



PEMERINTAH KABUPATEN BLORA
RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU

Jl. Ronggolawe 50 Telp. (0296) 421026 Fax: 424373
E-mail: rs.soeprapto.cephu@gmail.com
CEPU - 58311



KEPUTUSAN DIREKTUR
RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU KABUPATEN BLORA
NOMOR : 445/104.3/XI/2022

TENTANG

PEDOMAN IDENTIFIKASI PASIEN
DI RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU

DIREKTUR RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU,

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit menerapkan proses untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien dalam upaya mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan;
- b. bahwa agar pelaksanaan identifikasi pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soeprapto Cepu dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Pedoman Identifikasi Pasien;
- c. bahwa untuk melaksanakan maksud tersebut diatas perlu diterbitkan Keputusan Direktur tentang Pedoman Identifikasi Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soeprapto Cepu.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit ;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
4. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1128 Tahun 2022 tentang Standart Akreditasi Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU TENTANG PEDOMAN IDENTIFIKASI PASIEN di RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU

Pasal 1

Identifikasi pasien adalah suatu proses untuk mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan diberi layanan, tindakan atau pengobatan serta untuk mencocokkan layanan atau perawatan yang akan diberikan dengan pasien yang akan menerima layanan.

Pasal 2

1. Identitas utama pasien RSUD Dr. R Soeprapto Cepu adalah Nama pasien sesuai E-KTP, Tanggal Lahir dan Nomer Rekam Medis serta NIK (nomor induk kependudukan) yang ada di Kartu Keluarga (bagi WNI) atau Pasport (bagi WNA);
2. Dalam pelaksanaan proses identifikasi menyebutkan dua dari empat identitas.

Pasal 3

Proses Identifikasi pasien dilakukan pada saat:

1. Melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, melakukan terapi radiasi);
2. Melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena);
3. Sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang dan tindakan radiologi diagnostik);
4. menyajikan makanan pasien.

Pasal 4

Proses identifikasi pasien RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu dengan cara :

1. Pasien Rawat Jalan : Kartu Identitas Berobat;
2. Pasien Rawat Inap : Gelang Identitas Pasien.

Pasal 5

Peraturan Direktur ini berlaku mulai tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Cepu

Pada tanggal, 21 November 2022

DIREKTUR

RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU

KABUPATEN BLORA



FATKHUR ROKHIM

Lampiran : Keputusan Direktur RSUD dr. R.
Soeprapto Cepu Kabupaten Blora
Nomor : 445/104.3/XI/2022
Tanggal : 21 November 2022

**PEDOMAN IDENTIFIKASI PASIEN
DI RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU
KABUPATEN BLORA**



Jl. Ronggolawe No.50 Telp. (0296) 421026 Fax. 424373
E-mail: rs.soeprapto.cepu@gmail.com
CEPU - 58311

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan (safety) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (safety) di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien (patient safety), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (green productivity) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Ke lima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan, dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra rumah sakit.

Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan terjadinya KTD.

Kekeliruan mengidentifikasi pasien terjadi hampir di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Dalam keadaan pasien masih dibius, mengalami disorientasi atau belum sepenuhnya sadar; mungkin pindah tempat tidur, pindah kamar, atau pindah lokasi di dalam rumah sakit; mungkin juga pasien memiliki cacat indra atau rentan terhadap situasi berbeda yang dapat menimbulkan kekeliruan pengidentifikasian. Dengan data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien.

Mengingat keselamatan pasien pada sasaran identifikasi pasien sudah menjadi tuntutan masyarakat dan berdasarkan atas latar belakang itulah maka pelaksanaan program keselamatan pasien khususnya Identifikasi pasien di RSUD Dr. R Soeprpto Cepu perlu dilakukan. Untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan RSUD Dr. R Soeprpto Cepu terutama didalam melaksanakan identifikasi pasien sangat diperlukan suatu pedoman yang jelas sehingga insiden keselamatan pasien dapat dicegah sedini mungkin.

B. Pengertian

1. Identifikasi pasien adalah suatu proses untuk mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan diberi layanan, tindakan atau pengobatan serta untuk mencocokkan layanan atau perawatan yang akan diberikan dengan pasien yang akan menerima layanan.

2. Konfirmasi adalah suatu proses untuk memastikan kebenaran identitas pasien. Konfirmasi dilakukan dengan meminta pasien menyebutkan secara aktif nama lengkap dan tanggal lahir/umur dan petugas mencocokkan kebenaran identitas tersebut pada data identitas yang tertulis pada gelang pasien (pasien rawat inap) atau pada Kartu Identitas Berobat (pasien rawat jalan).
3. Verifikasi merupakan suatu rangkaian proses untuk mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan serta untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Proses verifikasi ini menggunakan beberapa dokumen pendukung.

C. Tujuan

Mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan diberi layanan, tindakan atau pengobatan tertentu secara tepat.

Mencocokkan layanan atau perawatan yang akan diberikan dengan pasien yang akan menerima layanan.

BAB II

RUANG LINGKUP

Pedoman ini diterapkan kepada :

Pasien RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu: pasien rawat inap, pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD), dan pasien rawat jalan.

Pelaksana pedoman di RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu: tenaga kesehatan (medis, perawat, farmasi, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya), staf di ruang rawat (staf administratif, dan staf pendukung dll) yang bekerja di rumah sakit.

BAB III

TATA LAKSANA

A. Prinsip Identifikasi Pasien

1. RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu memiliki tanggung jawab untuk melakukan identifikasi kepada pasien dengan cara melakukan konfirmasi dan verifikasi identitas pasien secara tepat dan benar.
2. Identitas utama pasien RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu adalah : Nama pasien sesuai E-KTP, Tanggal Lahir, Nomor Rekam Medis dan NIK (Nomor Induk Kependudukan) yang ada di Kartu Keluarga (bagi WNI) atau Pasport (bagi WNA).
3. Dalam pelaksanaan proses identifikasi menyebutkan dua dari empat identitas.
4. Riwayat alergi pasien dan resiko jatuh diidentifikasi sejak awal pasien masuk ke RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu sebagai bagian dari proses identifikasi pasien.
5. Seluruh pasien menerima penjelasan pentingnya identifikasi pasien sebagai prinsip dalam Keselamatan Pasien.
6. Seluruh staf RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu memahami dan menerapkan prinsip-prinsip identifikasi pasien secara benar sesuai peraturan yang berlaku di RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu.
7. Seluruh staf RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu memahami dan mampu melaporkan kejadian/kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi pasien.
8. Proses Identifikasi pasien dilakukan pada saat:
 - a. Melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, melakukan terapi radiasi);
 - b. Melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena);
 - c. Sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang dan tindakan radiologi diagnostik);
 - d. menyajikan makanan pasien
9. Pada situasi khusus pasien juga dilakukan proses identifikasi yaitu pada pasien koma, bayi baru lahir dan pada saat terjadi darurat bencana.
10. Identifikasi juga digunakan pada sampel darah dan sampel patologi, nampan makanan pasien, label ASI yang disimpan untuk bayi yang dirawat.

B. Proses Identifikasi Awal Pasien

1. Proses identifikasi Pasien RSUD. RSUD Dr. R Soeprapto Cepu diawali sejak penerimaan dan pendaftaran sebagai Pasien Rawat Inap, Pasien Rawat Jalan atau Pasien Gawat Darurat oleh Petugas yang bertugas pada saat itu, dengan cara :
 - Pasien Rawat Jalan : Kartu Identitas Berobat.

- Pasien Rawat Inap : Gelang Identitas Pasien.
- 2. Tanyakan identitas pasien dengan menggunakan pertanyaan terbuka, contoh: “mohon maaf bisa disebutkan nama dan tanggal lahir bapak/ibu?”.
- 3. Petugas jangan menyebutkan nama/umur pasien dan meminta pasien untuk mengkonfirmasi dengan jawaban “ya/tidak”.
- 4. Pertemuan pertama petugas dengan pasien, setiap petugas harus memperkenalkan diri, dan kemudian secara verbal menanyakan nama pasien, secara visual melihat gelang pasien.
- 5. Pertemuan berikutnya dapat melihat secara visual saja kegelang pasien, dua diantara 4 identitas pasien.

C. Gelang Identitas Pasien

1. Ketentuan Umum

- a. Gelang Identitas harus dipakai oleh semua pasien selama perawatan di rumah sakit dan hanya boleh dilepas saat pasien pulang dari RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu.
- b. Pemakaian gelang Identitas pasien diwajibkan untuk pasien rawat inap, pasien di Instalasi Gawat Darurat.
- c. Penulisan Gelang Identitas Pasien :
 - 1) Pada gelang Identitas pasien, tertulis 3 dari 4 identitas utama, yaitu nama pasien sesuai E-KTP, tanggal lahir dan nomor Rekam Medis pasien.
 - 2) Penulisan nama tidak boleh disingkat, sesuai dengan yang tertulis di rekam medis pasien.
 - 3) Tidak diperkenankan mencoret dan menulis ulang di gelang pengenalan. Ganti gelang Identitas jika terdapat kesalahan penulisan data.
 - 4) Warna Pada Gelang Identitas
Gelang Identitas digunakan sesuai dengan jenis kelaminnya, gelang identitas berwarna biru muda untuk pasien laki-laki, gelang identitas berwarna merah muda (Pink) untuk pasien perempuan, gelang Identitas berwarna putih untuk pasien bayi yang belum diketahui identitas/jenis kelaminnya.
 - 5) Selain gelang Identitas, pasien juga mendapat penanda tambahan lain, yaitu :
 - a) Jika pasien memiliki alergi, tambahkan stiker alergi berwarna merah.
 - b) Jika pasien memiliki risiko jatuh tinggi, tambahkan stiker berwarna kuning.
 - c) Pada pasien DNR (Do Not Resuscitate) pasien menggunakan stiker berwarna ungu.
- d. Pemasangan Gelang Identitas Pasien :
 - 1) Gelang Identitas dipasang pada pergelangan tangan pasien yang dominan, kecuali tangan yang dominan tersebut akan dilakukan tindakan.

- 2) Jika gelang identitas rusak dan terlepas, petugas yang mendapati hal tersebut bertanggungjawab untuk segera memberikan dan memasang gelang pengenal baru.
 - 3) Pasien diminta untuk mengkonfirmasi kebenaran data identitas yang tertulis pada gelang identitas. Apabila pasien tidak mampu melakukan konfirmasi data identitas tersebut, konfirmasi dilakukan terhadap keluarga/pengantarnya.
 - 4) Apabila keluarga/pengantarnya tidak ada, konfirmasi dilakukan oleh perawat/petugas lain dengan cara
 - 5) mencocokkan data yang tertulis pada gelang identitas dengan data Pendaftaran pasien tersebut.
 - 6) Pasien mendapatkan penjelasan mengenai prosedur identifikasi dan tujuannya oleh petugas yang memasang gelang pengenal pasien.
 - 7) Pasien harus dipastikan sudah memahami manfaat dan tujuan pemasangan gelang dengan meminta pasien menyebutkan kembali manfaat dan tujuan pemasangan gelang.
 - 8) Periksa ulang 3 identitas utama data di gelang identitas sebelum dipakaikan ke pasien.
- e. Jangan melakukan prosedur apapun jika pasien tidak memakai gelang identitas (kecuali pasien sejak awal memang tidak memakai gelang identitas karena alasan tertentu, dan hal ini harus sudah tercatat dalam rekam medis pasien).
- f. Pengecekan Gelang Identitas Pasien :
- 1) Pengecekan gelang identitas dilakukan setiap kali pergantian jaga perawat.
 - 2) Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan verifikasi dengan benar dan pastikan gelang identitas terpasang dengan baik.
 - 3) Unit yang menerima transfer pasien harus melakukan verifikasi ulang identitas pasien dan memastikan kesesuaian dengan yang tercantum di dalam gelang identitas dan dokumen pendukung yang lain.
- g. Gelang identitas yang digunakan di RSUD. Dr. R Soeprpto Cepu adalah gelang dengan ukuran yang mudah disesuaikan dengan ukuran bayi, ukuran anak, ukuran dewasa, tahan air, tidak mudah lepas, dan tidak mudah menimbulkan iritasi pada kulit.
- h. Seluruh alat identifikasi pasien (gelang identitas) yang berasal dari luar RSUD. Dr. R Soeprpto Cepu dilepas, sebelum petugas memasang gelang identitas pasien RSUD. Dr. R Soeprpto Cepu (misal pasien rujukan dari luar RSUD. Dr. R Soeprpto Cepu).

2. Ketentuan Khusus

- a. Apabila pemakaian gelang identitas pasien mengganggu prosedur dan/atau tindakan tertentu (misal tindakan operasi di Instalasi Bedah Sentral), gelang tersebut dapat

dilepas kemudian direlokasi dan dipasangkan kembali oleh petugas penanggung jawab setelah prosedur selesai dilakukan. Pelepasan dan penggantian gelang baru harus didokumentasikan di dalam rekam medis pasien.

- b. Jika ukuran gelang identitas tidak cukup (tangan lebih besar, edema, dll) maka diperkenankan menggunakan dua atau lebih gelang identitas yang disambungkan kemudian dikunci sehingga tidak bisa lepas.
- c. Jika Gelang Identitas tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan maka:
 - 1) Pasangkan gelang Identitas di pergelangan kaki.
 - 2) 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. Gelang Identitas harus dipasang ulang jika baju pasien diganti.
 - 3) Pada kondisi baju tidak bisa dipakaikan, gelang identitas harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
- d. Pada kondisi Gelang Identitas tidak digunakan dikarenakan :
 - 1) Menolak penggunaan gelang identitas tanpa alasan yang jelas, maka pasien diberi penjelasan tentang risiko-risiko akibat kesalahan identifikasi dan dipersilakan untuk menandatangani pernyataan penolakan pemasangan gelang pengenal.
 - 2) Gelang Identitas menyebabkan iritasi atau alergi kulit
- e. Kepada pasien yang tidak menggunakan gelang Identitas tersebut, verifikasi dilakukan oleh dua staf yang sedang bertugas (double check antara kedua petugas) untuk memastikan ketepatan identitas pasien. Catat kedua nama petugas dalam rekam medis pasien setiap dilakukan verifikasi.

D. Prosedur Identifikasi Pasien yang Menjalani Tindakan Operasi

1. Petugas di kamar operasi harus melakukan verifikasi identitas pasien pada saat Sign-in.
2. Jika diperlukan untuk melepas gelang identitas selama dilakukan operasi, tugaskanlah seorang perawat di kamar operasi untuk bertanggungjawab melepas dan memasang gelang pengenal yang baru. Proses ini harus didokumentasikan dalam rekam medis. Segera setelah prosedur selesai dilakukan, gelang pengenal baru dipasang kembali.

E. Prosedur Identifikasi Pasien pada Prosedur Pengambilan dan Pemberian Produk/Komponen Darah

1. Tanggungjawab identifikasi saat pengambilan, pengiriman, penerimaan, dan penyerahan darah atau komponen darah (transfusi) merupakan tanggungjawab masing-masing petugas.
2. Identitas yang tertulis pada botol/tempat sampel minimal terdapat data nama, tanggal lahir dan nomor rekam medik, nama ruangan, dan nama sampel/jaringan. Masing-masing petugas di atas harus memastikan kebenaran identitas pada setiap tahapan serah terima produk darah pada poin (1) dan harus terdokumentasi.
3. Sebelum melakukan pengambilan darah, siapkan botol/tempat sampel yang telah tertulis identitas pasien. Pasien/keluarga pasien diminta untuk mengkonfirmasi kebenaran Identitas yang tertulis pada botol/ tempat sampel tersebut.
4. Sebelum melakukan pemberian darah/produk darah (transfusi), dua orang petugas rumah sakit (perawat dan atau dokter) yang kompeten di unit tersebut harus memastikan kebenaran: data identitas, jenis darah, golongan darah dan waktu kadaluarsanya pada kantong darah pasien, dan identitas pasien pada gelang Identitas.
5. Jika petugas rumah sakit tidak yakin/ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.

F. Prosedur Identifikasi Ibu Melahirkan

1. Pemakaian gelang Identitas pasien untuk ibu melahirkan ditentukan sebagai berikut :
 - a. Sebelum melahirkan gelang Identitas ibu dicetak 2 (satu gelang ukuran dewasa untuk ibu dan satu gelang ukuran bayi untuk bayi) berisi data seperti pada pasien rawat inap lainnya, yaitu :
 - 1) Nama pasien sesuai E-KTP
 - 2) Tanggal lahir
 - 3) Nomor Rekam Medis pasien
 - b. Apabila pada saat ibu yang akan melahirkan sudah teridentifikasi hamil gemeli maka gelang Identitas ibu dicetak 3 (satu gelang ukuran dewasa untuk ibu dan dua gelang ukuran bayi untuk bayi).
 - c. Apabila ibu yang akan melahirkan belum teridentifikasi hamil gemeli tetapi pada saat lahir ternyata gemeli maka gelang identitas ibu dicetak 2 (satu gelang ukuran dewasa untuk ibu dan satu gelang ukuran bayi untuk bayi) dan segera bidan penerima bayi melapor petugas TPPRI untuk mencetak gelang bayi kedua.

G. Prosedur Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neonatus

1. Pakaikan dua gelang identitas di ekstremitas yang berbeda, gelang pertama adalah gelang ibu dan gelang yang kedua adalah gelang bayi.
2. Pemakaian gelang bayi yang baru dilahirkan ditentukan sebagai berikut:

- a. Sebelum bayi didaftarkan sebagai pasien RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu, bayi dipakaikan gelang identitas ibu
- b. Setelah bayi didaftarkan, bayi mendapatkan gelang identitas yang berisi data:
 - 1) Nama bayi : By Ny
 - 2) Tanggal Lahir
 - 3) Nomor Rekam Medis Bayi
- c. Jadi setelah bayi baru lahir sudah terdaftar menjadi pasien RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu maka gelang yang di gunakan pada bayi adalah gelang identitas ibu dengan nomor rekam medis ibu, dan gelang bayi yang berisi identitas bayi dan nomor rekam medis bayi.

H. Prosedur Identifikasi pada Pasien dengan Nama yang Sama di Ruang Rawat Inap

1. Jika terdapat pasien dengan nama yang sama, informasi ini harus selalu disertakan saat pergantian jaga dari perawat sebelumnya kepada perawat berikutnya.
2. Berikan stempel "AWASNAMA SAMA" pada rekam medis dan dokumen pasien lainnya (mis. LPO).
3. Papan bertanda "AWAS NAMA SAMA" harus dipasang di tempat tidur pasien agar petugas dapat lebih waspada pada saat melakukan verifikasi identitas pasien.

I. Prosedur Identifikasi Pasien yang Identitasnya Tidak Diketahui

1. Pasien tidak dikenal, tidak sadar, gangguan jiwa yang datang ke IGD tanpa pengantar atau dengan pengantar yang tidak mengetahui identitasnya, pasien difoto oleh perawat IGD dengan menggunakan HP rumah sakit yang ada di IGD PONEK kemudian dicetak oleh petugas TPPRI dan ditempel di rekam medis pasien, sedangkan gelang identitas pasien berisi data :
 - a. Pria: Mr X, Wanita: Mrs X
 - b. Tanggal dan jam kedatangan di IGD
 - c. Nomor rekam medis

sampai pasien dapat diidentifikasi dengan benar.

2. Bila pasien tidak dikenal atau tidak sadar tersebut akan dilakukan rawat inap, maka data pada identitas gelang identitas adalah :
 - a. Pria: Mr X, Wanita: Mrs X
 - b. Tanggal dan jam kedatangan di IGD
 - c. Nomor rekam medis
 - d. Foto pasien

3. Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, berikan gelang identitas baru dengan identitas yang benar.
4. Apabila identitas pasien telah diketahui dan pasien pernah berobat dan memiliki nomer rekam medis di RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu, maka data rekam medis akan digabung dan menggunakan nomor rekam medis pasien yang benar.

J. Prosedur Identifikasi Pasien dengan Gangguan Jiwa

1. Pasien gangguan jiwa harus dapat diusahakan untuk menggunakan gelang identitas.
2. Apabila identifikasi pasien sulit dilakukan karena pasien tidak mau menggunakan gelang pengenalan atau tidak kooperatif, maka konfirmasi dan verifikasi pasien dilakukan oleh petugas kepada keluarga/ penunggu pasien, dan dokumentasikan proses verifikasi di dalam rekam medis.
3. Apabila pasien tidak memiliki penunggu atau pengantar, maka proses konfirmasi dan verifikasi cukup dilakukan oleh dua orang petugas ruangan atau dengan mencocokkan foto pasien yang ada di rekam medis dan proses ini dicatat dalam rekam medis.

K. Prosedur Identifikasi Pasien Saat Terjadi Bencana

Setiap pasien harus dilakukan identifikasi termasuk pada saat keadaan bencana, dimana banyak korban datang pada saat bersamaan. Untuk mempermudah proses identifikasi pada saat bencana. Rumah sakit mengembangkan cara dalam proses identifikasi pasien.

1. Perawat menjelaskan mengenai pemasangan gelang identitas sementara kepada pasien
2. Perawat memasang gelang, pita triase dan menuliskan pada rekam medis
 - a. Tn. X1 untuk korban pertama, Tn X2 untuk korban kedua, Tn. X3 untuk korban ketiga dan seterusnya untuk pasien laki-laki
 - b. Ny. Y1 untuk korban pertama, Ny. Y2 untuk korban kedua, Ny. Y3 untuk korban ketiga dan seterusnya untuk pasien perempuan
 - c. Tanggal lahir dituliskan tanggal masuk RS
 - d. Nomer rekam medis setelah pasien dapat diidentifikasi dengan benar dan bencana sudah teratasi
3. Perawat memasang gelang identitas bencana dan menuliskan pada rekam medic
4. Perawat melingkari warna triase pada gelang identitas bencana sesuai kondisi pasien
5. Perawat memasang gelang identitas pasien sesuai dengan identitas yang sebenarnya jika kondisi bencana teratasi dan ada verifikasi dari pasien / keluarga pasien.

L. Prosedur Identifikasi Jenazah

1. Identifikasi jenazah dilakukan untuk memastikan identitas pada pasien yang meninggal, sehingga tidak ada kesalahan dalam serah terima jenazah atau jenazah tidak tertukar.
2. Identifikasi dilakukan melalui konfirmasi identitas dengan menanyakan nama dan tanggal lahir jenazah kepada keluarga dan cocokkan dengan surat keterangan kematian.
3. Jika jenazah tidak didampingi keluarga, cocokkan gelang identitas pasien (sebelum dilepas) dengan surat keterangan kematian disaksikan satu perawat/ bidan ruangan.
4. Jika jenazah dari luar RS dan atau yang tidak jelas identitasnya (termasuk kiriman jenazah terlantar) dilakukan dengan mencatat nomor dari penyidik kepolisian atau Tn./Ny. X, usia ditulis tanggal datang ke rumah sakit dan dipasang gelang identitas pasien di ruang IGD.
5. Catat identitas jenazah dalam buku registrasi ruang jenazah.

M. Prosedur Identifikasi Pasien Rawat Jalan

1. Identifikasi pasien rawat jalan dilakukan secara verbal (Verbal Identification). Pasien tidak perlu menggunakan gelang identitas.
2. Identifikasi verbal dilakukan dengan cara menanyakan identitas pasien secara langsung ke pasien dan mencocokkan identitas yang disebutkan pasien tersebut dengan data identitas yang tertulis pada Kartu Identitas Berobat Pasien.
3. Pengecualian Identifikasi Verbal dilakukan terhadap pasien rawat jalan sebagai berikut :
 - a. Yang akan dilakukan tindakan/prosedur diagnostik maupun, terapeutik invasif
 - b. Pasien rawat jalan dengan gangguan kognitif
4. Sebelum melakukan suatu prosedur/tindakan, petugas harus menanyakan identitas pasien berupa nama sesuai E-KTP, tanggal lahir. Data ini harus diverifikasi dengan data yang tercantum pada Kartu Identitas Berobat Pasien.

N. Prosedur Pelepasan Gelang Identitas

1. Gelang Identitas hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit. Gelang Identitas dilepas setelah semua proses administrasi dan maupun pembayaran selesai dilakukan. Proses ini meliputi: administrasi dan keuangan, pembayaran dan penyampaian resume pasien pulang (termasuk pemberian obat-obatan kepada pasien dan perencanaan perawatan selanjutnya). Gelang identitas tidak perlu dilepas apabila pasien dirujuk ke rumah sakit lain.
2. Yang bertugas melepas gelang identitas adalah Perawat / Bidan yang sedang bertugas.
3. Apabila satpam menemukan pasien pulang masih menggunakan gelang identitas, maka satpam harus mengkonfirmasi ruang perawatan asal pasien. Apabila administrasi sudah

- selesai maka satpam memotong gelang identitas pasien tersebut. Apabila administrasi belum selesai, maka satpam mengantar pasien kembali keruang perawatan.
4. Pada pasien bayi cocokkan identitas ibu dan bayi (KTP ibu, gelang ibu dan gelang bayi serta kartu kontrol), lakukan serah terima bayi kepada ibu kandungnya dengan mengisi buku dan formulir serah terima, pelepasan gelang identitas ibu dan bayi dilakukan diruang bayi oleh perawat/bidan yang bertugas. Laporkan kepada satpam data ibu dan bayi yang akan keluar rumah sakit/ pulang.
 5. Gelang Identitas yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah warna kuning.
 6. Untuk pasien yang meninggal dunia setelah keluarga menyelesaikan administrasi serta melengkapi form serah terima jenazah maka gelang pasien dilepas oleh petugas Instalasi Kamar Jenazah.

O. Pelaporan Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien

1. Setiap petugas yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada petugas yang berwenang di ruangan tersebut, kemudian melengkapi formulir laporan insidens keselamatan pasien sesuai dengan alur pelaporan kejadian yang berlaku di RSUD Dr. R. Soeprapto Cepu.
2. Kesalahan juga termasuk kejadian yang terjadi akibat adanya kesalahan identifikasi, dengan atau tanpa menimbulkan bahaya (KTD atau KTC), dan juga kejadian yang hampir terjadi di mana kesalahan identifikasi terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur (KNC).
3. Jika terjadi kejadian kesalahan identifikasi pasien, lakukan hal berikut ini:
 - a. Pastikan keamanan dan keselamatan pasien.
 - b. Jika suatu prosedur telah dilakukan pada pasien yang salah atau dilakukan di tempat yang salah, dokter dan perawat harus memastikan bahwa langkah-langkah khusus yang perlu diambil harus dilakukan untuk pencegahan cedera dan kematian.
 - c. Petugas yang terlibat harus melakukan komunikasi kepada pasien dan/atau keluarganya mengenai kesalahan yang telah terjadi secara hati-hati. Jelaskan langkah-langkah yang telah diambil dan kemungkinan tindakan yang harus dilakukan untuk mencegah cedera lebih lanjut.
 - d. Apabila pasien dan/atau keluarga menyampaikan komplain, persilahkan dan tindak lanjuti sesuai dengan peraturan komplain yang berlaku di RSUD Dr. R Soeprapto Cepu.
 - e. Petugas yang mengetahui segera melakukan pelaporan dengan mengisi formulir laporan insidens internal dan disampaikan kepada kepala ruang atau kepala instalasi dalam 2 x 24 jam.

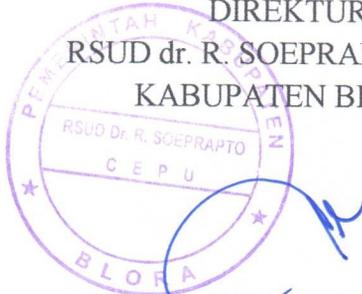
BAB IV DOKUMENTASI

Pengumpulan data tentang Ketepatan identifikasi pasien dan Kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien dilakukan oleh Penanggung Jawab Mutu masing-masing ruang / instalasi yang dimasukkan ke dalam SIDOKAR.

BAB V
PENUTUP

Mengingat bahwa identifikasi pasien merupakan salah satu sasaran dalam perbaikan keselamatan pasien, maka berdasarkan UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pelaksanaan program peningkatan mutu keselamatan pasien harus dilakukan oleh RSUD. Dr. R Soeprapto Cepu sesuai standar akreditasi Sasaran Keselamatan Pasien tentang Identifikasi pasien. Peningkatan mutu pelayanan terutama dalam pelaksanaan identifikasi pasien sangat diperlukan agar tidak terjadi kesalahan identifikasi. Diharapkan dengan adanya panduan yang jelas, maka angka kejadian kesalahan identifikasi pasien dapat berkurang.

Ditetapkan di Cepu
Pada tanggal, *21 November 2022*

DIREKTUR
RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU
KABUPATEN BLORA

FATKHUR ROKHIM