**PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN**

**RSUD dr. MURJANI SAMPIT**

**NOMOR:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tindakan** | **Nama** | **Jabatan** | **Tandatangan** | **Tanggal** |
| Disiapkan | dr.Pywedont, Sp.B,M.Kes | Kapokja SKP |  |  |
| Diperiksa | dr.Febby Yudha Herlambang | Wakil Direktur |  |  |
| Disetujui | dr.Denny Muda Perdana,Sp.Rad | Direktur |  |  |

PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR

RSUD dr. MURJANI SAMPIT

Jl.HM.Arsyad No.65 Sampit Telp (0531) 21010 Fax (0531) 21782

e-mail:rsdmsampit@yahoo.com

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /KPTS/DIR/RSUD-DM/I/2018

TENTANG

PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DIREKTUR RUMAH SAKIT dr.MURJANI SAMPIT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MENIMBANG | : | 1. Bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien dan mengupayakan pemenuhan Sasaran keselamatan pasien. 2. Bahwa Ketepatan identifikasi pasien merupakan salah satu kewajiban pemenuhan sasaran keselamatan pasien 3. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dr. Murjani Sampit, maka diperlukan penyelenggaraan Identifikasi pasien sesuai dengan ketentuan sasaran Keselamatan Pasien. 4. Bahwa agar Pelaksanaan Pelayanan Identifikasi p asien di Rumah Sakit dr. Murjani Sampit dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Peraturan Direktur Rumah Sakit dr. Murjani Sampit sebagai landasan bagi penyelenggaraan Pelayanan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit 5. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam 1,2,3,4 dan 5, perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Murjani Sampit tentang kebijakan Pelayanan dan Identifikasi Pasien Rumah Sakit dr.Murjani Sampit. |
| MENGINGAT  MENETAPKAN :  KESATU :  KEDUA :  KETIGA :  KEEMPAT : | :: | 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien 4. Surat Keputusan Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah Nomor: 135/JSK-2/X-2013 tentang Pemberian Izin Operasional Tetap RSUD dr.Murjani Sampit. 5. Surat Keputusan Bupati Kotawaringin Timur Nomor:SK.821.2/085/BKD-P/111/2015 tentang Pengangkatan dan Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil Dalam Jabatan di Lingkungan Pemerintahan Kabupaten Kotawaringin Timur.   MEMUTUSKAN  Panduan Nomor: /KPTS/DIR/RSUD-DM/I/2018 tentang Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah dr.Murjani Sampit.  Keputusan ini berlaku sejak tanggal diterbitkan dan akan dievaluasi minimal 1 (Satu) tahun sekali.  Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perubahan dan perbaikan, maka akan dilakukan perubahan dan perbaikan sebagiamana mestinya.  Keputusan ini berlaku sejak tanggal diterbitkan dan akan dilakukan evaluasi minimal 1 (satu) tahun sekali.  Ditetapkan di : Sampit  Tanggal : 02 Januari 2018  **Direktur**  **dr. Denny Muda Perdana, Sp.Rad**  Pembina Utama Muda  NIP.19621121 199610 1 001 |

**BAB I**

**DEFINISI**

1. PENGERTIAN

Identifikasi adalah sebuah kegiatan penempatan atau penentuan identitas seseorang atau benda pada suatu saat tertentu yang bertujuan untuk memeriksa dan menganalisa secara lebih mendalam akan sebuah hal, atau benda.

Identifikasi pasien adalah proses/ kegiatan penentuan identitas pasien pada suatu waktu tertentu guna memastikan kebenaran identitas tersebut sebelum dilakukan tindakan medik.

1. TUJUAN

Tujuan Umum

1. Sebagai Panduan dalam pemberian identifikasi pasien di rawat inap dan rawat jalan.

Tujuan Khusus

1. Memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama mendapatkan perawatan / pelayanan di rumah sakit.
2. Mencegah kejadian / kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi. Kesalahan ini dapat berupa: salah pasien, kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi, dan kesalahan pemeriksaan diagnostik.

**BAB II**

**RUANG LINGKUP**

Ruang lingkup panduan identifikasi pasien meliputi:

1. SASARAN

Sasaran identifikasi pasien meliputi semua pasien yang akan diberi pelayanan di rumah sakit, baik pasien rawat jalan (UGD, radiologi dan laboratorium) maupun pasien rawat inap.

1. TEMPAT

Identifikasi pasien dilakukan disemua tempat pelayanan pasien di rumah sakit dari pasien masuk rumah sakit sampai keluar dari rumah sakit dalam keadaan hidup maupun meninggal.

1. PELAKSANA

Identifikasi pasien harus dilakukan oleh semua tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan, analis kesehatan, radiographer, petugas rehabilitasi medik, ahli gizi), staf administrasi dan staf pendukung pelayanan kesehatan lainnya.

1. KEWAJIBAN DAN TANGGUNG JAWAB.
2. Seluruh staf Rumah Sakit
3. Memahami dan menerapkan prosedur identifikasi pasien
4. Memastikan identifikasi pasien yang benar ketika pemberian obat, darah atau produk darah, pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.
5. Melaporkan kejadian salah identifikasi pasien termasuk hilangnya gelang identitas.
6. Melaporkan dan menggantikan segera jika menemukan pasien rawat inap tanpa gelang identitas.
7. Perawat penanggung jawab pasien
8. Bertanggung jawab untuk memakaikan gelang identitas pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang identitas.
9. Memastikan gelang identitas terpasang dengan baik.
10. Tidak mencoret sticker identitas bila menemukan kesalahan.
11. Perawat IGD
12. Bertanggung jawab memakaikan gelang identitas pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang untuk pasien rawat inap.
13. Memastikan gelang identitas pasien terpasang dengan baik sebelum masuk ke rawat inap
14. Membuat / memperbaiki sticker identitas pasien apabila ditemukan sticker yang salah.
15. Bidan penerima bayi baru lahir di kamar bersalin / kamar operasi

Bertanggung jawab memakaikan gelang identitas pasien sementara pada bayi baru lahir dengan stiker nama ibu sebelum bayi mendapatkan gelang identitas dengan nomor rekam medis sendiri.

1. Kepala Ruang
2. Memastikan seluruh staf di unitnya memahami prosedur identifikasi pasien dan menerapkannya sesuai dengan aturan yang berlaku.
3. Menyelidiki semua insiden salah identifikasi pasien dan memastikan terlaksananya suatu tindakan untuk mencegah terulangnya kembali insiden tersebut.
4. Kepala Bidang
5. Memantau dan memastikan panduan identifikasi pasien dikelola dengan baik oleh kepala unit.
6. Menjaga standarisasi dalam menerapkan panduan identifikasi pasien.
7. Direksi

Menetapkan Kebijakan Keselamatan Pasien dengan salah satu sasarannya adalah Ketepatan Identifikasi Pasien.

1. Identifikasi Pasien

Secara umum, seluruh ruangan/bagian klinis (keperawatan, penunjang medik, gizi, unit khusus) maupun non klinis (admission, kasir) melakukan identifikasi dengan menggunakan beberapa cara, yaitu :

* 1. Verbal dengan menggunakan pertanyaan terbuka kepada pasien, meliputi :
     + Nama lengkap ( sesuai dengan KTP, Paspor/ SIM)
     + Tanggal lahir

Atau apabila terdapat kesamaan / ketidakjelasan identitas nama lengkap dan tanggal lahir, dapat dipergunakan identitas tambahan berupa: alamat, dan keluarga terdekat pasien.

Identifikasi verbal digunakan pada pasien rawat jalan yang kompeten (atau didampingi oleh keluarga/ petugas yang mengantar), secara khusus digunakan oleh bagian Rehabilitasi Medik, Farmasi, MCU, Laboratorium, IGD non observasi.

* 1. Visual dengan menggunakan alat bantu yang meliputi :

1. Pada pasien rawat inap : menggunakan gelang identitas pasien
2. Pada pasien rawat jalan : menggunakan Traser pendaftaran pasien

Identifikasi secara visual digunakan pada pasien rawat inap / rawat jalan yang membutuhkan tindakan medik atau observasi.

* 1. Verbal dan Visual (campuran) dengan memberikan pertanyaan terbuka dan mencocokkan dengan data yang ada seperti nomor rekam medis, gelang identitas.

Digunakan pada pasien rawat inap / rawat jalan misalnya pada proses pembagian obat, akan melakukan tindakan / prosedur tertentu.

* 1. Yang termasuk ke dalam kategori pasien tidak kompeten adalah:
     + Gangguan jiwa
     + Gangguan kesadaran
     + Retardasi mental
     + Hambatan berbicara (disartria)
     + Hambatan bahasa
     + Anak < 5 th
     + Geriatri > 80 th dengan gangguan kognitif (demensia)
     + Tuna rungu
     + Tuna wicara
     + Dalam kondisi tersedasi
     + Meninggal dunia
  2. Informasi yang tertera pada label gelang identitas pasien meliputi:
     + Nama lengkap pasien (sesuai identitas resmi: KTP/SIM/paspor)
     + Tanggal lahir
     + Nomor rekam medis
  3. Identitas tambahan pada struk pendaftaran pasien dapat berupa klinik rawat jalan yang dituju dan nama dokter konsulan.
  4. Identitas tambahan pada pemeriksaan laboratorium (blanko permintaan dan label spesimen) berupa nama dokter yang meminta pemeriksaan, jenis pemeriksaan, ruang perawatan atau kilinik spesilias rawat jalan, diagnosa.
  5. Identitas tambahan pada pemeriksaan radiologi berupa nama dokter yang meminta pemeriksaan.
  6. Identitas tambahan untuk rekam medik berupa jenis kelamin, pekerjaan, nomor yang bisa dihubungi, dan lain – lain.

1. Jenis dan warna gelang identitas pasien
2. Gelang identitas Pasien dibedakan menurut jenis kelamin dengan menggunakan warna yang berbeda. Warna merah muda untuk pasien dengan jenis kelamin perempuan dan warna biru muda sebagai penanda jenis kelamin laki-laki.
3. Gelang identitas pasangkan pada tangan yang dominan kecuali untuk neonatus, prosedur pemasangan mengikuti aturan pemasangan gelang identitas pada neonatus.
4. Apabila pasien memiliki alergi (makanan, obat atau zat tertentu), ditambahkan stiker gelang identitas warna merah dituliskan kata-kata “Alergi.
5. Untuk gelang identifikasi risiko jatuh menggunakan stiker gelang warna kuning diberikan bagi lanjut usia atau pasien dengan risiko jatuh (setelah dilakukan penilaian dengan standar yang ada), sedangkan pasien anak dibawah 5 tahun secara otomatis dinyatakan sebagai pasien risiko jatuh tetapi tidak menggunakan gelang risiko jatuh.
6. Pada pasien dengan keadaan fase terminal dimana keluarga sudah menyatakan tidak bersedia dilakukan resusitasi jika terjadi henti nafas dan henti jantung, dipasang stiker gelang ungu dituliskan DNR.
7. Proses Identifikasi

Proses identifikasi dilakukan pada saat :

1. Registrasi rawat inap
2. Registrasi rawat jalan
3. Pasien akan mendapatkan tindakan medis
4. Perpindahan pasien antar unit
5. Merujuk pasien ke rumah sakit lain
6. Sebelum pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi)
7. Sebelum penyerahan hasil penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi)
8. Sebelum transfusi darah / produk darah
9. Penyerahan organ tubuh
10. Identifikasi bayi baru lahir
11. Pembagian makanan
12. Penyerahan obat
13. Pelayanan administrasi
14. Terjadi bencana / KLB
15. Konfirmasi kematian dan penyerahan jenazah
16. Edukasi Pasien dan Keluarga

Identifikasi pasien sangat melibatkan pasien dan keluarga dalam penerapannya. Pasien dan keluarga sangat berperan aktif dalam proses identifikasi ini. Materi edukasi yang harus diberikan kepada keluarga adalah :

1. Penjelasan tentang resiko kesalahan identitas yang mungkin terjadi.
2. Meminta pasien dan keluarga untuk turut mem-verifikasi identitasnya.
3. Meminta pasien untuk aktif bertanya dan mencocokkan pemeriksaan, tindakan medis, atau obat-obatan sebelum diberikan.
4. Mendorong pasien dan keluarga untuk berperan aktif dalam keseluruhan proses identifikasi dan menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan ketepatan jenis layanan yang mereka terima.

Pada saat perawatan, perawat melakukan edukasi pemasangan gelang identitas mengenai:

1. Tujuan pemasangan gelang
2. Resiko kesalahan identitas yang mungkin terjadi
3. Partisipasi pasien dan keluarga untuk turut memastikan ketepatan identitasnya
4. Macam-macam warna gelang
5. Lokasi pemasangan gelang
6. Cara perawatan gelang
7. Meminta pasien untuk aktif bertanya dan mencocokkan pemeriksaan, tindakan medis atau obat-obatan sebelum diberikan
8. Mendorong pasien dan keluarga untuk berperan aktif dalam keseluruhan proses identifikasi dan menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan ketepatan jenis layanan yang mereka terima
9. Kapan gelang bisa dilepas

**BAB III**

**TATA LAKSANA**

1. Prinsip

Semua pasien rawat inap, rawat jalan, IGD, dan yang akan menjalani suatu prosedur harus diidentifikasi dengan benar saat masuk rumah sakit dan selama masa perawatannya.

Pada pasien rawat jalan identifikasi pasien menggunakan tanda identitas pasien yang sah seperti KTP/SIM, verifikasi dengan pasien dan atau keluarga untuk mendapatkan data pasien.

Sedangkan pada pasien rawat inap, gelang identifikasi pasien merupakan alat identifikasi yang dipasangkan kepada pasien secara individual yang digunakan sebagai identitas pasien selama dirawat di rumah sakit. Gelang Identitas pasien mempunyai warna berbeda untuk membedakan jenis kelamin, warna merah muda untuk pasien perempuan dan biru muda untuk pasien laki-laki

Kapanpun dimungkinkan, pasien rawat inap harus menggunakan gelang identitas dengan minimal 3 data yaitu nama lengkap pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medik.

Urutan identifikasi yang ditanyakan adalah nama dan tanggal lahir, jika tidak diketahui 2 data tersebut atau jika data tersebut sama dengan pasien lain, maka ditanyakan alamat rumah, nama keluarga terdekat.

Tujuan utama tanda identitas ini adalah untuk mengidentifikasi pemakainya.

Tanda identitas ini digunakan pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.

1. Cara Mengidentifikasi Pasien di Bagian Klinis

Langkah-langkah untuk melakukan identifikasi pasien di bagian klinis (Keperawatan, Penunjang Medis, Unit Khusus, Gizi) adalah sebagai berikut :

Pada pasien yang kompeten dalam berkomunikasi: tanyakan langsung kepada pasien; nama lengkap (sesuai KTP / paspor / SIM) dan tanggal lahir. Jika ada kesamaan atau tidak jelas dapatdigunakan identitas tambahan berupa :alamat tempat tinggal pasien, nama Keluarga terdekat.

Pada pasien yang tidak kompeten dalam berkomunikasi: tanyakan identitas pasien kepada keluarga dan atau petugas yang mengantar pasien.

Mencocokkan jawaban pasien / keluarga / petugas yang mengantar dengan identitas yang tertera pada gelang yang dipakai pasien (nama lengkap, tanggal lahir, no RM), charge slip pendaftaran pasien (klinik rawat jalan), label identitas pada bon permintaan pemeriksaan penunjang (bagian penunjang medik dan laboratorium).

Mencocokkan identitas pada gelang / traser pendaftaran pasien (nama lengkap, tanggal lahir, no.rekam medis) dengan label identitas pada rekam medis pasien (atau pada form permintaan pemeriksaan penunjang / struk menu makanan / buku ekspedisi pasien / buku register bayi / resep obat, dll.)

1. Cara mengidentifikasi Pasien di Bagian Non Klinis

Langkah-langkah untuk melakukan identifikasi pasien di bagian non-klinis (Admission, Administrasi Keuangan/kasir) adalah sebagai berikut:

1. Pada pasien yang kompeten dalam berkomunikasi:
   * + Tanyakan langsung kepada pasien:nama lengkap (sesuai KTP / paspor / SIM) dan tanggal lahir.
     + Jika ada kesamaan atau tidak jelas dapat digunakan identitas tambahan berupa :
     1. alamat tempat tinggal pasien
     2. Nama keluarga terdekat
2. Pada pasien yang tidak kompeten dalam berkomunikasi:

* Tanyakan identitas pasien kepada keluarga dan / atau petugas yang mengantar pasien.

1. Mencocokkan jawaban pasien / keluarga / petugas yang mengantar dengan identitas yang tertera pada: KTP / SIM / Paspor (Admission) atau traser Slip Pasien
2. Pada bagian pendaftaran dapat dikonfirmasi dengan Kartu Pasien jika pasien pernah berobat di Rumah Sakit.
3. Khusus bagian Administras Keuangan/ Kasir : Mencocokkan label identitas pada charge slip (nama lengkap, tanggal lahir, no RM) dengan label identitas padalembar rincian biaya perawatan.
4. Prosedur yang Membutuhkan Identifikasi Pasien dengan Benar
5. Prosedur identifikasi pasien diperlukan saat :
6. Pasien masuk rawat inap
7. Pasien masuk rawat jalan
8. Pasien akan mendapatkan tindakan medis
9. Perpindahan pasien antar unit
10. Merujuk pasien ke rumah sakit lain
11. Sebelum pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi)
12. Sebelum penyerahan hasil penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi)
13. Sebelum transfusi darah / produk darah
14. Penyerahan organ tubuh
15. Identifikasi bayi baru lahir
16. Pembagian makanan
17. Penyerahan obat
18. Pelayanan administrasi
19. Terjadi bencana / KLB
20. Konfirmasi kematian dan penyerahan jenazah
21. Para staf rumah sakit harus mengkonfirmasi identifikasi pasien dengan benar dengan cara aktif / pasif dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien, kemudian membandingkannya dengan yang tercantum di rekam medis dan gelang identitas. **Jangan** menyebutkan nama, tanggal lahir dan meminta pasien untuk mengkonfirmasi dengan jawaban ya / tidak (gunakan kalimat terbuka ).
22. **Jangan melakukan prosedur** apapun jika pasien tidak memakai gelang identitas. Gelang identitas harus dipakaikan ulang oleh perawat yang bertugas menangani pasien secara personal sebelum pasien menjalani suatu prosedur.
23. Prosedur Pemakaian Gelang Identitas
24. Semua pasien harus diidentifikasi dengan benar sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.
25. Pakaikan gelang identitas di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan dan pastikan gelang tepasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
26. Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi di mana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang identitas dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien, di Form Catatan Perkembangan Pasien Terintregasi, Form Pemeberian Obat, Form Laboratorium, Catatan Diet Pasien. Gelang identitas harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.
27. Pada kondisi tidak memakai baju, gelang identifikasi harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien pada *integrated note*.
28. Pada kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk di pasang gelang identifikasi ( contoh : pasien dengan luka bakar pada ekstremitas danbadan) maka tidak perlu dipasang gelang identitas, sebagai bukti identitas pasien dengan foto pasien pada saat di rawat, yang ditempel di rekam medik pasien (cover rekam medic).
29. Gelang identitas hanya boleh dilepas saat pasien keluar/pulang dari rumah sakit, atau saat pasien menjalani suatu prosedur dimana Gelang Identitas Pasien mengganggu, saaat prosedur selesai Gelang Identitas harus dipasang kembali
30. Gelang identitas pasien tertempel barcode yang mencakup 3 **detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
31. Nama lengkap pasien
32. Tanggal lahir pasien (tanggal/bulan/tahun) jika tidak tahu tanggal lahir maka ditulis tanggal masuk Rumah Sakit
33. Nomor rekam medis pasien
34. Kancing gelang warna merah pada gelang identitas untuk identifikasi alergi yaitu pasien yang alergi tertentu, yang selanjutnya di dokumentasikan pada integrated notedan di map status pasien ditempel stiker alergi.
35. Kancing gelang warna kuning pada gelang identitas untuk identifikasi pasien jatuh dan di status pasien di tempel sticker kuning penanda jatuh.
36. Data lainnya adalah warna gelang identitas sesuai jenis kelamin pasien (warna biru untuk pasien laki-laki, warna merah muda untuk pasien perempuan, warna putih untuk jenis kelamin bayi yang belum bisa di tentukan).
37. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
38. Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang identifikasi. Ganti gelang identifikasi jika terdapat kesalahan penulisan data.
39. Jika gelang identifikasi terlepas, segera berikan gelang identifikasi yang baru.
40. Gelang Identifikasi harus dipakai oleh semua pasien selama perawatan di rumah sakit.
41. Jelaskan prosedur identifikasi dan tujuannya kepada pasien.
42. Periksa ulang datadi gelang identifikasi sebelum dipakaikan ke pasien.
43. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: ‘Siapa nama Anda?’ (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti ‘Apakah nama anda Ibu Susi?’)
44. Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa), verifikasi identitas pasien kepada keluarga / pengantarnya. Jika mungkin, gelang identitas jangan dijadikan satu-satunya bentuk identifikasi sebelum dilakukan suatu intervensi. Tanya ulang nama dan tanggal lahir pasien, kemudian bandingkan jawaban keluarga/pengantar pasien dengan data yang tertulis di gelang identitasnya.
45. Semua pasien rawat inap dan yang akan menjalani prosedur menggunakan minimal 1 gelang identifikasi.
46. Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identifikasi terpasang dengan baik.
47. Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.
48. Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang identifikasi:
49. Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab, seperti:
    * 1. Menolak penggunaan gelang identifikasi
      2. Gelang identifikasi menyebabkan iritasi kulit
      3. Gelang identifikasi terlalu besar
      4. Pasien melepas gelang identifikasi
50. Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang identifikasi tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis di *integrated note*.
51. Jika pasien menolak penggunaan gelang identifikasi, lakukan identifikasi dengan menanyakan nama dan tanggal lahir, kemudian bandingkan jawaban pasien dengan data yang tertulis di rekam medis pasien.
52. Tatalaksana Identifikasi
53. Identifikasi Pasien yang Menjalani Tindakan Operasi
    1. Petugas Rumah Sakit di kamar operasi harus mengkonfirmasi identitas pasien
    2. Jika diperlukan untuk melepas gelang identifikasi selama dilakukan operasi, perawat di kamar operasi bertanggungjawab melepas dan memasang kembali gelang identifikasi pasien.
    3. Gelang identifikasi yang dilepas harus ditempelkan di depan rekam medis pasien
54. Identifikasi Pasien yang akan Dilakukan Pengambilan dan Pemberian Darah (Transfusi Darah)
55. Identifikasi, pengambilan, pengiriman, penerimaan, dan penyerahan komponen darah (transfusi) merupakan tanggung jawab petugas Rumah Sakit yang mengambil darah.
56. Dua orang petugas Rumah Sakit yang kompeten harus memastikan kebenaran: data demografik pada kantong darah, jenis darah, golongan darah pada pasien dan yang tertera pada kantong darah, waktu kadaluarsanya, dan identitas pasien pada gelang identitas.
57. Petugas Ruma Sakit harus meminta pasien untuk menyebutkan nama dan tanggal lahirnya.
58. Jika petugas Rumah Sakit tidak yakin / ragu akan kebenaran identitas pasien, **jangan** lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.
59. Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neonatus
60. Gunakan 2 (dua) gelang identitas, 1(satu) gelang identitas ibu dan 1(satu) gelang identitas bayi di ekstremitas yang berbeda.
61. Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang identitas 1 (satu) tertulis :nama bayi (By.Ny Mawar ), tanggal dan jam lahir bayi, nomor rekam medis bayi, gelang identitas 2 (dua) tertulis : nama ibu (Ny.mawar), tanggal lahir,nomor rekam medis.
62. Jika bayi baru lahir kembar dan belum di beri nama,data di gelang identitas 1 (Satu) tertulis : nama bayi (By.Ny Mawar 1,By.Ny Mawar 2,dst) tanggal dan jam lahir bayi,nomor rekam medik, gelang identitas 2 (dua) tertulis : nama ibu (Ny.Mawar), tanggal lahir, nomor rekam medis.
63. Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang identitas 1 (satu) diganti dengan data identitas bayi yang baru (By.Ny Mawar diganti By.Melati).
64. Gunakan gelang identitas berwarna **merah muda** untuk bayi perempuan, **biru** untuk bayi laki-laki
65. Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang identitas dengan **warna putih.**
66. Identifikasi Pasien Rawat Jalan
67. Pasien tidak perlu menggunakan gelang identitas
68. Sebelum melakukan suatu prosedur/ terapi, tenaga medis/ perawat harus menanyakan identitas pasien dengan cara meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahir. Data ini harus dikonfirmasi dengan yang tercantum pada rekam medis.
69. Jika pasien adalah rujukan dari dokter umum / puskesmas / layanan kesehatan lainnya, surat rujukan harus berisi identitas pasien berupa nama lengkap, tanggal lahir, dan alamat. Jika data ini tidak ada, petugas Rumah Sakit meminta kartu identitas pasien, sehingga prosedur / terapi bisa dilaksanakan.
70. Jika pasien rawat jalan tidak dapat mengidentifikasi dirinya sendiri, verifikasi data dengan menanyakan keluarga / pengantar pasien.
71. Identifikasi Pasien One Day Care (ODC )
    1. Pasien ODC menggunakan gelang identitas
    2. Petugas Rumah Sakit di pelayanan ODC harus mengkonfirmasi identitas pasien.
    3. Sebelum melakukan suatu prosedur/ terapi, tenaga medis/ perawat harus menanyakan identitas pasien dengan cara meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahir.
    4. Jika diperlukan untuk melepas gelang identifikasi, perawat di pelayanan ODC bertanggungjawab melepas dan memasang kembali gelang identifikasi pasien.
    5. Gelang identifikasi yang dilepas harus ditempelkan di depan rekam medis pasien.
72. Identifikasi Nama Pasien yang Sama di Ruangan Rawat Inap
73. Jika terdapat pasien dengan nama yangsama, harus diinformasikan kepada perawat yang bertugas setiap kali pergantian jaga.
74. Berikan label / penanda berupa ‘nama sama ’di rekam medis pasien.
75. Identifikasi Pasien yang Identitasnya Tidak Diketahui
76. Pasien akan dipakaikan gelang identitas menurut prosedur RSUD dr. Murjani sampit sampai pasien dapat diidentifikasi dengan benar.

Contoh identifikasi yang diberikan berupa: Tn X, tanggal masuk RS dan nomor rekam medis atau Ny Y, tanggal masuk RS dan nomor rekam medis.

1. Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, berikan gelang identitas baru dengan identitas yang benar.
2. Identifikasi Pasien yang masukke IGD secara masal
   1. Pasien akan dipakaikan gelang identitas menurut prosedur RSUD dr. Murjani sampit sampai situasi dan kondisi yang sudah memungkinkan pasien dapat diidentifikasi dengan benar.

Contoh identifikasi yang diberikan berupa:

Tn X 1, tanggal masuk RS, nomor rekam medis

TnX2, tanggal masuk RS, nomor rekam medis, dst

Ny Y1,tanggalmasuk RS, nomor rekam medis

Ny Y 2, tanggal masuk RS, nomor rekam medis,dst

* 1. Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, berikan gelang identitas baru dengan identitas yang benar.

1. Identifikasi Pasien Dengan Gangguan Jiwa
2. Pasien gangguan jiwa harus menggunakan gelang identitas.
3. Akan tetapi terdapat hal-hal seperti kondisi pasien atau penanganan pasien yang menyebabkan sulitnya mendapat identitas pasien dengan benar sehingga perlu dipertimbangkan untuk menanyakan identitas pasien kepada keluarga/ pendamping.
4. Identifikasi pasien dilakukan oleh petugas Rumah Sakit untuk mengidentifikasi pasien, dan lakukan pencatatan di rekam medis.
5. Pada kondisi di mana petugas Rumah Sakit tidak yakin / tidak pasti dengan identitas pasien (misalnya saat pemberian obat), petugas Rumah Sakit dapat menanyakan nama dan tanggal lahir pasien (jika memungkinkan) dan dapat dicek ulang pada gelang identitas pasien dan atau rekam medis.
6. Jika terdapat ≥ 2 pasien dengan nama yang sama di ruang rawat, berikan label / penanda berupa ‘nama sama’ di rekam medis pasien.
7. Identifikasi Pasien yang Meninggal
8. Pasien yang meninggal di ruang rawat RSUD dr Murjani harus dilakukan konfirmasi terhadap identitasnya dengan gelang identitas dan rekam medis (sebagai bagian dari proses verifikasi kematian).
9. Semua pasien yang telah meninggal, gelang identitas pasien dilepas di ruang perawatan dan dipasang Kartu Identitas Jenazah pada kaki jenazah yang tertulis nama, tanggal lahir, nomer rekam medik dan alamat pasien.
10. Kartu identitas jenazah akan di pasang pada kain kafan apabila pasien yang meninggal sudah dimandikan di rumah sakit.
11. Identifikasi pasien bagian Gizi dilakukan dengan:
12. Pembuatan daftar menu pasien baik lisan maupun tulisan saat pasien baru masuk atau bila ada perubahan diet pasien.
13. Pada saat petugas gizi akan mempersiapkan makanan di pantry, petugas gizi menempelkan stiker identitas pasien yang berisi nama pasien, nomor rekam medis, kamar, kelas, tanggal dan diet yang diberikan.
14. Saat akan menyerahkan makanan di meja pasien, petugas gizi meminta pasien untuk menyebutkan nama dan tanggal lahir.
15. Bila sudah sesuai dengan identitas pasien, petugas gizi menjelaskan gizi yang diberikan kepada pasien.
16. Identifikasi Serah Terima Potongan Tubuh / Jaringan Pasien
17. Hasil operasi yang berupa potongan tubuh pasien atau jaringan yang akan diperiksakan ke Laboratorium PA ditunjukkan kepada keluarga terlebih dahulu, sedangkan potongan tubuh/ jaringan yang akan diserahkan kepada keluarga terlebih dahulu dilakukan identifikasi.
18. Hasil Operasi berupa potongan tubuh pasien /jaringan yang akan diserahkan kepada keluarga dimasukkan dalam tempat yang disesuaikan dengan ukuran potongan jaringan. Bila potongan tubuh berukuran kecil ditempatkan pada bokal, bila potongan tubuh berukuran besar ditempatkan pada plastik kuning kemudian diberi label Stiker pasien ditunjukkan kepada keluarga dengan terlebih dahulu melakukan identifikasi terhadap keluarga yang akan melakukan serah terima.
19. Potongan tubuh yang akan diperiksa / PA dimasukkan dalam bokal direndam dengan formalin 10%, sedangkan potongan tubuh yang akan diperiksakan kromosom direndam dalam bokal steril dengan cairan NaCl 0,9%, antibiotic sesuai dengan instruksi dokter dan heparin, kemudian diberi label stiker pasien dan dikirim ke Laboratorium sesuai dengan SPO Penerimaan Sampel / Bahan PA dari Unit Keperawatan ke Unit Laboratorium.
20. Petugas kamar bedah menanyakan Identitas pasien sesuai prosedur kepada keluarga, dan meminta Kartu Identitas keluarga untuk dicatat nomor kartu Identitas dalam buku register serah terima Jaringan.
21. Petugas kamar bedah menjelaskan potongan tubuh atau jaringan dan menanyakan kepada keluarga apakah potongan tubuh/Jaringan hasil operasi akan dibawa pulang atau tidak, jika akan dibawa pulang maka petugas menjelaskan bahwa jaringan tersebut harus dikubur, tetapi jika keluarga tidak membawa pulang dan meminta petugas kamar bedah untuk mengelola maka dijelaskan bahwa potongan tubuh tersebut akan dilakukan pemusnahan/ pembuangan melalui pihak ketiga yang telah bekerjasama dengan rumah sakit.
22. Potongan tubuh yang akan diserahkan kepada keluarga diberi identitas berupa nama lengkap, nomor rekam medism tanggal lahir, jenis kelamin dan bagian tubuh yang diserahkan.
23. Jika keluarga setuju maka kaluarga harus menandatangani surat pernyataan setuju dilakukan pemusnahan.
24. Identifikasi Pasien saat Pelayanan Rehabilitasi Medik

* Rawat Jalan

1. Petugas Rehabilitasi Medik harus menanyakan kepada pasien/ pengantar pasien : nama pasien, tanggal lahir, dan mencocokkan dengan lembar permintaan Rehab yang di dalamnya terdapat identitas pasien, no rekam medis, jenis kelamin dan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan.
2. Petugas Rehabilitasi Medik akan menginput data tindakan Rehab, dengan mencocokkan lembar permintaan.
3. Petugas mengidentifikasi pasien dengan menanyakan nama pasien dan tanggal lahir sebelum melakukan tindakan rehabilitasi medik.
4. Petugas melakukan tindakan rehabilitasi medik sesuai dengan permintaan dokter spesialis.
5. Petugas mengarahkan pasien untuk ke kasir untuk menyelesaikan administrasi setelah selesai dilakukan tindakan rehab medik dengan menyertakan charge slip tindakan.

* Rawat Inap

1. Perawat memberitahukan ke petugas Rehab Medik bahwa ada pasien yang akan dilakukan tindakan fisiotherapi/ rehab medik.
2. Petugas Rehabilitasi Medik melakukan identifikasi pasien dengan meminta pasien untuk menyebutkan nama dan tanggal lahir pasien sebelum melakukan tindakan fisiotherapy dan membandingkan dengan gelang pasien dan formulir permintaan fisiotherapy.
3. Petugas Rehabilitasi Medik melakukan dokumentasi di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi dan membuat charge slip serta melakukan input data di computer.
4. Identifikasi Jenazah
5. Pasien Meninggal dengan Identitas jelas
6. Rawat Jalan

* Pasien rawat jalan yang meninggal, dipasang Gelang Identitas Pasien sesuai dengan rekam medic.

1. Rawat Inap

* Pasien Rawat Inap yang meninggal, Gelang Identitas Pasien tetap terpasang, jangan dilepaskan.
* Saat jenazah diserahterimakan ke kamar jenazah, dilakukan identifikasi campuran dengan membandingan gelang identitas dengan keluarga pasien.

1. Pasien meninggal tanpa identitas di UGD

* Pasien rawat jalan yang meninggal, dipasang Gelang Identitas Pasien yang berisikan

3 detail data yaitu Tn. X atau Ny. Y, L / P sesuai identifikasi jenis kelamin dari petugas admission, tanggal masuk RS sesuai dengan standar yang seharusnya.

1. Identifikasi Saat Serah Terima Jenasah
2. Jenasah yang sudah diberi / memakai Identitas Pasien dibawa oleh petugas ruangan yang bersangkutan ke kamar Jenazah.
3. Pada saat keluarga pasien yang meninggal akan mengambil jenasah untuk dibawa pulang, dilakukan Identifikasi verifikasi oleh petugas Keamanan dengan menanyakan nama Jenasah, tanggal lahir atau alamat. Dicocokkan dengan Gelang Identitas
4. Petugas mencatat identitas keluarga yang mengambil jenasah sesuai Identitas yang tertera pada KTP
5. Pelepasan Gelang Identitas pada Jenasah dilakukan oleh petugas sekuriti, disaksikan dan diverifikasi oleh keluarga, saat jenasah akan dimasukkan ke dalam ambulan Jenasah untuk dilakukan transportasi rumah duka
6. Identifikasi Pasien Saat Terjadi Bencana
7. Pasien akan dilabel sebagai Tn. X bila pasien adalah laki-laki, Ny. Y bila pasien adalah perempuan, An. X bila pasien anak laki-laki dan An. Y bila pasien anak perempuan , kemudian diberikan nomor di belakangnya sebagamana urutan masuk ke rumah sakit.

Contoh : Tn. X1, Tn X2, dst jika laki – laki atau Ny. Y1, Ny. Y2, … dst jika perempuan, An. X1, An. X2 bila pasien adalah anak laki-laki dan An. Y1, An. Y2 bila pasien adalah anak perempuan.

1. Tanggal yang tercantum pada gelang adalah tanggal saat masuk ke RS
2. No RM diberikan jika sudah ada identitas yang benar dan bencana sudah teratasi
3. Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, berikan gelang identitas baru dengan identitas yang benar.
4. Identifikasi Saat Pelayanan Farmasi
5. Rawat Jalan
6. Pasien / pengantar pasien rawat jalan menyerahkan resep kepada petugas farmasi dan petugas farmasi harus memverifikasi terlebih dahulu dengan menanyakan nama pasien, tanggal lahir pasien.
7. Petugas Farmasi memberikan harga sesuai dengan jumlah obat yang diresepkan kepada pasien. Selanjutnya pasien dipersilakan ke kasir untuk membayar biaya obat.
8. Pada saat menyiapkan obat, petugas farmasi harus selalu memperhatikan 6 benar (nama pasien, jenis obat, indikasi, dosis obat, cara pemakaian, dan efek samping obat) sampai pada saat akan diserahkan kepada pasien.
9. Petugas farmasi melakukan *double check independent* pada obat yang termasuk HAM (*High Alert Medications*) atau LASA (*Look Alike Sound Alike*) dengan petugas yang lebih senior
10. Saat akan mengambil obat petugas harus mencocokkan dan menanyakan identitas yang ada di kuitansi, resep obat, dan kemasan obat.
11. Macam-macam Gelang Identifikasi

Gelang identifikasi pasien yang tersedia di RSUD dr. Murjani Sampit adalah sebagai berikut :

* + 1. Gelang berwarna merah muda/ pink untuk pasien berjenis kelamin perempuan.
    2. Gelang berwarna biru untuk pasien berjenis kelamin laki-laki.
    3. Gelang berwarna putih untuk pasien bayi baru lahir dengan jenis kelamin yang sulit ditentukan.
    4. Kancing gelang berwarna merah untuk pasien dengan alergi tertentu.

Catatan : Semua pasien harus ditanyakan apakah mereka memiliki alergi tertentu. Semua jenis alergi harus dicatat pada rekam medis pasien (*pada integrated note*) dan dibubuhkan stempel alergi.

1. Melepas Gelang Identifikasi
2. Gelang identitas (Gelang Pink/ Gelang Biru/ Gelang Putih), hanya dilepas saat pasienpulang atau keluar dari rumah sakit.
3. Kancing gelang untuk alergi (Merah), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
4. Kancing gelang untuk risiko jatuh (Kuning), dilepas saat skor resiko jatuh pasien rendah.
5. Yang bertugas melepas gelang identifikasi adalah perawat yang bertanggungjawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit (PPJP).
6. Gelang identifikasi dilepas setelah semua proses selesai dilakukan. Proses ini meliputi: pemberian obat-obatan kepada pasien dan pemberian penjelasan mengenai rencana perawatan selanjutnya kepada pasien dan keluarga.
7. Terdapat kondisi-kondisi yang memerlukan pelepasan gelangidentifikasi sementara (saat masih dirawat di rumah sakit), misalnya lokasi pemasangan gelang identifikasi mengganggu suatu prosedur. Segera setelah prosedur selesai dilakukan, gelang identifikasi dipasang kembali.
8. Pelaporan Insiden/ Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien
9. Setiap petugas Rumah Sakit yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada KKPRS ( Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) sesuai dengan alur yang sudah di tentukan.
10. Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah:
    1. Kesalahan penulisan alamat di rekam medis
    2. Kesalahan informasi / data di gelang identitas
    3. Tidak adanya gelang identitas di pasien
    4. Kesalahan identifikasi data / pencatatan di rekammedis
    5. Kesalahan identifikasi pemeriksaan radiologi (rontgen)
    6. Kesalahan identifikasi laporani nvestigasi
    7. Kesalahan identifikasi perjanjian (*appointment*)
    8. Registrasi ganda saat masuk rumah sakit
    9. Salah memberikanobatkepasien
    10. Pasien menjalani prosedur yang salah
    11. Salah pelabelan identitas pada sampel darah
11. Kesalahan juga termasuk insiden yang terjadi akibat adanya kesalahan identifikasi, dengan atau tanpa menimbulkan bahaya, dan juga insidens yang hampir terjadi di mana kesalahan identifikasi terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur.
12. Beberapa penyebab umum terjadinya kesalahan identifikasi adalah:
    1. Kesalahan pada administrasi / tata usaha
13. Salah memberikan label
14. Kesalahan mengisi formulir
15. Kesalahan memasukkan nomor / angka pada rekam medis
16. Penulisan alamat yang salah
17. Pencatatan yang tidak benar / tidak lengkap / tidak terbaca
    1. Kegagalan verifikasi
18. Tidak adekuatnya / tidak adanya protokol verifikasi
19. Tidak mematuhi protocol verifikasi
    1. Kesulitan komunikasi
20. Hambatan akibat penyakit pasien,kondisi kejiwaan pasien, atau keterbatasan bahasa
21. Kegagalan untuk pembacaan kembali
22. Kurangnya kultur / budaya organisasi
23. Jika terjadi insidens akibat kesalahan identifikasi pasien, lakukan hal berikut ini:
    1. Pastikan keamanan dan keselamatan pasien
    2. Pastikan bahwa tindakan pencegahan cedera telah dilakukan

Jika suatu prosedur telah dilakukan pada pasien yang salah atau dilakukan di tempat yang salah, para klinisi harus memastikan bahwa langkah-langkah yang penting telah diambil untuk melakukan prosedur yang tepat pada pasien yang tepat.

**BAB IV**

**DOKUMENTASI**

Panduan ini berisi SPO sebagai berikut :

1. SPO identifikasi pasien

2. SPO pemasangan gelang identifikasi pasien rawat inap

3. SPO pelepasan gelang identifikasi pasien rawat inap

4. SPO pemasangan foto pasien

5. SPO pemasangan kancing alergi

6. SPO pemasangan kancing DNR

7. SPO pemasangan label nama sama