

**PANDUAN
IDENTIFIKASI PASIEN**



**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa karena atas Rahmat-Nya yang telah memberikan petunjuk dan bimbingan sehingga dapat menyelesaikan penyusunan buku Panduan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit, dengan adanya buku panduan ini, semoga dapat menjadikan panduan agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan identifikasi pasien di rumah sakit. Dengan adanya buku ini dapat bermanfaat untuk menegakkan pelayanan terhadap pasien sehingga mutu pelayanan baik dan aman.

Panduan ini akan dievaluasi kembali dan akan dilakukan perbaikan bila ditemukan hal hal yang kurang/ tidak sesuai lagi dengan kondisi di Rumah Sakit. Kami mengucapkan terimakasih dan penghargaan setinggi tingginya kepada tim penyusun, yang segala upaya telah berhasil menyusun panduan ini yang merupakan kerjasama dengan berbagai pihak dilingkungan Rumah sakit.

Kami menyadari bahwa buku ini masih belum sempurna, dan kami mengharapkan adanya masukan bagi penyempurnaan buku ini dikemudian hari.

Untuk itu tim penyusun mengucapkan terima kasih dan harapan kami agar buku ini dapat dipergunakan sebagai acuan dengan sebaik-baiknya.

Jakarta, 12 April 2023

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I DEFINISI	1
BAB II RUANG LINGKUP	3
BAB III TATA LAKSANA	5
A. Algoritme Identifikasi Pasien	5
B. Penjelasan Algoritme Identifikasi Pasien.....	6 - 8
C. Tatalaksana Pemasangan Gelang Identitas.....	8
D. Tatacara melepaskan gelang Identitas	9
E. Tatacara Identifikasi Pasien	9
F. Label Identitas/ Barcode Pasien	13
G. Audit Gelang.....	14
H. Pelaporan Insiden / Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien.....	14
I. Kewajiban dan tanggung jawab.....	16
BAB IV DOKUMENTASI.....	18

Lampiran

1. SPO
2. Ceklist observasi identifikasin
3. Daftar Pustaka

LAMPIRAN I

PERATURAN DIREKTUR RUMAH
SAKIT DHARMA NUGRAHA NO
001/PEP-DIR/RSDN./IV/2023
TENTANG SASARAN
KESELAMATAN PASIEN

**PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

**BAB I
DEFINISI**

1. **Identitas** adalah bukti diri/ penetapan identitas seseorang.
2. **Identifikasi** adalah proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti – bukti dari seseorang sehingga dapat menetapkan dan menyamakan keterangan dengan individu seseorang.
3. **Pasien** adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh layanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di rumah sakit.
4. **Identifikasi Pasien** adalah suatu proses untuk menentukan kesesuaian antara individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan dengan pelayanan atau pengobatan yang akan diterimanya.
5. **Proses Identifikasi Pasien** adalah proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien saat tindakan/ pemeriksaan pasien antara lain: pemberian obat, darah atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, memberikan pengobatan atau tindakan, dan pemeriksaan diagnostik.
6. **Verifikasi** adalah kegiatan mencocokkan/ memeriksa/ memastikan tentang kebenaran identitas pasien yang dilakukan pada saat kegiatan identifikasi pasien.

7. **Identifikasi Verbal** adalah identifikasi dengan menanyakan nama pasien dan tanggal lahir dan dicocokkan dengan data rekam medis pasien/ gelang identitas.
8. **Identifikasi Visual** adalah identifikasi pasien dengan melihat gelang identitas dan mencocokkan dengan rekam medis pasien
9. **Gelang Identitas** adalah gelang yang dipasang oleh perawat pada pergelangan tangan pasien rawat inap disesuaikan dengan warna gelang, warna merah muda untuk wanita, biru untuk laki-laki.
10. **Pemasangan gelang identitas** adalah proses kegiatan memasang gelang identitas pasien rawat inap pada pergelangan tangan kiri/ kanan, atau tempat lain yang mencantumkan nama pasien, nomor rekam medis, dan tanggal lahir pasien.
11. **Melepas gelang pasien** adalah kegiatan melepaskan gelang pasien saat pasien pulang/ keluar dari rumah sakit, atau pada kondisi yang memerlukan pelepasan gelang identitas sementara oleh *Perawat* dengan cara menggunting.
12. **Kesalahan Identifikasi Pasien** adalah kesalahan atau keliru pasien yang dapat terjadi di semua aspek diagnosis, tindakan dan pengobatan.
13. **Penandaan pada pasien dengan nama yang sama** di satu unit perawatan adalah pemberian tanda berupa tulisan warna merah **“HATI-HATI NAMA PASIEN SAMA”** ditempel diujung kanan berkas rekam medis, dan dilepas jika salah satu pasien sudah pulang.

BAB II

RUANG LINGKUP

Panduan Identifikasi Pasien diterapkan kepada semua pasien rumah sakit di rawat jalan, Instalasi Gawat Darurat (IGD), rawat inap, unit layanan diagnostik dan pasien yang menjalani suatu prosedur tindakan/pengobatan maupun pemeriksaan dan sebagai acuan bagi petugas/staf di rumah sakit (dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain dan staf lainnya) untuk melaksanakan identifikasi pasien rumah sakit guna mengurangi terjadinya risiko kesalahan dalam mengidentifikasi pasien.

Dengan adanya panduan ini diharapkan pasien dapat diidentifikasi dengan cara yang tepat dan benar serta dapat dipercaya/reliabel dilaksanakan semua petugas terkait guna mencegah kejadian yang tidak diharapkan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Untuk menghindari terjadinya kesalahan dalam mengidentifikasi pasien rumah sakit, disusun Panduan Identifikasi Pasien dengan ruang lingkup sebagai berikut :

1. Algoritma Identifikasi Pasien

- a. Alur masuk pasien rawat inap di rumah sakit dapat melalui IGD dan Poliklinik
- b. Identifikasi pasien dilakukan mulai dari pendaftaran
- c. Identifikasi pasien dilakukan secara verbal dan visual

2. Tata Laksana Pemasangan Gelang Identitas

Pasangkan gelang berwarna biru untuk pasien laki – laki dan warna merah muda/ pink untuk pasien perempuan, termasuk pada bayi baru lahir

3. Tata Cara Melepaskan Gelang Identitas

Gelang identitas hanya boleh dilepas saat : pasien pulang, pasien meninggal, atau pelepasan sementara yang selanjutnya akan dipasang kembali

4. Tata Laksana Identifikasi Pasien

Lakukan identifikasi pasien sebelum tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik/ pengobatan :

- a. Sebelum tindakan
 - 1) Prosedur pembedahan/ tindakan invasif
 - 2) Pemberian terapi cairan intravena
 - 3) Pemberian darah atau produk darah

- 4) Transfer pasien
- 5) Mengantar bayi
- 6) Dan tindakan / prosedur lain
- b. Prosedur diagnostik
 - 1) Pengambilan spesimen untuk pemeriksaan klinis (darah, urine, feses, dahak, jaringan PA, secret vagina, pus)
 - 2) Pemeriksaan radiologi, USG, EEG EKG,
- c. Terapeutik/ pengobatan
 - 1) Pemberian obat
 - 2) Pemberian diet
5. **Label Identitas/ Barcode Pasien**

Label identitas pasien terdiri dari beberapa jenis misalnya : label tetap, label rawat jalan, label rawat inap, label identitas, label diet, dan label etiket obat pasien (obat oral, obat injeksi, obat luar), label spesimen.
6. **Pelaporan Insiden/ Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien**

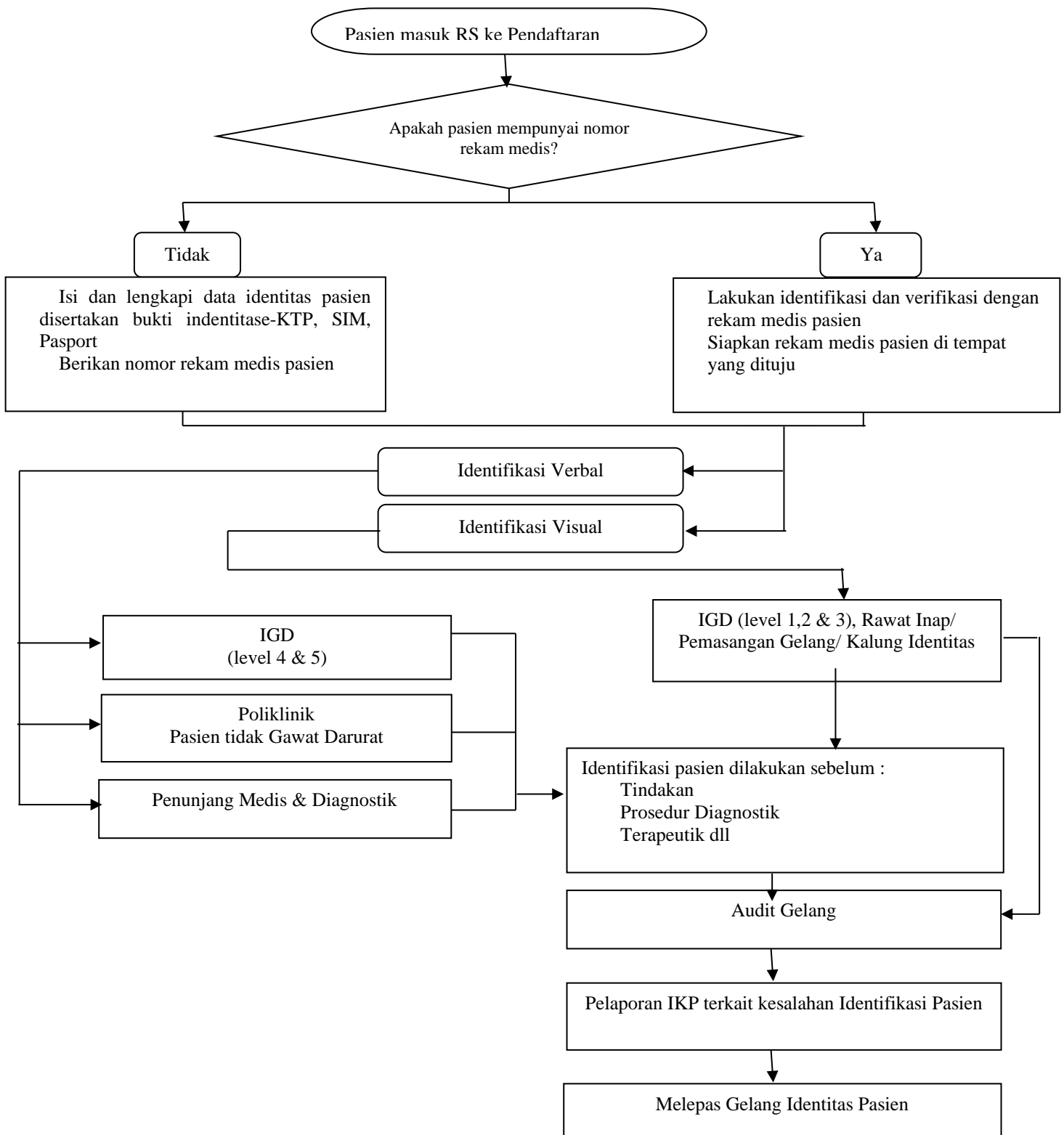
Beberapa penyebab umum terjadinya kesalahan identifikasi adalah:

 1. Kesalahan pada administrasi/ tata usaha
 2. Kegagalan verifikasi
 3. Kesulitan komunikasi
7. **Kewajiban dan Tanggung Jawab**

Staf RS, Staf Klinis, seluruh instalasi/ kepala perawat dan manajer

BAB III TATA LAKSANA

A. ALGORITMA IDENTIFIKASI PASIEN



B. PENJELASAN ALGORITME IDENTIFIKASI PASIEN

1. Alur masuk pasien rawat inap di rumah sakit dapat melalui IGD dan Poliklinik
2. Proses identifikasi pasien menggunakan 3 parameter dan verifikasi identitas minimal 2 identitas dapat berupa barcode terdiri dari:
 - a. Nama lengkap pasien sesuai e-KTP
 - b. (boleh ditambah NIK)
 - c. Tanggal lahir
 - d. Nomer Rekam medis
3. Identifikasi pasien dilakukan mulai dari pendaftaran meliputi:
 - a. Pada pasien baru (belum mempunyai nomor rekam medis)
 - 1) Minta pasien mengisi formulir data identitas pasien baru terlebih dahulu kemudian input data di komputer
 - 2) Cocokkan data yang diisi dengan data e-KTP –SIM/ Pasport, jika pasien tidak membawa data identitas asli maka dapat diminta 1x24 jam pada pasien rawat inap, dan kunjungan berikutnya pada pasien rawat jalan, dan jika ada perbedaan data maka dilakukan perubahan sesuai dengan data identitas asli pasien
 - 3) Cetak label identitas pasien sesuai dengan data pasien yang sudah diinput, yang berisi nama pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis
 - b. Pada pasien lama (sudah mempunyai nomor rekam medis)
 - 1) Tanyakan nama dan tanggal lahir pasien dan cocokkan dengan data identitas pasien di komputer
 - 2) Cetak label identitas pasien sesuai dengan data pasien yang sudah diinput, yang berisi nama pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis
 - c. Tanggal lahir pasien ditulis dengan format tanggal/ bulan/ tahun, jika pasien tidak ingat tanggal lahir pasien maka dituliskan 01/01/tahun sesuai tahun lahir pasien (jika pasien lupa tahun kelahiran maka dihitung dengan mengurangi tahun saat ini dengan usia pasien)
 - d. Nama pasien tidak boleh disingkat dan sesuai dengan yang tertulis di rekam medis pasien,

- e. Pada kondisi darurat bencana/ tidak diketahui identitasnya ditulis dengan nama Tn/Ny/An. 1/ 2/ 3 dst
 - f. Nomor Rekam Medis pasien di RS adalah Nomor RM pasien tunggal
4. Identifikasi pasien ada 3 (tiga) parameter identitas yaitu nama, tanggal lahir, nomor rekam medis pasien identifikasi dilakukan cukup menggunakan 2 (dua) dari 3 (tiga) identitas yaitu nama dan tanggal lahir pasien
 5. Identifikasi pasien dilakukan secara verbal dan visual
 - a. Verbal
 - 1) Lakukan identifikasi pasien dengan cara menanyakan nama dan tanggal lahir dan cocokkan dengan rekam medis pasien
 - 2) Identifikasi pasien secara verbal dilakukan kepada pasien yang tidak terpasang gelang identitas/ tanda pengenal yaitu pasien di poliklinik (rawat jalan), penunjang medis (farmasi, laboratorium, radiologi), IGD (pada pasien sadar)
 - b. Visual
 - 1) Lakukan identifikasi dengan cara membaca gelang identitas pasien dan mencocokkan dengan rekam medis
 - 2) Identifikasi pasien secara visual dilakukan kepada pasien tindakan hemodialisa/ talasemia dan seluruh pasien rawat inap/ terpasang gelang/ kalung identitas
 - 3) Pasien koma, tidak sadar, disfungsi sensori, dan lupa identitas diri dipasang gelang identitas dan identifikasi dilakukan secara visual
 6. Identifikasi pasien tidak menggunakan nomor kamar/ lokasi keberadaan pasien
 7. Gelang pasien tidak boleh dicoret – coret, jika ada penulisan yang salah maka harus diganti dengan gelang yang baru
 8. Identitas pasien pada gelang identitas pasien harus dicetak, tulisan tangan hanya boleh bila printer sedang rusak/ tidak ada fasilitas untuk itu dan harus segera diganti bila printer berfungsi kembali.
 9. Identitas yang ditulis tangan tetap mencantumkan 3 (tiga) parameter identitas yaitu nama, tanggal lahir dan nomor rekam medis, segera setelah sistem elektronik dapat digunakan maka gelang akan diganti

10. Bayi baru lahir menggunakan dua gelang identitas, segera setelah lahir menggunakan identitas ibu dan selanjutnya dipasang gelang kedua identitas By Ny, tgl lahir dan RM bayi.
11. Pasien dengan keterbatasan komunikasi/ tidak bisa bicara/ tuna wicara/ bisu maka identifikasi menggunakan cara visual mencocokkan gelang identitas dengan rekam medis/ melibatkan keluarga.
12. Pada pasien tuna rungu/ gangguan pendengaran/ tuli maka identifikasi menggunakan cara visual/ dapat melibatkan keluarga.
13. Pada pasien dengan gangguan penglihatan/ buta maka verifikasi identitas dengan cara verbal menanyakan nama dan tanggal lahir dan dicocokkan dengan gelang identitas pasien/ dapat melibatkan keluarga.
14. Jika terdapat pasien dengan nama yang sama, harus diinformasikan kepada perawat yang bertugas setiap kali pergantian jaga dan diberikan tanda berupa Stiker tulisan merah **“HATI-HATI NAMA PASIEN SAMA”** ditempel diujung kanan berkas rekam medis, dan dilepas jika salah satu pasien sudah pulang.

C. TATA LAKSANA PEMASANGAN GELANG IDENTITAS

1. Jelaskan kepada pasien tentang tujuan dan fungsi dari pemasangan gelang identitas agar tidak terjadi kesalahan setiap melakukan tindakan/ pengobatan dan selama perawatan/ tindakan gelang/ kalung identitas tidak boleh dilepas.
2. Data di gelang identitas dilakukan verifikasi kepada pasien/ keluarga sebelum dipasang
3. Pasangkan gelang identitas pada pasien yang sudah dinyatakan rawat inap oleh DPJP (sudah registrasi pendaftaran rawat inap) dan pada pasien IGD level 1, 2 dan 3(jika ada tindakan pengobatan dll)
4. Pasangkan gelang identitas di pergelangan tangan yang dominan, jika pasien tidak mempunyai tangan maka dipasangkan di pergelangan kaki atau sesuai dengan keadaan pasien dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman tidak terlalu longgar dan tidak terlalu kencang
5. Pasangkan gelang berwarna biru muda untuk pasien laki – laki dan warna merah muda untuk pasien perempuan, termasuk pada bayi baru lahir

6. Pasangkan gelang pada bayi baru lahir segera setelah lahir sesuai dengan identitas gelang ibu, setelah dilakukan registrasi, pasang gelang kedua dengan identitas bayi ny tanggal lahir bayi dan nomer rekam medis bayi dengan warna gelang sesuai dengan jenis kelamin bayi.
7. Pasangkan gelang identitas dengan menggunakan kalung jika ada situasi dimana pasien tidak dapat dipasang gelang identitas oleh karena alergi/ luka bakar/ tidak punya ekstremitas/ tidak kooperatif
8. Segera pasang kembali dengan yang baru jika gelang terlepas atau dilepas sementara oleh petugas oleh karena tindakan misalnya saat memasang infus
9. Jika ada salah ketik identitas pasien atau tulisan tidak terbaca, segera ganti dengan gelang identitas yang baru, tidak boleh mencoret atau menimpa tulisan sebelumnya

D. TATA CARA MELEPASKAN GELANG IDENTITAS

1. Gelang identitas hanya boleh dilepas saat : pasien pulang, pasien meninggal, atau pelepasan sementara yang selanjutnya akan dipasang kembali
2. Lepaskan gelang identitas pada saat pasien akan pulang, gelang dilepas/ digunting oleh perawat sesaat sebelum pasien meninggalkan ruang perawatan.

E. TATA LAKSANA IDENTIFIKASI PASIEN

1. Sebelum prosedur pembedahan
 - a. Lakukan identifikasi pasien oleh PPA di kamar operasi pada saat sign in, time out dan sign out
 - b. Pasang kembali gelang identitas pasien jika dalam proses pembedahan dilakukan pelepasan gelang identitas
 - c. Tempelkan gelang identitas yang digunting di rekam medis pasien
2. Pemberian terapi cairan intravena
 - a. Lakukan identifikasi pasien sebelum memasang akses intravena
 - b. Lakukan identifikasi pasien sebelum memberikan/ mengganti cairan intravena dan atau memasukkan obat kedalam cairan

- c. Pasang etiket identitas pasien pada botol/ kantong cairan intravena jika pasien mendapatkan obat yang perlu diwaspadai
 - d. Khusus pada pemberian obat/ cairan intravena yang termasuk obat yang perlu diwaspadai harus dilakukan dobel cek dan terdokumentasi pada form terapi cairan infus dan DPO
3. Hemodialisis/ talasemia
- a. Pasien dipasang kalung identitas pada saat asesmen sebelum dilakukan tindakan
 - b. Lakukan identifikasi pasien secara visual dengan melihat pada kalung identitas dan mencocokkan dengan rekam medis pasien
4. Pemberian darah atau produk darah
- a. Identifikasi, pengambilan, pengiriman, penerimaan dan penyerahan produk darah transfusi merupakan tanggung jawab petugas yang melakukan pengambilan dan pemberian darah atau produk darah
 - b. Minimal dua orang staf rumah sakit/ dobel cek yang kompeten harus memastikan kebenaran : Mencocokkan labu darah dengan nama pasien, golongan darah, nomor labu darah, tanggal pengambilan, tanggal kadaluarsa dan jenis komponen darah antara kartu labu darah, label labu darah, terdapat penggumpalan/ kerusakan terhadap labu darah, formulir permintaan serta BRM pasien menggunakan check list pemberian tranfusi darah termasuk identitas pasien, lakukan pemantauan reaksi transfusi menggunakan format pemantauan.
 - c. Jika staf RS tidak yakin/ ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.
5. Transfer pasien
- Identifikasi pasien dilakukan saat tranfer pasien, transfer didalam rumah sakit maupun diluar rumah sakit, cocokan identitas pasien gelang identitas dan rekam medis pasien.
6. Mengantar bayi
- a. Lakukan identifikasi saat mengantar bayi yaitu sebelum menyerahkan bayi kepada orang tuanya
 - b. Tidak boleh menggunakan nomor kamar dan papan nama pasien.

- c. Cocokkan identitas bayi dengan cara ibu menyebutkan nama ibu dan tanggal lahir bayi dan dicocokkan dengan gelang identitas bayi dan gelang identitas ibu.
- 7. Pengambilan spesimen untuk pemeriksaan klinis (darah, urine, faeses, dahak, jaringan PA, secret vagina, pus)
 - a. Identifikasi saat pengambilan spesimen untuk pemeriksaan klinis dengan cara verbal atau visual serta dicocokkan dengan formulir permintaan pemeriksaan.
 - b. Cocokkan jenis permintaan dan jelaskan kepada pasien cara dan tempat pengambilan serta jenis pemeriksaan.
 - c. Informasikan dan tunjukkan kepada pasien label/ stiker yang tertempel pada spesimen untuk memastikan tidak terjadi kesalahan pada bahan yang akan dilakukan pemeriksaan.
 - d. Informasikan jangka waktu hasil pemeriksaan selesai untuk rawat jalan sehingga dapat diambil, jika rawat inap agar pasien/ keluarga tahu kapan hasil dapat selesai.
- 8. Pemeriksaan radiologi, USG, EEG, EKG
 - a. Pastikan identitas pasien benar dengan cara verbal yaitu menanyakan nama dan tanggal lahir jika pasien sadar dan dapat berkomunikasi dan tidak terpasang gelang identitas, jika terpasang gelang identitas maka lakukan secara visual yaitu cocokkan identitas pasien pada gelang identitas dengan rekam medis pasien.
 - b. Jika telah sesuai input pada komputer nama pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis.
- 9. Pemberian obat
 - a. Setiap memberikan terapi/ pengobatan atau pemberian terapi cairan wajib melakukan identifikasi kepada pasien dan tetap melihat/ verifikasi dengan gelang identitas pasien dan berkas rekam medis.
 - b. Selain melakukan identifikasi terhadap pasien juga pemberian terapi/ pengobatan/ pemberian terapi intra vena juga sesuai dengan prosedur verifikasi pemberian terapi/ obat dengan 5 (lima) BENAR
 - c. Khusus pada pemberian obat/ cairan intravena yang termasuk obat yang perlu diwaspadai harus dilakukan dobel cek dan terdokumentasi dalam rekam medis pada formulir Daftar Pemberian Obat (DPO)

10. Pemberian diet

- a. Setiap petugas pantri akan melakukan identifikasi kepada pasien untuk memastikan bahwa tidak terjadi kesalahan dalam pemberian diet kepada pasien
- b. Lakukan identifikasi dengan verbal atau visual dan cocokkan dengan label diet pasien yang ada pada makanan pasien.
- c. Informasikan kepada pasien jenis menu/ diet kepada pasien, jika ada masalah segera melaporkan kepada petugas/ perawat.

11. Pasien koma

- a. Pada pasien koma / tidak sadar identifikasi dengan cara mencocokkan gelang identitas pasien dengan Berkas Rekam medis pasien
- b. Verifikasi identitas dapat melibatkan petugas/ perawat lain/ keluarganya jika memungkinkan/ ada.

12. Identifikasi pada saat terjadi darurat bencana

- a. Identifikasi pada pasien saat kondisi darurat bencana dan pasien tidak ada identitasnya maka identifikasi menggunakan nama Tn/ Ny/ Nn, 1, 2, 3....dst.
- b. Setelah ada identitas pasien dilakukan penginputan nama sesuai identitas pasien

13. Pasien meninggal :

- a. Pasien yang meninggal di ruang rawat rumah sakit harus dilakukan konfirmasi terhadap identitasnya dengan gelang identitas dan rekam medis
- b. Gelang identitas jenazah dilepas setelah jenazah dipasangkan kartu identitas di kaki jenazah, pemasangan dilakukan oleh perawat di ruang rawat/ IGD dimana jenazah berasal dan disaksikan oleh keluarga pasien.
- c. Kartu identitas jenazah diikat di jari kaki jenazah, jika tidak punya ekstremitas/ sulit dipasang maka dapat letakkan/ diikat pada posisi yang memungkinkan pada jenazah.

F. LABEL IDENTITAS/ BARCODE PASIEN

1. Label identitas/ barcode pasien terdiri dari label tetap, label gelang identitas, label barcode rawat jalan, label barcode rawat inap, label diet, label etiket obat, dan label spesimen

2. **Label tetap** digunakan pada gelang identitas pasien, cover map rekam medis pasien, seluruh BRM yang membutuhkan label identitas pasien , Form permintaan diagnostic (laboratorium, radiologi, CT Scan dll)
3. **Label gelang identitas** pasien terdiri dari ; nama pasien, tanggal lahir dan nomer rekam medis
4. **Label barcode rawat jalan** digunakan bukti registrasi/ pencapaian jumlah pasien RJ label berisi : nama pasien, tanggal lahir pasien, nomor rekam medis, jenis kelamin, penanggungjawab pasien, nomor registrasi rawat jalan dan nama dokter yang dituju, tanggal registrasi dan nama penjamin
5. **Label barcode rawat inap** digunakan sebagai bukti registrasi pasien RI label berisi : nama pasien, tanggal lahir pasien, nomor rekam medis pasien, jenis kelamin, penanggungjawab pasien, nama DPJP, tanggal registrasi dan nama penjamin/ asuransi
6. **Label diet** digunakan pada diet makanan pasien, label berisi : nama pasien, tanggal lahir pasien, nomor rekam medis, jenis diet dan keterangan jika ada catatan misalnya vegetarian, alergi makanan, tidak makan makanan jenis tertentu dll
7. **Label etiket obat** pasien digunakan pada etiket obat dari farmasi, label berisi : nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medis, nama obat, dosis atau konsentrasi, cara pemakaian, waktu pemberian, tanggal disiapkan, dan tanggal kadaluarsa
8. **Untuk resep** manual menggunakan label identitas sesuai dengan keberadaan pasien di rawat inap atau rawat jalan dan IGD, jika epres menggunakan nama pasien, tanggal lahir dan no rekam medis pasien.
9. **Label spesimen** untuk penempelan pada spesimen darah, urine faeces dll

G. AUDIT GELANG

1. Audit dilakukan untuk mengetahui apakah penatalaksanaan tentang ketepatan identifikasi sudah sesuai atau belum dan dilakukan pada pasien rawat inap
2. Audit dilakukan dengan menggunakan formulir ceklist, pengambilan data sesuai dengan ketentuan waktu dan jumlah sample dan dievaluasi 2 (dua) kali setahun oleh unit

H. PELAPORAN INSIDEN/ KEJADIAN KESALAHAN IDENTIFIKASI PASIEN

1. Laporkan kepada petugas yang berwenang di ruang rawat/ instalasi jika menemukan insiden, kemudian lengkapi laporan insiden.
2. Petugas harus berdiskusi dengan Kepala Instalasi/ superfaisor atau Manajer mengenai solusi/ pemberitahuan tentang kesalahan/ masalah yang disebabkan salah identifikasi kepada keluarga/ pasien.
3. Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah :
 - a. Kesalahan penulisan alamat di rekam medis
 - b. Kesalahan informasi/ data di gelang identitas
 - c. Tidak adanya gelang identitas di pasien
 - d. Salah identifikasi data/ pencatatan di rekam medis
 - e. Salah identifikasi pemeriksaan radiologi (rontgen)
 - f. Salah identifikasi laporan investigasi
 - g. Salah identifikasi perjanjian (*appointment*)
 - h. Registrasi ganda saat masuk rumah sakit
 - i. Salah memberikan obat ke pasien
 - j. Pasien menjalani prosedur yang salah
 - k. Salah pelabelan identitas pada sampel darah
4. Kesalahan juga termasuk insiden yang terjadi akibat adanya salah identifikasi, dengan atau tanpa menimbulkan bahaya, dan juga insiden yang hampir terjadi di mana salah identifikasi terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur.
5. Beberapa penyebab umum terjadinya kesalahan identifikasi adalah:
 - a. Kesalahan pada administrasi/ tata usaha
 - 1) Salah memberikan label
 - 2) Kesalahan mengisi formulir
 - 3) Kesalahan memasukkan nomor / angka pada rekam medis
 - 4) Penulisan alamat yang salah
 - 5) Pencatatan yang tidak benar / tidak lengkap / tidak terbaca
 - b. Kegagalan verifikasi
 - 1) Tidak adekuatnya / tidak adanya protokol verifikasi

- 2) Tidak mematuhi protokol verifikasi
- c. Kesulitan komunikasi
 - 1) Hambatan akibat penyakit pasien, kondisi kejiwaan pasien, atau keterbatasan bahasa
 - 2) Kegagalan untuk pembacaan kembali
 - 3) Kurangnya kultur/ budaya organisasi
- 6. Jika terjadi insiden akibat kesalahan identifikasi pasien, lakukan hal berikut ini:
 - a. Buat laporan insiden (incident report) dengan cara mengisi formulir laporan insiden
 - b. Serahkan ke atasan langsung paling lambat 2 x 24 jam
 - c. Atasan akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan, hasil grading dapat berupa investigasi sederhana pada warna biru/ hijau, dan RCA pada warna merah/ kuning
 - d. Buat rekomendasi pada laporan kejadian hasil investigasi oleh atasan kepada Tim KPRS
 - e. Tim KPRS melakukan analisa atau regrading dan kemudian dilakukan RCA
 - f. Tim KPRS melaporkan hasil RCA kepada Direktur RS dan KNKP (Komite Nasional Keselamatan Pasien)
 - g. Tim KPRS memberikan feedback ke unit sebagai tindak lanjut untuk pembelajaran
 - h. Lakukan supervisi kepatuhan staf dalam melaksanakan identifikasi pasien

I. KEWAJIBAN DAN TANGGUNG JAWAB

(Staf RS, Staf Klinis, Seluruh Instalasi/ Kepala Perawat dan Manajer)

1. Staf Rumah Sakit

- a. Memahami dan menerapkan prosedur identifikasi pasien
- b. Melaporkan kejadian salah identifikasi ; termasuk terlepas dan hilangnya gelang identitas

2. Staf Klinis

- a. Dokter/ DPJP :

- 1) Memastikan tidak terjadi salah identitas sebelum melakukan tindakan pengobatan
 - 2) Memastikan ketepatan identifikasi pada berkas rekam medis pasien
- b. Keperawatan :
- 1) Bertanggungjawab memakaikan gelang identitas pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang identitas
 - 2) Memastikan tidak terjadi salah identitas sebelum melakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik
 - 3) Memastikan gelang identitas terpasang dengan baik, jika terdapat kesalahan data maka gelang identitas harus diganti dan bebas coretan
- c. Staf Klinis Lain :
- 1) Bertanggungjawab menerapkan prosedur identifikasi pasien dengan benar
 - 2) Memastikan tidak terjadi salah identitas sebelum melakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik

3. Kepala Instalasi/ Kepala perawat

- a. Memastikan seluruh staf di Instalasi memahami prosedur identifikasi pasien dan menerapkannya.
- b. Mengintegrasikan semua insiden kejadian salah identifikasi pasien dan memastikan terlaksananya suatu tindakan untuk mencegah terulangnya kembali insiden tersebut.

4. Manajer

- a. Memantau dan memastikan regulasi (kebijakan, panduan dan SPO) tentang ketepatan identifikasi pasien dikelola dengan baik oleh Kepala Instalasi/ Kepala Perawat dan diseluruh pelayanan
- b. Memantau dan melakukan tindak lanjut jika terjadi permasalahan yang berhubungan dengan tatalaksana identifikasi pasien

BAB IV

DOKUMENTASI

Dokumen identifikasi pasien di rumah sakit meliputi :

1. Formulir pendaftaran pasien baru di rumah sakit sebagai data dasar untuk diinput ke sistem rumah sakit.
2. Identitas pasien dengan label tetap untuk gelang identitas, BRM RJ, Sampul/ map BRM
3. Label rawat jalan untuk pelayanan pasien rawat jalan pada resep, form pemeriksaan penunjang
4. Label rawat inap untuk pelayanan pasien Rawat Inap: BRM, Resep, form pemeriksaan penunjang, makanan/ diet pasien
5. Label spesimen pemeriksaan laboratorium, form hasil pemeriksaan laboratorium
6. Label etiket obat di farmasi
7. Hasil expertise pemeriksaan radiologi, USG, EEG, EKG, MRI, CT Scan dll
8. Bukti transaksi
9. Formulir audit gelang identitas
10. Formulir ceklist transfusi
11. Formulir pemantauan pemberian transfusi
12. Formulir supervisi kepatuhan identifikasi pasien

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 3 April 2023

DIREKTUR,


 **Dharma Nugraha**
Hospital

dr. Agung Darmanto, Sp A



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP, 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

AUDIT GELANG IDENTITAS PADA PASIEN RAWAT INAP

Tanggal: _____, _____, _____

Ruang Rawat: _____

Pertanyaan		Pilihan Jawaban	1	2	3	4	5
Apakah pasien menggunakan gelang identifikasi?		Ya / Tidak					
Warna gelang pengenalan	Biru	Ya / Tidak					
	Merah Muda	Ya / Tidak					
	Lainnya	Ya / Tidak					
Warna Pin alergi	Merah	Ya / Tidak					
Warna pin risiko jatuh	Kuning	Ya / Tidak					
Apakah gelang pengenalan ini benar ?		Ya / Tidak					
Posisi gelang pengenalan	Pergelangan tangan	Ya / Tidak					
	Lainnya	Ya / Tidak					
Kesulitan gelang pengenalan	Baik	Ya / Tidak					
	Cukup	Ya / Tidak					
	Buruk	Ya / Tidak					
Tulisan berwarna hitam		Ya / Tidak					
Dapat dibaca		Ya / Tidak					
Nama depan		Ya / Tidak					
Nama akhir		Ya / Tidak					
Tanggal lahir		Ya / Tidak					
Nomor rekam medis		Ya / Tidak					
Jenis alergi		Makanan/ obat/ dll					
Tingkat risiko jatuh		Skoring					
Hal-hal yang tidak sesuai dengan ketentuan		Sebutkan:					
Petugas yang melakukan audit (Nama & tanda tangan)							



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP, 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

CEKLIST KELENGKAPAN PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH

NO	Kategori yang dilakukan pengecekan	Petugas 1		Petugas 2		Petugas 1		Petugas 2		Keterangan
Tanggal dan jam										
		Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	Ya	Tdk	
1	Identitas pasien (nama, tgl lahir & No RM)									
2	Pemberian darah sesuai dengan instruksi dokter									
3	jenis labu darah & Golongan darah									
4	No labu darah (selang, kartu, label labu)									
5	Tidak ada gumpalan / clotting									
6	Tanggal pengambilan (tuliskan tgl)									
7	Tanggal kadaluwarsa (tuliskan tanggal)									
8	Formulir permintaan labu darah									
9	Tanggal kadaluwarsa									
10	Persetujuan tindakan transfusi darah									
Nama Petugas										
Tanda Tangan Petugas										



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP, 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

OBSERVASI PEMBERIAN TRANFUSI DARAH

NO	LABU DARAH & GOL DARAH	TTV				TETESAN	REAKSI TRANFUSI & KELUHAN							Keterangan/ jam pemeriksaan
		TD	ND	SUHU	RR		Merah	Gatal	Sesak	Panas	Mengg igil	Mual/ muntah	Nyeri punggung	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														

Keterangan :

1. Observasi dilakukan sebelum dilakukan pemasangan transfusi darah
2. Observasi 15- 30 menit pemberian pertama
3. Observasi selanjutnya tiap 15-30 menit sesuai form diatas

4. Observasi setelah selesai pemberian transfusi
5. Observasi pada 4 jam setelah pemberian transfusi jika pasien masih dalam perawatan (jika pasien pulang dapat diedukasi jika ada risiko segera melaporkan ke rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 34 tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien.
3. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) PERSI 2007
4. Department of Health, Government of Western Australia. Western Australian patient identification policy 2010; 2010.
5. World Health Organization Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient identification. Dalam: Patient Safety Solutions. Volume 1. Solution 2. 2007.
6. Critical Management Solutions. Patient identification policy. [diakses tanggal 25 Februari 2012] Diunduh dari www.kraskerhc.com. 2009.
7. Mid Western Regional Hospital, Mid Western Regional Orthopaedic Hospital, Mid Western Regional Maternity Hospital. Patient identification policy and procedure; 2010.
8. Tameside Hospital NHS Foundation Trust. Patient identification policy; 2010.
9. Royal United Hospital Bath. Policy for the positive identification of patients; 2010.
10. Primary Care Provision. Patient identification policy. [diakses tanggal 25 Februari 2012]. Diunduh dari www.bolton.nhs.uk. 2009.
11. Bath and North Somerset. Patient identification policy and procedure; 2009.
12. California Association for Medical Laboratory Technology Distance Learning Program. Patient identification; 2010.

Label Identitas Jenazah

LABEL IDENTITAS PASIEN

Tanggal/ blm/ thn, jam meninggal : _____

Instalasi : _____