

PT. PURI RAHARJA
RUMAH SAKIT UMUM
PURI RAHARJA
Sahabat Hidup Sehat

Penulis Dokumen	:	Bidang Pelayanan Medik & Keperawatan

PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN RSU PURI RAHARJA TAHUN 2021

RUMAH SAKIT PURI RAHARJA
Sahabat Hidup Sehat
Alamat : JL. WR. Supratman 14 & 19 Denpasar - Bali
Email : puriraharja@yahoo.co.id Telp : (0361) 222013
@purirsu @rspuriraharja rsu puri raharja puriraharja.com @rsu.puriraharja.denpasar

PERATURAN DIREKTUR UTAMA RSU. PURI RAHARJA
Nomor: 134 /PER.DIRUT/RSPR/ XII /2021
TENTANG
INDETIFIKASI PASIEN
DI RUMAH SAKIT UMUM PURI RAHARJA

DIREKTUR UTAMA RSU PURI RAHARJA

Menimbang :

a. Bahwa dalam rangka meninggkatkan mutu pelayanan yang bermutu kepada masyarakat, Rumah Sakit harus mengutamakan seluruh keselamatan pasien di Rumah Sakit.
b. Bahwa identifikasi pasien merupakan syarat untuk diterapkan disemua rumah sakit yang diakreditasi oleh komisi akreditasi rumah sakit;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan yang dimaksud pada huruf a perlu ditetapkan melalui surat keputusan direktur rumah

Mengingat :

1. Undang-Undang nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129

Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.

4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1128 tahun 2022 tentang akreditasi Rumah Sakit.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

PERATURAN DIREKTUR UTAMA RSU PURI RAHARJA TENTANG PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN RSU PURI RAHARJA

Pasal 1

Panduan Identifikasi Pasien adalah sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari peraturan ini.

Pasal 2

Tim POKJA SKP bertanggung jawab dalam mensosialisasikan panduan Identifikasi Pasien.

Pasal 3

Peraturan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Denpasar
Pada tanggal : 31 Desember 2021
RSU PURI RAHARJA
Direktur Utama,

RUMAH SAKIT UMUM
PURI RAHARJA
DENPASAR - BALI

dr GEDE BAGUS DARMAYASA,MM.,M Repro

DAFTAR ISI

BAB I DEFINISI
BAB II RUANG LINGKUP
BAB III TATA LAKSANA
BAB IV DOKUMENTASI

LAMPIRAN :PERATURAN DIREKTUR UTAMA NOMOR :134/PER.DIRUT/RSPR/XII/ 2021.

TENTANG :PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN RSU PURI RAHARJA

PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN

BAB I
DEFINISI

A. Pengertian

Identifikasi adalah proses pengumpulan data dan segala keterangan tentang bukti – bukti dari seorang sehingga kita menetapkan dan menyamankan tersebut dengan individu seseorang.

Indentifikasi pasien adalah suatu sistem identifikasi kepada pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya sehingga memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien.

Gelang indentitas pasien adalah suatu alat berupa gelang yang dapat memastikan kebenaran identitas diri pasien untuk mencegah kesalahan dalam pelayanan kepada pasien

BAB II
RUANG LINGKUP

Panduan ini diterapkan kepada semua pasien rawat inap,pasien rawat jalan yang akan menjalani suatu prosedur Tindakan, Hemodialisa, dan pemeriksaan diagnostik. Pelaksana panduan ini adalah semua PPA dan seluruh pendukung yang bekerja di rumah sakit.

Seluruh PPA dan karyawan Rumah Sakit Umum Puri Raharja harus memahami dan menerapkan prosedur indentifikasi pasien, memastikan identifikasi pasien yang benar ketika sebelum dilakukan tindakan diagnostik, terapeutik, pemberian obat, darah, atau produk darah, pengambilan specimen, pemberian diet, menerima cairan intravena, hemodialisis serta prosedur tindakan operatif.

1. **Perawat/Bidan yang bertugas (Perawat/Bidan Penanggung Jawab Pasien)**
   a. Bertanggung jawab memakaikan gelang identifikasi pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang pengenal.
   b. Memastikan gelang identifikasi terpasang dengan baik. Jika terdapat kesalahan data, gelang indetifikasi harus diganti, dan bebas coretan.
2. **Kepala Instalasi / KepalaRuang**
   a. Memastikan seluruh staf di Instalasi memahami prosedur identifikasi pasien dan menerapkannya.
   b. Menyelidiki semua insiden salah identifikasi pasein dan memastikan terlaksananya suatutindakan untuk mencegah terulangnya kembali irisidens tersebut.
3. **Manager**
   a. Memantau dan memastikan panduan identifikasi pasien dikelola dengan baik oleh Kepala Instalasi
   b. Menjaga standarisasi dalam menerapkanpanduan identifikasi pasien.

BAB III
Tatalaksana

Rumah Sakit Umum Puri Raharja menggunakan gelang sebagai penanda identifikasi pada pasien, pada gelang identifikasi tertuliskan Nama, Tanggal, bulan dan tahun kelahiran pasien, sesuai dengan KTP,serta nomor rekam medis pasien.Semua data data tersebut di cetak pada barcode pasien, kemudian barcode ini akan ditempelkan pada gelang identitas pasien tersebut.

Semua pasien harus diidentifikasi dengan benar sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah, pemberian diet, hemodialisis, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.

A. Macam-macam Warna Gelang Identifikasi Pasien

Gelang identifikasi pasien yang tersedia di RSU Puri Raharja adalah sebagai berikut :

1. Gelang berwama merah muda/pink untuk pasien berjenis kelamin perempuan.
2. Gelang berwarna biru untuk pasien berjenis kelamin laki – laki.
3. Gelang berwarna putih untuk pasien neo nates yang belum jelas jenis kelamin
4. 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.
5. Gelang berwarna kuning untuk pasien dengan resiko jatuh.
   Catatan :Semua pasien harus dikaji setiap hari apakah mereka berisiko jatuh dan dicatat pada rekam medisnya.
6. Gelang berwarna ungu untuk pasien yang tidak perlu dilakukan resusitasi/*do not resuscitation* (DNR)

B. Tatalaksana Identifikasi Pasien.

1. Tatalaksana Identifikasi pasien secara umum

a. Pemakaian gelang identifikasi pada pasien yang akan menjalani rawat inap dan prusedur tindakan lainnya akan di lakukan oleh PPA yang bertugas di UGD. Pada pasien yang akan melakukan tindakan hemodialisa gelang identifikasi akan dipasangkan oleh PPA yang bertugas di ruangan Hemodialisa. Untuk pasien obestetrik, gelang di pasang oleh PPA yang bertugas di ruang bersalin.

b. Jelaskan kepada pasien tentang tujuan pemakaian gelang identifikasi, gelang identifikasi dipakai pada pergelangan tangan pasien yang dominan, dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.Penjelasan ini di dokumentasikan pada R.M 10.17

c. Pada pasien dengan fistula arterio-vena (pasien hemodialisis), gelang identifikasi tidak boleh dipasang di sisi lengan yang terdapat fistula.

d. Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi di mana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang identifikasi dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien. Gelang identiflkasi harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.

e. Pada kondisi tidak memakai baju, gelang identiflkasi harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.

f. Gelang penanda Alergi di pasang saat pasien terdeteksi alergi detail yang di cantumkan jenis alergi dan nama obat-obat yg membuat alergi.

g. Gelang penanda risiko jatuh di pasang saat skor resiko jatuh dalam kategori sedang dan tinggi.

h. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: 'Siapa nama Anda?' jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti' Apakah nama anda Ibu Susi?
i. Jangan melakukan prosedur apapun jika pasien tidak memakai gelang identitas sebelum pasien menjalani suatu prosedur.

2. Tatalaksana Identifikasi Pasien Pada Pemberian Obat-Obatan dan pemberian cairan intravena.

PPA harus memastikan identitas pasien dengan dengan cara:

a. PPA Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.
b. Periksa dan bandingkan data pada gelang identitas, jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat.
c. Jika terdapat > 2 pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan menanyakan alamat rumah kepada pasiennya kemudian cocokkan dengan rekam medis pasien.

3. **Tatalaksana Identifikasi Pasien Saat Menjalani Pemeriksaan Radiologi**

Petugas Radiologi harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara :

a. PPA dimintaUntuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya (umur pasien)
b. Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenal dengan rekam medis. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur.
c. Jka terdapat > 2 pasien di departemen radiologi dangan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat nomor rekam medis dan alamat rumahnya serta hubungan keluarga terdekat.

d. Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pajanan radiasi *(exposure)* dilakukan.

4. Tatalaksana Identifikasi Pasien Pada Pemberian Diet Pasien

PPA pengantar makanan harus memastikan identitas pasien dengan dengan makanan yang dibawa yang sudah ditempel barcode pasien, beserta diet pasien dengan cara:

a. PPA Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.
b. Periksa dan bandingkan data pada gelang identifikasi dengan diet pasien. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan makanan sesuai diet pasien
c. Jika terdapat > 2 pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan menanyakan alamat rumah kepada pasiennya kemudian cocokkan dengan rekam medis pasien.
d. Jika data pasien sudah benar prosedur boleh dilakukan/ berikan makanan sesuai diet pasien.

5. **Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Menjalani Tindakan Operasi**

a. PPA di kamar operasi meminta pasien untuk menyebutkan nama dan tanggal lahir pasien sebelum pasien dilakukan pembiusan.
b. Periksa dan bandingkan data yang ada pada gelang identifikasi, jika sudah sama lakukan tindakan atau prosedur.
c. Jika diperlukan untuk melepas gelang identifikasi selama dilakukan operasi, tugaskanlah seorang perawat di kamar operasi untuk bertanggungjawab melepas dan memasang kembali gelang identifikasi pasien.

d. Gelang identifikasi yang dilepas harus ditempelkan di depan rekam medis pasien

6. **Tatalaksana Identifikasi Pasien yang akan Dilakukan Pengambilan dan Pemberian Darah (Transfusi Darah)**
   a. PPA harus memastikan kebenaran data demografik pada kantong darah, jenis darah, golongan darah pada pasien kantong darah, waktu kadaluarsanya, dan identitas pasien pada gelang identifikasi
   b. PPA harus meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya
   c. Jika PPA tidak yakin / ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.
7. **Tatalaksana Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neoonatus dan bayi.**
   a. PPA Gunakan 1gelang pengenal untuk bayi, dan untuk ibu bayi menggunakan 2 gelang, satu gelang untuk bayi dan satu yang lain untuk ibu bayi.
   b. Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang pengenal berisikan nama ibu bayi, jenis kelamin bayi,tgl dan jam kelahiran,berat badan, panjang badan,apgar score, dan kelainan jika ada.
   c. Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenal berisi data ibu dapat dilepas dan diganti yang berisikan data bayi.
   d. Gunakan gelang pengenal berwarna merah muda*(pink)* untuk bayi perempuan dan Biru untuk bayi laki-laki.
   e. Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang pengenal berwarna putih.

8. **Tatalaksana Identifikasi Pasien Rawat Jalan**
    a. Tidak perlu menggunakan gelang pengenal
    b. Sebelum melakukan suatu prosedur/ terapi, para PPA harus menanyakan identitas pasien berupa nama dan tanggal lahir. Data ini harus dikonfirmasi dengan yang tercantum pada rekam medis.
    c. 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 melakukan identifikasi ulang pasien.
    d. Jika pasien rawat jalan tidak dapat mengidentifikasi dirinya sendiri, veriflkasi data dengan menanyakan keluarga / pengantar pasien.

9. **Tatalaksana Identifikasi Nama Pasien yang Sama di Ruangan Rawat Inap**
    a. Jika terdapat pasien dengan nama yang sama, harus diinformasikan kepada perawat yang bertugas setiap kali pergantian jaga.
    b. Berikan label / penanda berupa pasien dengan nama yang sama di lembar pencatatan, lembar obat-obatan, dan lembar tindakan.
    c. Kartu bertanda 'pasien dengan nama yang sama' harus dipasang tempat tidur pasien dengan pembeda mengunakan hurup kapital A, B, C dst agar petugas dapat memverifikasi identitas pasien dan untuk identitas tambahan tanyakan alamat pasien kepada pasien atau keluarga.

10. **Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Identitasnya Tidak Diketahui**

a. Pasien akan dilabel menurut prosedur RS Puri Raharja sampai pasien dapat diidentifikasi dengan benar. Untuk pasien tidak dikenal berjenis kelamin laki-laki ditulis Mr X, dan perempuan Mrs.X, dan pada bayi ditulis By X

b. Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, berikan gelang pengenal baru dengan identitas yang benar.

11. **Tatalaksana Identifikasi Pasien Dengan Gangguan Jiwa**
    a. Kapanpun dimungkinkan, pasien gangguan jiwa harus menggunakan gelang pengenal.
    b. Akan tetapi terdapat hal-hal seperti kondisi pasien atau penanganan pasien yang sulitnya mendapat identitas pasien dengan benar sehingga perlu dipertimbangkan untuk menggunakan metode identifikasi lainnya.
    c. Idenntifikasi pasien dilakukan oleh petugas yang dapat diandalkan untuk mengidentifikasi pasien, dan lakukan pencatatan di rekam medis.
    d. Pada kondisi di mana petugas tidak yakin/tidak pasti dengan identitas pasien (misalnya saat pemberian obat), petugas dapat menanyakan nama dan tanggal lahir pasien (jika memungkinkan) dan dapat dicek ulang pada rekam medis.
    e. Jika terdapat *> 2* pasien dengan nama yang sama di ruang rawat, berikan tanda / label notifikasi pada rekam medis, papan nama pasien, dan dokumen lainnya

12. Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Meninggal
    a. Pasien yang meninggal di ruang rawat RSU Puri Raharja harus dilakukan konfirmasi terhadap identitasnya dengan gelang pengenal dan rekam medis (sebagai bagian dari proses verifikasi kematian).

b. Semua pasien yang telah meninggal harus diberi identifikasi dengan menggunakan 2 pengenal, satu di pergelangan tangan dan satu lagi pada kaki.
c. Satu salinan surat kematian harus ditempelkan di kain kafan. Jika pasien menggunakan kantong jenazah, salinan kedua harus ditempelkan di kantong jenazah ketiga disimpan di rekam medis pasien.

13. **Identifikasi pasien pada situasi khusus**

a. Pada pasien koma atau pasien tidak sadarkan diri yang memiliki penunggu

1) PPA melakukan verifikasi identitas pasien dengan cara meminta keluarga/ penunggu pasien menyebutkan nama, dan tanggal lahir pasien.
2) Kemudian Cocokkan identitas pasien yang disebutkan keluarga/ penunggu dengan identitas yang tercatat pada gelang identifikasi pasien tersebut serta data yang tercatat pada berkas Rekam Medis pasien.
3) Jika sudah sesuai lakukan prosedur atau tindakan.

b. Pada pasien Koma ataua pasien tidak sadar yang tidak memiliki penunggu

1) PPA melakukan verifikasi dengan Doble Chek yaitu: dengan dua PPA ruangan yang akan melakukan tindakan, secara bersama-sama melihat data identitas pasien pada gelang identifikasi pasien dan mencocokkan dengan data identitas pasien yang tercantum pada berkas Rekam Medis pasien.
2) Jika kedua PPA ini menemukan data data yang sama lakukan prosedur atau tindakan pada pasien tersebut.

c. Tatalaksana Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neoonatus.

1) Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang identifikasi berisikan nama ibu bayi, jenis kelamin bayi,tgl dan jam kelahiran,berat badan, panjang badan,apgar score, dan kelainan jika ada.
2) PPA memakaikan 1gelang identifikasi untuk bayi , dan untuk ibu bayi menggunakan 2 gelang identifikasi, satu gelang identifikasi yang berisikan data data ibu dan satu lagi berisikan data data si bayi.
3) Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang identifikasi yang terpasang pada berisi nama ibu dapat dilepas dan diganti dengan nama bayi.
4) Gunakan gelang identifikasi berwarna merah muda*(pink)* untuk bayi perempuan dan Biru untuk bayi laki-laki.
5) Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang identifikasi berwarna putih.

d. Tatalaksana Identifikasi Pada Situasi Darurat Bencana.

1) Dalam situasi darurat bencana identifikasi dilakukan berdasarkan Triage pasien.
2) PPA memakaikan pita dengan berisikan nomor kedatangan pasien, untuk warna pita di sesuaikan dengan kondisi warna triage pada pada saat pasien datang.
3) Sampai dengan kondisi pasien stabil dan penunggu tenang, lanjutkan dengan menanyakan identitas pasien.

C. Melepas Gelang Identifikasi.

1. Gelang identifikasi (Gelang Pink / Gelang Biru), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah oleh petugas di mana pasien terakhir di rawat.
2. Gelang penanda untuk alergi (Gelang Merah), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit oleh petugas di mana pasien terakhir di rawat.
3. Gelang penanda untuk risiko jatuh (Gelang Kuning), hanya dilepas saat pasien sudah tidak berisiko untuk jatuh atau saat scoring jatuh sudah ringan dengan dilakukan 2 x assement berturut- turut dan di lepas oleh PPA di mana pasien tersebut di rawat.
4. Gelang penanda untuk tindakan DNR *(do not resuscitate)* dilepas saat keputusan untuk DNR tidak berlaku lagi

5. Pada pasien melahirkan yang bayinya sudah di perbolehkan pulang gelang ibu di lepas di ruang bersalin bersama sama dengan gelang bayi,bila bayinya masih di rawat di RS, yang di lepas adalah gelang ibu saja, sementara untuk gelang bayi masih di pakai oleh ibunya.
6. Gelang identifikasi dilepas setelah semua proses selesai dilakukan. Proses ini meliputi: pemberian obat-obatan untuk di rumah dan pemberian penjelasan mengenai rencana perawatan selanjutnya kepada pasien dan keluarga.
7. Gelang identifikasi yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah infeksius/medis.
8. Terdapat kondisi-kondisi yang memerlukan pelepasan gelang identifikasi sementara (saat masih dirawat di rumah sakit), misalnya lokasi pemasangan gelang identifikasi mengganggu suatu prosedur. Segera setelah prosedur selesai dilakukan, gelang identifikasi dipasang kembali.

D. **Pelaporan Insiden/ Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien**

1. Setiap petugas yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada perawat penanggung jawab

pasien/kepala ruangan di ruang rawat /departemen tersebut, kemudian melengkapi laporan insidens dan melaporkan kepada team keselamatan pasien rumah sakit.

2. Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah:
   a) Kesalahan penulisan alainat di rekam medis
   b) Kesalahan informasi / data di gelang pengenal
   c) Tidak adanya gelang pengenal di pasien
   d) Misidentifikasi data / pencatatan di rekam
   e) Misidentifikasi pemeriksaan radiologi/*rontgen*
   f) Misidentifikasi laporan investigasi
   g) Misidentifikasi perjanjian *(appointment)*

   h) Registrasi ganda saat masuk rumah sakit
   i) Salah memberikan obat ke pasien
   j) Pasien menjalani prosedur yang salah
   k) Salah pelebelan identitas pada sampel darah

BAB IV

Penjelasan kepada pasien tentang pentingnya dilakukan identifikasi kepada pasien dan pemasangan gelang identifikasi di dokumentasikan pada rekam medis 10.17

Ditetapkan di : Denpasar
Pada tanggal : 31 Desember 2021
RSU PURI RAHARJA
Direktur Utama,

RUMAH SAKIT UMUM
PURI RAHARJA
DENPASAR - BALI

dr GEDE BAGUS DARMAYASA,MM.,M Repro

LAMPIRAN

Standar Prosedur Operasional

PT. PURI RAHARJA RUMAH SAKIT UMUM PURI RAHARJA Sahabat Hidup Sehat	**IDENTIFIKASI PASIEN**		
	NO DOKUMEN /YANDIK/RSPR/XII/2021	NO REVISI 03	HALAMAN 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	TANGGAL TERBIT 31 DESEMBER 2021	DITETAPKAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM PURI RAHARJA DENPASAR - BALI Dr.GEDE BAGUSDARMAYASA,MM.,M.Repro	
Pengertian	Suatu kegiatan dalam melakukan identifikasi terhadap pasien dengan mencocokkan jawaban pasien dengan gelang identitas pasien. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah tindakan radiologi, tindakan invasif, pemberian tranfusi darah, pengambilan sampel laboratorium, pemberiaan		

	diet, hemodialisa, memindahkan pasien ke unit lain, pergantian jaga perawat.
Tujuan	1 Menciptakan budaya keselamatan pasien rumah sakit. 2 Mencegah terjadinya insiden terkait keselamatan pasien, kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak diinginkan (KTD). 3 Sebagai acuan identifikasi pasien terhadap pasien yang akan mendapatkan pelayanan/pengobatan.
Kebijakan	Surat Keputusan Direktur tentang penetapan Kebijakan Sasaran Keselamatan pasien nomor 134/PER.DIRUT/RSPR/XII /2021 yang ditetapkan di Denpasar pada tanggal 31 Desember 2021
Prosedur	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri petugas. 2. Ajukan pertanyaan terbuka untuk mengetahui identitas pasien,minimal dua dari identitasnya yang tertera pada gelang pasien, seperti nama dan tanggal lahir 3. Lakukan identifikasi pada saat pemberian obat, di radiologi, tindakan invasif, pemberian tranfusi darah atau produk darah , pengambilan sampel laboratorium , pemberiaan diet,

	hemodialisa, memindahkan pasien ke unit lain, dengan cara menanyakan nama kepada pasien (bila pasien tidak sadar tanyakan kepada keluarga pasien) dan mencocokkan identitas pada gelang pasien 4. Jelaskan tindakan yang akan di lakukan kepada pasien 5. Setelah teridentifikasi lakukan tindakan atau intervensi kepada pasien. 6. Jika prosedur tindakan dilakukan lebih dari dua kali identifikasi boleh dilakukan secara visual dengan cara melihat gelang identifikasi dan mencocokkan minimal 2 identitas dari 3 identitas pasien yang tertera boleh dilakukan secara visual dengan cara melihat gelang identifikasi dan mencocokkan minimal 2 identitas dari 3 identitas pasien yang tertera digelang pasien

Unit yang terkait	1. Semua pegawai dilingkungan rumah sakit. 2. UGD 3. Unit rawat jalan 4. Unit rawat inap 5. Unit Pendaftaran 6. Unit Penunjang 7. Unit Radiologi 8. Ruang Operasi 9. Ruang Hemodialisa 10. Ruang Intensif 11. Ruang Bersalin. 12. Unit Gizi

PT. PURI RAHARJA RUMAH SAKIT UMUM PURI RAHARJA Sahabat Hidup Sehat	**PELEPASAN GELANG IDENTITAS PASIEN**		
	NO DOKUMEN /YANDIK/RSPR/XII/2021	NO REVISI 02	HALAMAN 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	TANGGAL TERBIT 31 DESEMBER 2021	DITETAPKAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM PURI RAHARJA DENPASAR - BALI Dr.GEDE BAGUSDARMAYASA,MM.,M.Repro	

Pengertian	Proses kegiatan identifikasi dengan melepaskan gelang identifikasi pada pasien Jenis gelang pasien yang dilepaskan yaitu : 1. Gelang berwarna pink untuk pasien dengan jenis kelamin perempuan. 2. Gelang berwarna biru untuk pasien dengan jenis kelamin laki-laki. 3. Gelang berwarna putih untuk pasien neonatus yang belum jelas jenis kelamin 4. Gelang berwarna kuning untuk pasien dengan resiko jatuh. 5. Gelang berwarna merah untuk pasien dengan alergi. 6. Gelang berwarna ungu untuk pasien DNR *(do not resuscitate)*
Tujuan	1. Menciptakan budaya keselamatan pasien rumah sakit. 2. Mencegah terjadinya insiden terkait keselamatan pasien, kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak diinginkan (KTD). 3. Sebagai acuan identifikasi pasien terhadap pasien yang akan mendapatkan pelayanan/pengobatan.
Kebijakan	Surat Keputusan Direktur tentang penetapan Kebijakan Sasaran Keselamatan pasien nomor 134/PER.DIRUT/RSPR/XII /2021 yang ditetapkan di Denpasar pada tanggal 31 Desember 2021
Prosedur	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri petugas kepada pasien dan keluarga pasien. 2. Jelaskan tujuan pelepasan gelang dan prosedur yang akan di lakukan. 3. Gelang identifikasi dilepas bila pasien sudah dipulangkan dari Rumah Sakit. 4. Apabila pasien dipulangkan, perawat ruangan, perawat

	PELEPASAN GELANG IDENTITAS PASIEN		
	NO DOKUMEN /YANDIK/RSPR/XII/2021	NO REVISI 02	HALAMAN 2/3
	hemodialisa dan bidan yang bertanggung jawab akan melepaskan gelang identitas pasien, serta memotong menjadi bagian-bagian kecil dan dibuang ke tempat sampah medis. 5. Gelang warna kuning di lepaskan saat skor resiko jatuh menjadi sedang atau ringan. 6. Gelang ungu di lepas saat pasien setuju di lakukan resusitasi 7. Untuk pasien Obstetri yang bayinya belum diperbolehkan pulang gelang ibu dilepas diruang perawatan sementara gelang bayinya masih dipakaikan di ibunya, bila bayi sudah diijinkan pulang gelang ibu dan bayi dilepaskan diruang bayi pada saat pengambilan bayi dengan cara memotong menjadi bagian kecil dan dibuang ketempat sampah medis. 8. Jika prosedur sudah selesai dilakukan ucapkan salam terima kasih pada pasien dan keluar		

PT. PURI RAHARJA RUMAH SAKIT UMUM PURI RAHARJA Sahabat Hidup Sehat	**PELEPASAN GELANG IDENTITAS PASIEN**		
	NO DOKUMEN /YANDIK/RSPR/XII/2021	NO REVISI 02	HALAMAN 3/3
Unit yang terkait	1. Semua pegawai dilingkungan rumah sakit. 2. UGD 3. Unit rawat jalan 4. Unit rawat inap 5. Unit Pendaftaran 6. Unit Penunjang 7. Unit Radiologi 8. Ruang Operasi 9. Ruang Hemodialisa 10. Ruang Intensif 11. Ruang Bersalin. 12. Unit Gizi		

PT. PURI RAHARJA RUMAH SAKIT UMUM PURI RAHARJA Sahabat Hidup Sehat	**PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN**		
	NO DOKUMEN /YANDIK/RSPR/XII/2021	NO REVISI 02	HALAMAN 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	TANGGAL TERBIT 31 DESEMBER 2021	DITETAPKAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM PURI RAHARJA DENPASAR - BALI Dr.GEDE BAGUSDARMAYASA,MM.,M.Repro	

Pengertian	Proses kegiatan identifikasi dengan memasang gelang identifikasi pada pasien Jenis gelang pasien yang digunakan yaitu : 1. Gelang berwarna pink untuk pasien dengan jenis kelamin perempuan. 2. Gelang berwarna biru untuk pasien dengan jenis kelamin laki-laki. 3. Gelang berwarna putih untuk pasien neonatus yang belum jelas jenis kelamin 4. Gelang berwarna kuning untuk pasien dengan resiko jatuh. 5. Gelang berwarna merah untuk pasien dengan alergi 6. Gelang berwarna ungu untuk pasien DNR *(do not resuscitate)*
Tujuan	1. Menciptakan budaya keselamatan pasien rumah sakit. 2. Mencegah terjadinya insiden terkait keselamatan pasien, kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak diinginkan (KTD). 3. Sebagai acuan identifikasi pasien terhadap pasien yang akan mendapatkan pelayanan/pengobatan.
Kebijakan	Surat Keputusan Direktur tentang penetapan Kebijakan Sasaran Keselamatan pasien nomor 134/PER.DIRUT/RSPR/XII /2021 yang ditetapkan di Denpasar pada tanggal 31 Desember 2021
Prosedur	1. Ucapkan salam dan perkenalkan diri petugas kepada pasien dan keluarga pasien. 2. Jelaskan tujuan pemasangan gelang dan prosedur yang akan di lakukan. 3. Pastikan identitas pasien tertempel di gelang pasien (nama, nomor rekam medis, tanggal kelahiran pasien dgn menggunakan barcode), verifikasi dengan pertanyaan

	terbuka kepada pasien dan keluarga lalu cocokkan dengan data rekam

medis pasien.Gelang identifikasi pasien di pasang UGD oleh perawat (untuk rawat inap, tindakan operasi dan tindakan medik), untuk pasien Obstetri dilakukan di ruang bersalin dan untuk pasien Hemodialisa regular dilakukan di ruang Hemodialisa.

4. Gelang di pasang pada anggota gerak dan jika tidak bisa boleh di pasang pada kancing baju pasien atau di temple pd dada pasien dengan plester transparan dan ditulis direkam medis.
5. Pasang gelang identifikasi pada pasien berdasarkan jenis kelamin (warna biru untuk laki-laki, warna merah jambu/pink untuk perempuan, warna putih pada neonates yang belum diketahui jenis kelaminnya) sementara untuk pasien Obstetri (melahirkan) gelang identitas dipasang 2 (1 untuk ibu, 1 lagi mengikuti jenis kelamin bayi) dan bayi baru lahir di pasang gelang 1 sesuai jenis kelamin.
6. Untuk pasien dengan alergi akan mendapatkan penambahan gelang merah, untuk pasien dengan resiko jatuh akan mendapatkan gelang warna kuning dan untuk pasien menolak tindakan resusitasi akan mendapatkan penambahan gelang ungu.
7. Untuk pasien rawat jalan klarifikasi identitas pasien dengan menanyakan nama, tanggal lahir dan di cocokkan dengan rekam medis pasien..
8. Jika prosedur sudah selesai dilakukan ucapkan salam terima kasih kepada pasien dan keluarga.

	PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN		
	NO DOKUMEN /YANDIK/RSPR/XII/2021	NO REVISI 02	HALAMAN 3/3
Unit yang terkait	1. Semua pegawai dilingkungan rumah sakit. 2. UGD 3. Unit rawat jalan 4. Unit rawat inap 5. Unit Pendaftaran 6. Unit Penunjang 7. Unit Radiologi 8. Ruang Operasi 9. Ruang Hemodialisa 10. Ruang Intensif 11. Ruang Bersalin. 12. Unit Gizi		