

PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN

BAB I

DEFENISI

1. Latar Belakang

Identifikasi pasien adalah upaya yang dilakukan untuk membedakan pasien satu dengan yang lain sehingga memperlancar atau mempermudah pemberian pelayanan kepada pasien sehingga dapat mencegah kejadian potensial cedera.

Kesalahan karena kekeliruan identifikasi pasien sering terjadi di hampir semua aspek atau tahapan diagnosis dan pengobatan sehingga diperlukan adanya ketepatan identifikasi pasien. Kegagalan untuk mengidentifikasi pasien secara benar dapat berupa salah orang, salah prosedur, salah pengobatan, salah transfusi atau kesalahan tes-diagnostik. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan :

Pertama untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan, dan kedua untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Panduan ini mengemukakan salah satu sasaran keselamatan pasien, sebagai syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang sedang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

2. Tujuan

- a. Memungkinkan ketepatan identifikasi pasien sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Kartini Kupang
- b. Mengurangi kesalahan pasien

BAB II

RUANG LINGKUP

1. Panduan ini diterapkan kepada semua pasien rawat inap, pasien rawat jalan (ER & OPD), dan pasien yang akan menjalani suatu prosedur.
2. Pelaksana panduan ini adalah para tenaga kesehatan (medis, perawat, farmasi, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya); staf di ruang rawat, staf administratif, dan staf pendukung yang bekerja di rumah sakit
3. Pasien diidentifikasi saat di tempat pendaftaran, di unit pelayanan rawat jalan (ER, OPD), rawat inap, laboratorium & farmasi.

Petugas Penanggung jawab :

1. Seluruh staf Rumah Sakit
 - a. Memahami dan menerapkan prosedur identifikasi pasien
 - b. Memastikan identifikasi pasien yang benar ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.
 - c. Melaporkan kejadian salah identifikasi pasien; termasuk hilangnya gelang pengenal.
2. Perawat yang bertugas (perawat penanggung jawab pasien)
 - a. Bertanggungjawab memakaikan gelang pengenal pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang pengenal.
 - b. Memastikan gelang pengenal terpasang dengan baik. Jika terdapat kesalahan data, gelang pengenal harus diganti, dan bebas coretan.
3. Kepala Instalasi / Kepala Ruang
 - a. Memastikan seluruh staf di Instalasi memahami prosedur identifikasi pasien dan menerapkannya.
 - b. Menyelidiki semua insidens salah identifikasi pasien dan memastikan terlaksananya suatu tindakan untuk mencegah terulangnya kembali insidens tersebut.
4. Manajer
 - a. Memantau dan memastikan panduan identifikasi pasien dikelola dengan baik oleh Kepala Instalasi.
 - b. Menjaga standarisasi dalam menerapkan panduan identifikasi pasien.

BAB III

TATA LAKSANA

1. Prosedur Pemakaian Gelang Pengenal

- a. 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.
- b. Pakaikan gelang pengenal di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan manfaat dan bahaya bila pasien menolak, melepas atau menutupi gelang. Pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
- c. Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi di mana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang pengenal dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
- d. Gelang pengenal harus dipasang ulang atau ganti dengan yang baru jika rusak atau tulisan tidak mudah dibaca dan harus selalu menyertai pasien sampai pasien keluar / pulang dari rumah sakit. Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang pengenal. Ganti gelang pengenal jika terdapat kesalahan penulisan data.
- e. Gelang pengenal pasien sebaiknya mencakup 3 detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
 - Nama pasien dengan minimal 2 suku kata. Khusus untuk pasien neonatus menggunakan nama ibu. Misal Bayi Ny.....
 - Tanggal lahir pasien (tanggal/bulan/tahun)
 - Nomor rekam medis pasien
- f. Detail lainnya adalah warna gelang pengenal sesuai jenis kelamin pasien. Warna biru untuk laki-laki, warna merah muda untuk pasien perempuan.
- g. Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
- h. Periksa ulang 3 detail data di gelang pengenal sebelum dipakaikan ke pasien.
- i. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: 'Siapa nama Anda?' (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti 'Apakah nama anda Ibu Susi?')
- j. Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa), verifikasi identitas pasien kepada keluarga / pengantarnya. Jika mungkin, gelang pengenal jangan dijadikan satu-satunya bentuk

identifikasi sebelum dilakukan suatu intervensi. Tanya ulang nama dan tanggal lahir pasien, kemudian bandingkan jawaban pasien dengan data yang tertulis di gelang pengenalnya.

- k. Pengecekan gelang pengenal dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
- l. Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang pengenal terpasang dengan baik.
- m. Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang pengenal.
- n. Semua pasien rawat inap menggunakan penanda tambahan sesuai kategori. Pada pasien alergi, menggunakan stiker/kancing penanda berwarna merah bertuliskan “allergy”, pada pasien risiko jatuh yang tinggi menggunakan stiker/kancing penanda berwarna kuning bertuliskan “fall risk”, pasien do not resuscitate menggunakan stiker penanda berwarna ungu bertuliskan “DNR”

2. Jenis gelang identifikasi

Gelang identitas terdiri dari 2 jenis :

- a. Gelang berbahan dasar plastik, dengan kancing sebagai gelang penanda.
- b. Gelang berbahan dasar kertas (barcode) dengan stiker sebagai gelang penanda.

3. Identifikasi Pasien Secara Umum

- a. Semua pasien harus diidentifikasi secara tepat sebelum mendapatkan intervensi di rumah sakit misalnya sebelum pemberian obat, prosedur tindakan, pemeriksaan rutin dan peresepan obat.
- b. Pada gelang pasien harus dicantumkan tiga aspek, yaitu:
 - Nama
 - Tanggal lahir pasien
 - Nomor rekam medis pasien
- c. Nama pasien tidak boleh disingkat dan harus sesuai dengan apa yang tertera pada rekam medis pasien.
- d. Gelang pasien tidak boleh dicoret-coret dalam hal ini penulisan yang salah harus diganti dengan gelang pasien yang baru.
- e. Semua pasien rawat inap harus memakai gelang pasien yang sudah sesuai dengan prosedur.
- f. Identifikasi ditulis tangan jika sistem elektronik tidak bisa digunakan dan tetap mencantumkan tiga aspek sesuai point 2. Identitas ditulis menggunakan tinta warna hitam dengan background putih.

- g. Pasien harus mendapat penjelasan mengenai maksud dan tujuan identifikasi pasien.
- h. Sebelum gelang pasien dikenakan pada pasien harus dilakukan pengecekan terlebih dahulu.
- i. Ketika menanyakan identitas pasien, pertemuan pertama secara verbal dengan pertanyaan terbuka misalnya, "Siapa namanya?", "Bapak/ibu memiliki riwayat alergi?", pada pertemuan selanjutnya secara visual dengan melihat gelang identitas dan mencocokkan dengan yang tertera di rekam medis.
- j. Jika pasien tidak dapat diajak komunikasi atau dalam kondisi tidak sadarkan diri, maka identifikasi pasien dapat dilakukan dengan menyesuaikannya dengan kartu identitas yang ada pada atribut yang dikenakan pasien misalnya KTP atau SIM. Jika tidak didapatkan kartu identitas maka dapat ditanyakan kepada orang yang membawa pasien tersebut atau keluarga. Ketentuan point ini harus lebih diperhatikan, sehingga ketika pasien sudah sadar maka ketepatan identifikasi pasien dapat dikonfirmasi kembali kepada pasien sendiri dengan syarat kondisinya layak konfirmasi.
- k. Semua gelang identitas pasien hanya mengenakan satu gelang identitas pada salah satu ekstremitas.
- l. Pasien rujukan dari pelayanan kesehatan lain tetap harus dilakukan identifikasi ulang sesuai prosedur yang telah dijabarkan di atas.

m. Pemakaian Gelang Identitas

- 1) Gelang dipakaikan dominan di pergelangan tangan, sebelumnya harus dijelaskandahulu.
 - 2) Jika tidak bisa di lengan tangan, maka dapat dipakaikan di ekstremitas bawah.
 - 3) Gelang identitas dilepaskan hanya jika administrasi pemulangan pasien telah lengkap. Jika pasien dipindahkan ke unit lain, maka petugas medis yang mengantarkan mengkonfirmasi ulang identitas dan menginformasikannya kepada petugas medis pada unit penerima.
- n. pasien dengan nama sama yang dirawat dalam satu ruangan harus diberikan stiker "hati-hati pasien dengan nama sama" pada lembar pemeriksaan laboratorium, resep dan cover rekam medis pasien.

4. Prosedur identifikasi pasien dengan alergi

- a. Pasien harus dipastikan memiliki riwayat alergi atau tidak sebelum pemberian obat
- b. Stiker/kancing identifikasi alergi berwarna merah dikenakan pada gelang identitas. Stiker alergi juga ditempelkan pada rekam medis pasien dan dituliskan jenis obat yang menyebabkan alergi.

- c. Satu stiker alergi dapat memuat maksimal tiga identifikasi detail alergi pasien, jika lebih dari tiga alergi dapat ditambahkan stiker identifikasi alergi baru sesuai dengan kelipatan tiga.
- d. Jika ditemukan alergi baru, stiker/kancing identifikasi alergi harus dikenakan.

5. Prosedur identifikasi pasien dengan risiko jatuh

- a. Pasien dengan risiko jatuh adalah pasien yang termasuk risiko jatuh (tinggi) sesuai dengan hasil pengkajian berdasarkan usia.
- b. Stiker/kancing/gelang identifikasi pasien dengan risiko jatuh berwarna kuning yang dikenakan di gelang identitas (stiker/kancing) dan salah satu lengan tangan (gelang untuk pasien risiko jatuh rawat jalan)

BAB IV

DOKUMENTASI

Pelaporan Insidens / Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien

- a. Setiap petugas yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada petugas yang berwenang di ruang rawat / departemen tersebut, kemudian melengkapi laporan insidens.
- b. Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah:
 - 1) Kesalahan penulisan nama di rekam medis
 - 2) Kesalahan informasi / data di gelang pengenalan
 - 3) Misidentifikasi data / pencatatan di rekam medis
 - 4) Misidentifikasi pemeriksaan radiologi (rontgen)
 - 5) Misidentifikasi laporan investigasi
 - 6) Misidentifikasi perjanjian (appointment)
 - 7) Registrasi ganda saat masuk rumah sakit
 - 8) Salah memberikan obat ke pasien
 - 9) Pasien menjalani prosedur yang salah
 - 10) Salah pelabelan identitas pada sampel darah
- d. Kesalahan juga termasuk insidens yang terjadi akibat adanya misidentifikasi, dengan atau tanpa menimbulkan bahaya, dan juga insidens yang hampir terjadi dimana misidentifikasi terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur.
- e. Beberapa penyebab umum terjadinya misidentifikasi adalah:
 - 1) Kesalahan pada administrasi / tata usaha : Salah memberikan label, kesalahan mengisi formulir, kesalahan memasukkan nomor / angka pada rekam medis, penulisan alamat yang salah, pencatatan yang tidak benar / tidak lengkap / tidak terbaca
 - 2) Kegagalan verifikasi : tidak adekuatnya / tidak adanya protokol verifikasi, tidak mematuhi protokol verifikasi
 - 3) Kesulitan komunikasi : hambatan akibat penyakit pasien, kondisi kejiwaan pasien, atau keterbatasan bahasa, kegagalan untuk pembacaan kembali, kurangnya kultur / budaya organisasi

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

REFERENSI

PMK No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang keselamatan pasien rumah sakit.

Departement of Health, Government of Western Australia. Western Australian patient identification policy 2010; 2010.

World Health Organization Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient identification. Dalam: Patient Safety Solutions. Volume 1. Solution 2. 2007.

Critical Management Solutions. Patient identification policy. Diunduh dari www.kraskerhc.com.

2009.

Mid Western Regional Hospital, Mid Western Regional Orthopaedic Hospital, Mid Western Regional Maternity Hospital. Patient identification policy and procedure; 2010.

Tameside Hospital NHS Foundation Trust. Patient identification policy; 2010.

Royal United Hospital Bath. Policy for the positive identification of patients; 2010.

Primary Care Provision. Patient identification policy. Diunduh dari www.bolton.nhs.uk. 2009.

Bath and North Somerset. Patient identification policy and procedure; 2009.

California Association for Medical Laboratory Technology Distance Learning Program. Patient

identification; 2010.

Royal Free Hampstead NHS Trust. Patient identification policy; 2008.