

PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3980/A000/XII/2021

TENTANG
PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN

LEMBAR VALIDASI
PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN
NOMOR: 3980/A000/XII/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Depi Rismayanti S.Kep	Manajer Keperawatan		20/12/2021
Verifikator	:	drg.Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		20/12/2021
Validator	:	dr.Nasir Okbah Sp.N	Direktur PT RS Intan Husada		20/12/21

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3980/A000/XII/2021
TENTANG
PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

Menimbang :

- a. bahwa untuk penyelenggaraan sasaran keselamatan pasien yang efisien dan efektif diseluruh jajaran struktural dan fungsional RS Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Identifikasi Pasien.
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a maka Direktur perlu menetapkan Panduan Identifikasi Pasien.

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 Tahun 2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien;
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
6. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan,MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;
7. Peraturan Direktur Nomor 3523/A000/XI/2021 tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN**

- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 3980/A000/XII/2021 Tentang Panduan Identifikasi Pasien
- Kedua : Panduan Identifikasi Pasien digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Panduan Identifikasi Pasien sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 21 Desember 2021

Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI.....	i
BAB I	1
DEFINISI.....	1
BAB II	2
RUANG LINGKUP	2
BAB III	3
TATA LAKSANA.....	3
A. Tata Laksana Identifikasi Pasien	3
B. Tata Laksana Gelang Identitas	7
C. Tata Laksana Pemasangan Penanda	9
BAB IV	12
DOKUMENTASI.....	12

BAB I DEFINISI

A. Pengertian

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

Identifikasi pasien dilakukan pada pasien di ruang perawatan (Unit Rawat Inap, Unit Intensif Dewasa, Unit Intensif Anak, Unit Kamar Operasi, Unit Kamar Bersalin), UGD (Unit Gawat Darurat), Unit Rawat Jalan, Unit Laboratorium, Unit Farmasi, dan Unit Radiologi.

Petugas yang melakukan identifikasi pasien adalah seluruh karyawan RS Intan Husada yang melakukan kontak langsung terhadap pasien yaitu : Dokter, Perawat, Bidan, Apoteker, Radiografer, fisiotherapis, Analis, adminitrasi ruangan, petugas distribusi makanan di RS Intan Husada.

Gelang Identitas adalah suatu alat berupa gelang identifikasi yang dipasang kepada pasien secara individual yang digunakan sebagai penanda identitas pasien selama dirawat di RS Intan Husada.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Sebagai acuan dalam identifikasi pasien di RS Intan Husada

2. Tujuan Khusus

- a. Sebagai acuan dalam kegiatan identifikasi pasien di RS Intan Husada;
- b. Sebagai acuan dalam kegiatan pemasangan gelang identitas pasien di RS Intan Husada;
- c. Sebagai acuan dalam kegiatan pemasangan klip penanda pasien di RS Intan Husada.

BAB II

RUANG LINGKUP

A. Identifikasi Pasien :

1. Identifikasi Pasien dilakukan dengan 2 (dua) cara :
 - a. Identifikasi Pasien Dengan Menggunakan Gelang Identitas.
 - b. Identifikasi Pasien Tanpa Menggunakan Gelang Identitas.
2. Prosedur Yang Membutuhkan Identifikasi.
3. Identifikasi Pasien Meninggal.
4. Identifikasi Nama Pasien yang Sama.
5. Identifikasi Pasien Pada Keadaan Khusus.

B. Gelang Identitas :

1. Warna Gelang Identitas :
 - a. Warna Gelang Identitas Biru.
 - b. Warna Gelang Identitas Pink.
2. Kebijakan pemasangan Gelang Identitas
 - a. Pemasangan Gelang Identitas.
 - b. Melepas Gelang Identifikasi.

C. Pemasangan Penanda :

1. Klip Penanda.
2. Stiker/Symbol Penanda.

BAB III

TATA LAKSANA

A. Tata Laksana Identifikasi Pasien

1. Identifikasi Pasien dilakukan dengan 2 cara yaitu:

a. Identifikasi Pasien Dengan Menggunakan Gelang Identitas.

Pasien Dengan Menggunakan Gelang Identitas :

- 1) Identifikasi pasien dilakukan pada kontak pertama (kontak yang terjadi pada saat pertama kali petugas RS Intan Husada bertemu dengan pasien) dilakukan dengan cara verbal dan visual yaitu dengan cara menanyakan nama lengkap pasien dan tanggal lahir pasien dengan kalimat terbuka sambil mencocokkan antara jawaban pasien dengan gelang identitas pasien.
- 2) Identifikasi pasien dilakukan pada kontak kedua dan selanjutnya (kontak yang terjadi setelah dilakukannya kontak pertama) dilakukan dengan cara visual dengan menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahir pasien yang tertera digelang identitas sampai pasien memberikan jawaban bahwa identitas sudah sesuai.
- 3) Identifikasi pasien dengan menggunakan gelang dilakukan pada semua pasien Rawat Inap, Rawat Jalan layanan ODC (*One Day Care*) dan pasien UGD yang telah terdaftar sebagai pasien rawat inap.

b. Identifikasi Pasien Tanpa Menggunakan Gelang Identitas.

Identifikasi pasien tanpa menggunakan gelang identitas adalah identifikasi yang dilakukan pada pasien yang tidak terpasang gelang identitas. Kebijakan Identifikasi Pasien Tanpa Menggunakan Gelang Identitas :

- 1) Identifikasi pasien dilakukan pada kontak pertama (kontak yang terjadi pada saat pertama kali petugas RS Intan Husada bertemu dengan pasien) dilakukan dengan cara verbal dan visual yaitu dengan cara menanyakan nama lengkap pasien dan tanggal lahir pasien dengan kalimat terbuka sambil mencocokkan antara jawaban pasien dengan berkas rekam medis pasien.
- 2) Identifikasi pasien dilakukan pada kontak kedua dan selanjutnya melakukan identifikasi pasien secara visual dengan cara menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahir pasien yang tertera di rekam medis pasien sampai pasien memberikan jawaban bahwa identitas sudah sesuai.
- 3) Identifikasi pasien tanpa menggunakan gelang identitas dilakukan pada pasien Rawat Jalan kecuali pasien ODC (*One Day Care*) dan pada pasien UGD yang belum terdaftar sebagai pasien rawat inap.

2. Prosedur Yang Membutuhkan Identifikasi

a. Prosedur Yang Membutuhkan Identifikasi antara lain :

1) Pemberian obat-obatan

Identifikasi pasien untuk pemberian obat oral, intravena, intramuskular ataupun rute pemberian obat lain :

- a) Lihat instruksi dokter di rekam medis pasien.

- b) Nilai kesesuaian antara **NAMA LENGKAP** dan **TANGGAL LAHIR** pasien yang tertera digelang identitas pasien dengan identitas yang tertera di daftar Pemberian Obat.
 - c) Verifikasi oleh dua orang perawat, menggunakan **Daftar Pemberian Obat**. Pemberian obat kepada pasien sesuai dengan **Prinsip 7 Benar**, yaitu :
 - BENAR PASIEN
 - BENAR OBAT
 - BENAR DOSIS
 - BENAR WAKTU PEMBERIAN
 - BENAR CARA PEMBERIAN
 - BENAR INFORMASI
 - BENAR DOKUMENTASI
- 2) Prosedur pemeriksaan Radiodiagnostik, *Imaging*
- a) Petugas Radiologi harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:
 - Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan nomor rekam medisnya.
 - Periksa dan cocokkan data pada gelang pengenalan dengan rekam medis. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur.
 - Jika terdapat ≥ 2 pasien di Unit Radiologi dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.
 - b) Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum paparan radiasi (*exposure*) dilakukan.
- 3) Intervensi pembedahan dan prosedur invasif, pengobatan/tindakan lainnya. Identifikasi pada pasien sebelum dilakukan proses pembedahan dan prosedur invasif/tindakan lain dan prosedur tindakan lainnya terhadap pasien:
- a) Petugas di kamar operasi harus mengkonfirmasi identitas pasien.
 - b) Jika diperlukan untuk melepas gelang identifikasi selama dilakukan operasi, tugaskanlah seorang perawat di kamar operasi untuk bertanggung jawab melepas dan memasang kembali gelang identifikasi pasien.
 - c) Gelang identifikasi yang dilepas harus ditempatkan di depan rekam medis pasien.
- 4) Pengambilan sampel
- Identifikasi pasien untuk pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan klinis:
- a) Lihat intruksi dokter di rekam medis pasien.
 - b) Cocokkan identitas **NAMA LENGKAP** dan **TANGGAL LAHIR** pasien yang tertera digelang identitas pasien dengan formulir laboratorium.
 - c) Pemberian label pada tabung darah dilakukan dengan segera setelah darah diambil.
 - d) Cara pelabelan tabung darah meliputi :
 - Nama pasien
 - Tanggal Lahir
 - Nomor Rekam Medis

- e) Lakukan *double check* dengan perawat lain yang sedang bertugas dengan mencocokkan **NAMA LENGKAP** dan **TANGGAL LAHIR** pasien antara tabung darah dengan formulir laboratorium sebelum darah dikirim ke laboratorium.
- 5) Pemberian tranfusi dan produk darah
Identifikasi pasien untuk pemberian produk darah / transfusi darah :
 - a) Lihat instruksi dokter di rekam medis pasien.
 - b) Nilai kesesuaian antara **NAMA LENGKAP** dan **TANGGAL LAHIR** pasien yang tertera digelang identitas pasien dengan identitas yang tertera di produk darah.
 - c) Verifikasi oleh dua orang perawat, menggunakan **checklist Pemberian Transfusi Darah**.
 - d) Sebelum memulai transfusi darah atau produk darah :
 - Cocokkan kantong darah atau produk darah dengan:
 - Instruksi dokter di rekam medis pasien
 - Form permintaan transfusi darah
 - Kartu label
 - Cocokkan kantong darah atau produk darah dengan Identitas Pasien.
 - e) Libatkan pasien dengan mengkonfirmasi Identitas dan Golongan Darah secara verbal kepada pasien dan keluarga sambil mencocokkan dengan golongan darah yang tertera di kartu label darah.
 - f) Dokumentasikan tanggal dan jam transfusi dilakukan.
- 6) Rawat Gabung
Identifikasi Pasien sebelum melakukan tindakan rawat gabung :
 - a) Petugas memasang gelang identitas pada bayi baru lahir ditangan kanan.
 - b) Gelang identitas bayi baru lahir berisikan nama ibu, nomor rekam medis bayi, tanggal dan jam lahir bayi.
 - c) Kode gelang identitas pada bayi dan ibu harus sama.
 - d) Gunakan gelang identitas berwarna **merah muda** (*pink*) untuk bayi perempuan dan **biru** untuk bayi laki-laki.
 - e) Para staf RS Intan Husada harus mengkonfirmasi identitas pasien dengan benar dengan menanyakan nama dan nomor rekam medis, kemudian mencocokkan dengan yang tercantum di rekam medis dan gelang identitas. **Jangan** menyebutkan nomor kamar dan meminta pasien untuk mengkonfirmasi dengan jawaban ya/tidak.
 - f) **Jangan melakukan prosedur** apapun jika pasien tidak memakai gelang identitas.

3. Identifikasi Pasien Meninggal

Identifikasi pasien meninggal dilakukan dengan cara memasang label kematian yang berisi identitas pasien meliputi nama lengkap pasien, tanggal lahir pasien, tanggal dan jam kematian, tempat kematian, serta alamat pasien di ibu jari kaki kiri pasien.

Pasien yang meninggal di ruang rawat harus dilakukan konfirmasi terhadap identitasnya dengan gelang identifikasi dan nomor rekam medis (sebagai bagian dari proses verifikasi kematian)

4. Identifikasi Nama Pasien Yang Sama

- a. Jika terdapat pasien dengan nama yang sama, harus diinformasikan kepada perawat yang bertugas setiap kali pergantian jaga
- b. Jika dalam satu ruang terdapat pasien dengan nama sama, pada cover luar folder rekam medis dan semua formulir permintaan penunjang harus diberi tanda **“PASIEN DENGAN NAMA SAMA”**

5. Identifikasi Pasien Pada Keadaan Khusus :

- a. Pasien dengan luka bakar
 - 1) Petugas memasang gelang identitas pada ekstremitas bawah apabila pasien mengalami luka bakar, pada area ekstremitas atas.
 - 2) Bila pasien mengalami luka bakar yang mengakibatkan pasien tidak dapat dipasang gelang identitas maka proses identifikasi pada pasien tersebut dengan menggunakan media visual/foto pasien yang kemudian ditempel di rekam medis pasien
- b. Pasien dengan penurunan kesadaran tanpa identitas
 - 1) Penentuan identitasnya menggunakan simbol Tn/Mr. X atau Mrs/Ny. X dan bila jumlah pasiennya lebih dari satu orang maka menggunakan simbol Tn. X1, Tn. X2, Tn. X3 dan seterusnya atau Ny. X1, Ny. X2, Ny. X3 dan seterusnya serta diberikan nomor rekam medis.
 - 2) Bila pasien sudah sadar kembali dan atau pasien sudah bisa diidentifikasi identitasnya, maka penggunaan simbol tersebut langsung segera diganti dengan identitas asli pasien tersebut. Pada keadaan khusus dimana pasien tidak diketahui tanggal lahirnya tetapi mampu melakukan komunikasi secara verbal maka identifikasi pasien menggunakan dua identitas pasien yaitu Nama Lengkap Pasien dan Nomor Rekam Medis Pasien.
 - 3) Identifikasi pasien koma dengan identitas dilakukan dengan cara nama lengkap dan tanggal lahir pasien yang tertulis pada gelang identitas pasien.
- c. Pasien dengan gangguan kejiwaan
 - 1) Kapanpun dimungkinkan, pasien gangguan jiwa harus menggunakan gelang identitas.
 - 2) Akan tetapi terdapat hal-hal seperti kondisi pasien atau penanganan pasien yang menyebabkan sulitnya mendapat identitas pasien dengan benar sehingga perlu dipertimbangkan untuk menggunakan metode identifikasi lainnya dengan sumber data dari keluarganya.
 - 3) Identifikasi pasien dilakukan oleh petugas yang dapat diandalkan untuk mengidentifikasi pasien, dan lakukan pencatatan di rekam medis.
 - 4) Pada kondisi dimana petugas tidak yakin/tidak pasti dengan identitas pasien (misalnya saat pemberian obat), petugas dapat menanyakan nama dan tanggal lahir pasien atau nama dan alamat (jika memungkinkan) dan dapat dicek ulang pada rekam medis.
 - 5) Jika terdapat ≥ 2 pasien dengan nama yang sama di ruang rawat, berikan tanda/label notifikasi pada rekam medis, dan dokumen lainnya.
- d. Pasien dengan kondisi tidak memiliki ekstremitas
Pasien dengan keadaan khusus (tidak mempunyai ekstremitas atas dan bawah) sehingga tidak memungkinkan untuk dipasang gelang identitas maka proses

identifikasi dilakukan dengan menggunakan media visual/foto pasien yang kemudian ditempel di rekam medis pasien.

- e. Pasien dengan alergi terhadap bahan baku plastik /gelang
Pasien dengan alergi terhadap bahan baku plastik/gelang sehingga tidak memungkinkan untuk dipasang gelang identitas maka proses identifikasi pada pasien tersebut dilakukan dengan menggunakan media visual/foto pasien dan dokumentasi foto pasien yang menjalani operasi wajah dalam beberapa tahap dilakukan oleh dokter yang melakukan operasi.

B. Tata Laksana Gelang Identitas

1. Warna Gelang Identitas :
 - a. Warna Gelang Identitas Biru
Gelang identitas pasien yang berwarna biru digunakan oleh pasien laki-laki.
 - b. Warna Gelang Identitas Pink
Gelang identitas pasien yang berwarna pink digunakan oleh pasien wanita.
2. Kebijakan pemasangan Gelang Identitas
 - a. Pemasangan Gelang Identitas
 - 1) Petugas *admission* melakukan input pendaftaran identitas pasien berdasarkan Identitas yang berlaku (KTP) dan mencetaknya. Bagi pasien yang belum punya KTP bisa menggunakan kartu identitas lain (Akta Kelahiran, Kartu Pelajar atau Kartu Keluarga).
 - 2) Untuk mencegah kesalahan dalam penulisan identitas stiker identitas pasien harus digunakan untuk semua formulir rekam medis pasien, maupun formulir permintaan pemeriksaan penunjang.
 - 3) Gelang identitas di *print out* oleh petugas *admission* pada saat pasien didaftarkan sebagai pasien rawat inap.
 - 4) Petugas *admission* menyerahkan gelang identitas dan stiker pasien kepada petugas UGD atau Unit Rawat Jalan.
 - 5) Petugas UGD atau Unit Rawat Jalan bertanggung jawab memakaikan gelang identifikasi pasien di pergelangan tangan pasien dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
 - 6) Petugas yang memasang gelang identitas pasien berkewajiban untuk menjelaskan fungsi dan kegunaan gelang identitas dan di dokumentasikan di pada formulir informasi edukasi pasien.
 - 7) Gelang identitas yang tidak dapat dipasang di pergelangan tangan kanan maka gelang identitas dapat dipasang di pergelangan tangan kiri.
 - 8) Gelang identitas yang tidak dapat dipasang di pergelangan tangan maka gelang identitas dapat dipasang di pergelangan kaki.
 - 9) Gelang identitas yang rusak atau dilepas karena suatu hal maka gelang identitas harus dipasang ulang dengan meminta gelang identitas baru ke bagian *admission*.
 - 10) Gelang identitas pasien dan klip penanda hanya boleh dilepas saat pasien keluar/pulang dari rumah sakit.
 - 11) Gelang identitas pasien dipasang sesuai dengan jenis kelamin pasien (Pink untuk pasien wanita dan Biru untuk laki laki).

- 12) Gelang identitas pasien mencakup **3 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
 - a) Nama pasien minimal 2 kata, jika kurang dari 2 kata ditambahkan dengan nama nasab ibu kandung, Nama pasien sesuai dengan nama yang tercantum dalam KTP.
 - b) Nomor rekam medis pasien.
 - c) Tanggal lahir pasien.
- 13) Nama pasien tidak boleh disingkat dan nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
- 14) Bila terjadi kesalahan data di gelang identitas pasien maka gelang identitas harus diganti dengan yang baru sesuai dengan data pasien.
- 15) Gelang Identitas pasien harus dipakai oleh semua pasien selama pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit.
- 16) Petugas selalu melakukan identifikasi dengan menanyakan **Nama Lengkap** dan **Tanggal Lahir**, selalu gunakan pertanyaan terbuka pada pertemuan pertama (Verbal dan Visual), misalnya: "Siapa nama Anda?" (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti "Apakah nama anda Ibu Susi?") dan menggunakan pertanyaan tertutup pada kontak kedua dan selanjutnya (visual), misalnya "dengan ibu susi".
- 17) Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, afasia, disatria, 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 pasien dan nomor Rekam Medis, kemudian bandingkan jawaban pasien dengan data yang tertulis di gelang identitas.
- 18) Semua pasien rawat inap menggunakan minimal 1 gelang identitas.
- 19) Pengecekan gelang identitas dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
- 20) Sebelum pasien di *transfer* ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identitas terpasang dengan baik.
- 21) Unit yang menerima *transfer* pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.
- 22) Penanganan pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang identitas:
 - a) Hal ini dikarenakan pasien menolak penggunaan gelang identitas.
 - b) Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang identitas tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis pasien.
 - c) Jika pasien menolak menggunakan gelang identitas, petugas harus memotivasi pasien serta menjelaskan tujuan pemasangan gelang identitas serta risiko jika tidak memakai gelang identitas, dan jika pasien tetap menolak, maka pasien harus menandatangani penolakan tindakan.
- 23) Petugas memastikan kebenaran data yang tercatat digelang identitas dan gelang identitas terpasang dengan baik. Jika terdapat kesalahan data maka gelang identitas harus diganti.
- 24) Petugas di rawat inap memastikan kembali semua pasien terpasang gelang identitas.

- 25) Setiap petugas yang melaksanakan identifikasi pasien pada setiap pasien yang akan menjalani suatu prosedur (sebelum pemberian obat, sebelum pemberian tranfusi darah dan produk darah, sebelum pengambilan *sample* untuk pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi, sebelum dilakukan pengobatan /tindakan lain).
 - 26) Untuk ibu yang akan melahirkan, saat masuk perawatan akan dipasang gelang pasien berwarna merah muda, akan tetapi saat ibu melahirkan gelang ibu akan diganti sesuai dengan jenis kelamin bayi yang dilahirkannya yaitu merah muda (*pink*) bila ibu melahirkan bayi perempuan dan warna biru jika ibu melahirkan bayi laki – laki.
- b. Melepas Gelang Identitas
- 1) Gelang identitas (Gelang *Pink*/Gelang Biru) dan klip penanda, hanya dapat dilepas pada saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit dan telah menyelesaikan administrasi.
 - 2) Gelang identitas 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.
 - 3) Gelang identitas yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah domestik apabila tidak terkontaminasi dengan cairan tubuh pasien dan tempat sampah infeksius apabila gelang identitas terkontaminasi dengan cairan tubuh pasien.
 - 4) Bila gelang identitas harus dilepas sementara dikarenakan kondisi-kondisi yang memerlukan pelepasan gelang identitas (saat masih di rawat di rumah sakit), misalnya lokasi pemasangan gelang identitas mengganggu suatu prosedur, maka gelang identitas harus segera dipasang ulang setelah prosedur selesai dilakukan.

C. Tata Laksana Pemasangan Penanda

1. Klip Penanda.
 - a. Klip *Fall Risk*
Klip *Fall Risk* berwarna kuning yang dipasang pada gelang identitas pasien dengan hasil asesmen risiko jatuh tinggi.
 - b. Klip Alergi
Klip Alergi berwarna merah yang dipasang pada gelang identitas pasien apabila pasien mempunyai riwayat alergi (Obat, makanan, dll).
 - c. Klip *Do Not Resuscitate* (DNR).
Klip *Do Not Resuscitate* (DNR) berwarna ungu yang dipasang pada gelang identitas pasien apabila pasien menolak untuk dilakukan resusitasi jantung paru.
2. Stiker Penanda
 - a. Stiker *Not Blood Tranfusion*
Stiker *Not Blood Tranfusion* berwarna hijau yang dipasang digelang identitas pasien apabila pasien menolak untuk dilakukan transfusi.
 - b. Pada pasien yang memiliki nama dan tanggal lahir yang sama dengan pasien lain maka diberikan penanda berupa stiker pasien yang bertuliskan "**NAMA PASIEN SAMA**" di status rekam medis, formulir tindakan serta formulir obat - obatan.

D. Hal-hal Yang Perlu Diperhatikan

Jika terdapat perbedaan identitas pasien yang tercantum di rekam medis/formulir laboratorium/tempat obat, dan lainnya dengan di gelang identitas pasien, maka petugas yang menemukan harus :

1. Petugas mencatat nama/nomor yang tertera digelang dan nama/nomor yang tertera di media lain, menanyakan secara sopan kepada pasien ejaan penulisan namanya yang benar.
2. Segera melaporkan hal tersebut kepada Kepala Unit/ Penanggung Jawab tim/*shift* jika terdapat perbedaan signifikan (perbedaan nomor rekam medis, perbedaan nama, bukan perbedaan suku kata/huruf).
3. Jika hanya terdapat perbedaan huruf, petugas dapat melakukan pemeriksaan ulang di berkas rekam medis pasien atau menanyakan langsung ke bagian pendaftaran pasien.
4. Perubahan penulisan nama dan nomor rekam medis merupakan kewenangan bagian pendaftaran dan Kepala Unit/Kepala Ruangan, dan dinyatakan dalam dokumen tertulis yang ditandatangani Kepala Unit masing-masing (pendaftaran dan rawat inap).
5. Pasien yang akan di rujuk ke rumah sakit lain untuk alih rawat, gelang identitas pasien dilepas sesuai dengan prosedur yang berlaku.
6. Pasien yang akan dirujuk ke rumah sakit lain untuk pemeriksaan penunjang, gelang identitas pasien tetap dipertahankan kecuali bila pemeriksaan yang akan dilakukan mengharuskan gelang identitas pasien dilepas, maka dilakukan pemasangan ulang gelang identitas pasien yang baru.

E. Pelaporan Insiden/Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien

1. Setiap petugas yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada petugas yang berwenang di ruang rawat inap tersebut, kemudian melengkapi laporan insiden sesuai prosedur.
2. Petugas harus berdiskusi dengan Kepala Unit, Manajer Pelayanan, Manajer Keperawatan atau *Duty Supervisor* (diluar jam kerja) mengenai pemilihan cara terbaik dan siapa yang akan memberitahukan kepada pasien/keluarga yang terjadi akibat kesalahan identifikasi.
3. Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah:
 - a. Kesalahan penulisan nama, nomor Rekam Medis, atau tanggal lahir.
 - b. Kesalahan informasi / data di gelang identitas.
 - c. Tidak adanya gelang identitas pasien
 - d. Mis-identitas pencatatan di rekam medis.
 - e. Mis-identifikasi pemeriksaan penunjang medis.
 - f. Mis-identitas laporan investigasi.
 - g. Mis-identitas persetujuan rawat inap.
 - h. Registrasi ganda saat masuk rumah sakit.
 - i. Salah memberikan obat ke pasien.
 - j. Pasien menjalani prosedur yang salah.
 - k. Salah pelabelan identitas pada sampel darah.
 - l. Salah dalam penempatan berkas Rekam Medis.
4. Kesalahan juga termasuk insidens yang terjadi akibat adanya mis identitas, dengan atau tanpa menimbulkan bahaya, dan juga insidens yang hampir terjadi dimana mis identitas terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur.

5. Beberapa penyebab umum terjadinya mis identitas adalah:
 - a. Kesalahan pada administrasi/tata usaha:
 - 1) Salah memberikan label.
 - 2) Kesalahan mengisi formulir.
 - 3) Kesalahan memasukkan nomor/angka pada rekam medis.
 - 4) Penulisan alamat yang salah.
 - 5) Pencatatan yang tidak benar/tidak lengkap/tidak terbaca.
 - b. Kegagalan verifikasi:
 - 1) Tidak adekuatnya/tidak ada protokol verifikasi.
 - 2) Tidak mematuhi protokol verifikasi.
 - c. Kesulitan komunikasi:
 - 1) Hambatan akibat penyakit pasien, kondisi kejiwaan pasien, atau keterbatasan bahasa.
 - 2) Kegagalan untuk pembacaan kembali.
 - 3) Kurangnya kultur/budaya organisasi.
6. Jika terjadi insidens akibat kesalahan identifikasi pasien, hal yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:
 - a. Pastikan keamanan dan keselamatan pasien.
 - b. Pastikan bahwa tindakan pencegahan cedera telah dilakukan.
 - c. 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

- A. Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
- B. Formulir Catatan Keperawatan
- C. Formulir Edukasi Informasi Pasien
- D. Formulir Triase Pasien