ke administrasi Rumah Sakit Siti Khodijah, gelang identitas yang berisi data ibu dapat dilepas dan diganti dengan gelang identitas yang berisikan data bayi.
11. Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Identitasnya Tidak Diketahui
- a. Pasien yang tidak diketahui identitasnya dipasangkan gelang identitas sesuai jenis kelaminnya dengan inisial identitas sementara berupa “X, Tn/X, Ny,” sampai pasien dapat diidentifikasi dengan benar.
  - b. Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, pasangkan gelang identitas baru dengan identitas yang benar.

## 12. Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Meninggal

Pasien yang meninggal diruang perawatan Rumah Sakit Siti Khodijah harus dilakukan konfirmasi terhadap identitasnya dengan gelang identitas dan rekam medis (sebagai alat verifikasi kematian).

## 13. Tatalaksana Pelepasan Gelang Identitas Pasien

- a. Petugas yang melepas gelang identitas pasien adalah perawat dan/bidan yang bertanggung jawab terhadap pasien selama perawatan
- b. Pada kondisi-kondisi tertentu, gelang identitas dapat dilepas sementara (saat pasien masih di rawat di rumah sakit), contoh lokasi pemasangan gelang identitas mengganggu suatu prosedur, maka setelah prosedur dilakukan, gelang identitas segera dipasang kembali
- c. Gelang identitas (gelang biru muda dan merah muda) dilepas setelah pasien diizinkan pulang oleh dokter dan semua proses persiapan pulang selesai dilakukan. Proses ini meliputi: pemberian obat-obatan kepada pasien dan pemberian penjelasan mengenai rencana perawatan selanjutnya kepada pasien dan/atau keluarga pasien serta saat pasien meninggalkan rumah sakit.
- d. Gelang identifikasi yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah.

## 14. Tatalaksana Pelepasan Kancing Penanda Pasien

- a. Kancing merah untuk alergi, hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari Rumah Sakit Siti Khodijah.
- b. Kancing kuning untuk risiko jatuh, hanya dilepas saat pasien sudah tidak berisiko untuk jatuh.
- c. Kancing ungu untuk *do not resuscitate*, hanya dilepas saat pasien tidak membutuhkan resusitasi lagi dan atau permintaan pasien dan/atau keluarga pasien.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN**

1. Semua pasien di rumah sakit dilakukan identifikasi.
2. Identifikasi pasien menggunakan tiga identitas, nama, tanggal lahir dan nomor rekam medis.
3. Gelang identitas di bagi menjadi 2, yaitu: gelang biru muda untuk pasien laki-laki dan gelang merah muda untuk pasien perempuan.

4. Kancing penanda dibagi menjadi 3, yaitu: kancing penanda merah untuk pasien alergi, kancing penanda kuning untuk pasien risiko jatuh, kancing penanda ungu untuk pasien *do not resuscitation* (DNR).
5. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah, sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.

DIREKTUR  
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

**drg. Said Hassan, M.Kes**