PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2025

KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/83/IX/2025

tentang

PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN
DI RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

Menimbang : a. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa, maka diperlukan pelayanan untuk mengidentifikasi pasien, untuk itu perlu di buat Panduan Identifikasi Pasien.

b. Bahwa agar identifikasi pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Revisi Panduan Identifikasi Pasien yang ditetapkan dalam keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
4. Keputusan Kementerian Kesehatan RI nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
5. Keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan RI, nomor HK.02.02/d/47104/2024 tentang Instrumen Survey Akreditasi Rumah Sakit 2024.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : a. Panduan Identifikasi Pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan ini;

b. Panduan Identifikasi Pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa dijadikan acuan bagi seluruh petugas dalam menyelenggarakan pelayanan di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa;

c. Pada saat keputusan ini mulai berlaku, Panduan Identifikasi Pasien yang disahkan dengan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/2B/I/2018 tentang Panduan Identifikasi Pasien dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

d. Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 15 September 2025

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa



dr. IMAN FATHURROHMAN W.,Sp.B., M.Si., MARS.
Kolonel Kes NRP 524330

PANDUAN IDENTIFIKASI PASIEN
RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I
PENDAHULUAN

1. Latar Belakang.

Rumah Sakit Angkatan Udara (RSAU) dr. Esnawan Antariksa merupakan rumah sakit pelaksana tekhnis Pusat Kesehatan Angkatan Udara (Puskesau). Puskesau merupakan Badan Pelaksana Pusat Tingkat Markas Besar Tentara Nasional Indonesia Angkatan Udara (TNI AU) yang berkedudukan langsung di bawah Kepala Staf Angkatan Udara. Puskesau memiliki tugas membina dan menyelenggarakan fungsi kesehatan dan pembinaan jasmani personel TNI AU. Salah satu fungsi Puskesau adalah memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka memelihara dan meningkatkan tingkat kesehatan personel TNI AU beserta keluarganya. Salah satu pelaksana tekhnis di jajaran Diskesau adalah RSAU dr. Esnawan Antariksa. Oleh karenanya RSAU dr. Esnawan Antariksa berkedudukan langsung dibawah Kepala Pusat Kesehatan Angkatan Udara.

Tugas utama RSAU dr. Esnawan Antriksa adalah melaksanakan dukungan kesehatan dalam setiap latihan operasi dan latihan TNI AU yang diselenggarakan oleh tingkat komando maupun tingkat Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma, memberikan pelayanan kesehatan bagi anggota militer beserta keluarga dan Pegawai Negeri Sipil (PNS) TNI AU beserta keluarga, melaksanakan uji kesehatan periodik bagi anggota militer Lanud Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma dan uji kesehatan non periodik dalam rangka mengikuti pendidikan / penugasan dan seleksi calon tantama, bintara, maupun perwira.

Visi dari RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menjadikan RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berwawasan ilmu pengetahuan, berteknologi modern, berkarakter profesional dalam melaksanakan dukungan dan pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum. Misi RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menyelenggarakan dukungan dalam kegiatan operasi dan latihan TNI AU / TNI, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional dan berkarakter baik promotif, preventif, dan kuratif bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarga, PNS beserta keluarga, dan bagi masyarkat

umum, meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan dengan memanfaatkan tekhnologi modern dan penerapan ilmu pengetahuanterkini serta mengembangkan profesionalitas yang berkarakter, dan sebagai subsistem kesehatan nasional turut aktif dalam pengabdian kepada masyarakat serta penanggulangan darurat dan bencana.

Moto RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah "Melayani Tanpa Batas". Falsafah RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah jiwa dan semangat pengabdian TNI adalah landasan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.

Dalam perjalanannya, RSAU dr Esnawan Antariksa berkembang menjadi sebuah rumah sakit yang mendapatkan penetapan Kelas B berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 03.05/I/523 pada tanggal 17 Maret 2011 dan telah lulus Akreditasi Paripurna pada tahun 2015 oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. RSAU dr. Esnawan Antariksa memiliki saranan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan penunjang medis lainnya. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, RSAU dr. Esnawan Antariksa selalu meningkatkan kualitas pelayanan baik manajemen, sarana prasaran, maupun sumber daya manusianya. Hal ini dilakukan untuk memenuhi tuntutan perkembangan ilmu dan tekhnologi serta memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi SNARS Edisi 1 Tahun 2018 sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada anggota TNI AU / TNI dan PNS beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum.

RSAU dr. Esnawan Antariksa dipimpin oleh seorang Kepala Rumah Sakit berdasarkan Surat Keputusan dari Kepala Staf Angkatan Udara. Pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh anggota RSAU dr. Esnawan Antariksa yang terdiri dari dokter, perawat, dan staf.

Sebagai sarana pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarga, PNS beserta keluarga, serta bagi masyarakat umum, maka masih ada hal-hal yang memerlukan pembenahan dan perbaikan. Maka dari itu disusunlah buku Panduan Identifikasi Pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa ini agar nantinya dapat digunakan sebagai acuan pelaksanaan RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Kesalahan identifikasi di RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya sadar, dalam keadaan kehilangan kesadaran, saat pasien berpindah tempat tidur berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri atau mengalami

situasi lainya.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka RSAU dr. Esnawan Antariksa membuat suatu panduan yang dapat digunakan sebagai pedoman bagi semua pihak dalam tata cara identifikasi pasien, termasuk di dalamnya identifikasi pasien sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik, sebelum pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, pengambilan spesimen, serta prosedur radiologi diagnostik. Hal ini bertujuan agar pelayanan di semua unit RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat bermutu dan meningkatkan keamanan bagi pasien di RSAU dr. Esnawan Antariksa, mengurangi terjadinya kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, acuan sebelum pemeriksaan dan melakukan tindakan di rawat jalan, terpeliharanya mutu pelayanan serta terjaganya keselamatan pasien

2. **Pengertian.**

Identifikasi adalah proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang.

Identifikasi pasien adalah proses mencocokkan gelang identifikasi pasien pada pergelangan tangan kiri / kanan, yang tercantum nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis dengan identitas orang yang akan diberikan, dilakukan tindakan / prosedur, diambil darah / sampel, diberikan darah atau produk darah, dilakukan pengobatan. Gelang identifikasi pasien adalah suatu alat berupa gelang identifikasi yang dipasangkan kepada pasien secara individual yang digunakan sebagai identitas pasien selama perawatan di rumah sakit.

Suatu alat berupa labelling berisi nama, tanggal lahir dan nomor rekam medis pasien secara individual yang digunakan sebagai identitas pasien, untuk memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama perawtan dan pemberian tindakan invasif di rumah sakit dan identifikasi resiko jatuh.

BAB II RUANG LINGKUP

Panduan ini diterapkan kepada semua pasien rawat inap, day care, Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan diagnostik yang akan menjalani suatu prosedur/ tindakan. Pelaksana panduan ini adalah semua tenaga kesehatan (medis, perawat, farmasi, dan tenaga kesehatan lainnya); staf di ruang rawat, staf administratif dan staf pendukung yang bekerja di rumah sakit.

a. Prinsip

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

2) Kapanpun dimungkinkan, pasien rawat inap, day care, IGD dan diagnostik harus menggunakan gelang pengenal/ identifikasi dengan minimal 2 data yaitu nama lengkap pasien dan tanggal lahir.

3) Tujuan utama tanda pengenal /identifikasi ini adalah untuk mengidentifikasi pemakainya

4) Tanda pengenal/identifikasi ini digunakan pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, atau pemberian tindakan medis atau tindakan lain.

b. Cara Identifikasi Pasien. Identifikasi pasien dilakukan dengan mencocokan identitas pasien melalui pertanyaan langsung tentang nama lengkap dan tanggal lahir pasien dengan gelang identifikasi pasien sebelum pemberian obat atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen , atau sebelum pemberian tindakan medis , sebelum pemberian makanan atau tindakan lain.

c. Waktu Penggunaan Gelang Identifikasi.

1) Ketika pasien masuk ke Ruang Rawat Inap RSAU dr Esnawan Antariksa, pemasangan gelang dilakukan oleh perawat Instalasi Rawat Inap.

2) Ketika pasien akan melakukan tindakan invasif di Instalasi Gawat Darurat, pemasangan gelang dilakukan oleh perawat IGD.

d. Kewajiban dan Tanggung Jawab.

1) Seluruh staf Rumah sakit.

2) Memahami dan menerapkan prosedur identifikasi pasien.

3) 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.

4) Melaporkan kejadian salah identifikasi pasien termasuk hilangnya gelang pengenal.

e. SDM yang bertugas (Staf Admision/Perawat Penanggung Jawab Pasien).

1) Bertanggung jawab memakaikan gelang identifikasi pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang pengenal.

2) Memastikan gelang identifikasi terpasang dengan baik jika terdapat kesalahan data gelang identifikasi harus diganti dan bebas coretan.

f. Kepala Instalasi / Kepala Ruang.

1) Memastikan seluruh staf di Instalasi memahami prosedur identifikasi pasien dan menerapkannya.

2) Menyelidiki semua insiden salah identifikasi pasien dan memastikan terlaksananya suatu tindakan untuk mencegah terulangnya insidens tersebut.

g. Manajer.

1) Memantau dan memastikan panduan identifikasi pasien dikelola dengan baik oleh Kepala Instalasi.

2) Menjaga standarisasi dalam menerapkan panduan identifikasipasien.

BAB III
KEBIJAKAN

1. Kebijakan Umum

a. Identifikasi merupakan proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang.

b. Suatu alat berupa gelang identifikasi yang dipasangkan kepada pasien secara individual yang digunakan sebagai identitas pasien, untuk memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama perawatan dan pemberian tindakan invasif di rumah sakit.

c. Mengurangi kejadian/kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi. Kesalahan ini dapat berupa salah pasien, kesalahan prosedur, kesalahan transfusi dan kesalahan pemeriksaan diagnostik.

2. Kebijakan Khusus.

a. Gelang pengenal/identitas pasien (Gelang pink untuk perempuan/Gelang Biru untuk laki-laki) sebaiknya mencakup 3 Detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien yaitu:

1) Nama Lengkap Pasien.
2) Tanggal lahir. (Tanggal/Bulan/Tahun)
3) Nomor Rekam Medik.

b. Gelang identifikasi alergi (Gelang Merah) mencakup 3 detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:

1) Nama Lengkap pasien.

2) Tanggal lahir. (Tanggal/Bulan/Tahun)

3) Jenis alergi.

c. Gelang identifikasi Risiko Jatuh (Gelang Kuning) mencakup 3 detail wajib yaitu:

1) Nama Lengkap Pasien.

2) Tanggal Lahir. (Tanggal/Bulan/Tahun)

3) Tingkat Risiko Jatuh.

d. Gelang identifikasi *Do Not Resuscitate* (Gelang Ungu) mencakup 3 detail wajib yaitu:

1) Nama Lengkap Pasien.

2) Tanggal Lahir. (Tanggal/Bulan/Tahun)

3) Nomor Rekam Medik.

e. Cara identifikasi pasien dengan menggunakan minimal 2 identitas dari 3 indentifikasi pasien yang tercantum di rekam medis. Dua identitas yang disebutkan oleh pasien adalah nama dan tanggal lahir yang sesuai dengan e KTP.

f. Pelaksana kebijakan ini adalah semua tenaga kesehatan (medis, perawat, farmasi, dan tenaga kesehatan lainnya); staf di ruang rawat, staf administratif dan staf pendukung yang bekerja di rumah sakit.

BAB IV
TATA LAKSANA IDENTIFIKASI

1. Tata Laksana Gelang Identifikasi Pasien.

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 identifikasi dipergelangan tangan pasien yang dominan.

c. Jelaskan dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien. Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi di mana tidak dapat di pasang di pergelangan kaki, gelang identifikasi dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.Gelang identifikasi harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.

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

e. Gelang pengenal dan gelang alergi hanya boleh dilepas saat pasien keluar/pulang dari rumah sakit. Gelang risiko jatuh hanya boleh di lepas apabila pasien sudah tidak beresiko jatuh. Gelang Do not resuscitate hanya boleh boleh dilepas saat pasien keluar/pulang dari rumah sakit.

f. Gelang pengenal/identitas pasien (Gelang pink untuk perempuan/Gelang Biru untuk laki-laki) mencakup 3 detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien yaitu :

1) Nama Lengkap Pasien.

2) Tanggal lahir. (Tanggal/Bulan/Tahun)

3) Nomor Rekam Medik.

g. Gelang identifikasi alergi (Gelang Merah) mencakup 3 detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu :

1) Nama Lengkap pasien.

2) Tanggal lahir. (Tanggal/Bulan/Tahun)

3) Nomor Rekam Medik.

h. Gelang identifikasi Risiko Jatuh (Gelang Kuning) mencakup 3 detail wajib yaitu:

1) Nama Lengkap Pasien

2) Tanggal Lahir (Tanggal/Bulan/Tahun)

3) Nomor Rekam Medik

i. Gelang identifikasi Risiko Jatuh (Gelang Kuning) mencakup 3 detail wajib yaitu:

1) Nama Lengkap Pasien

2) Tanggal Lahir (Tanggal/Bulan/Tahun)
Nomor Rekam Medik

j. Gelang identifikasi Risiko Jatuh (Gelang Kuning) mencakup 3 detail wajib yaitu:

1) Nama Lengkap Pasien

2) Tanggal Lahir (Tanggal/Bulan/Tahun)

3) Nomor Rekam Medik

k. Gelang identifikasi Risiko Jatuh (Gelang Kuning) mencakup 3 detail wajib yaitu:

1) Nama Lengkap Pasien

2) Tanggal Lahir (Tanggal/Bulan/Tahun)

3) Nomor Rekam Medik

l. Gelang identifikasi *Do Not Resucitate* (Gelang Ungu) mencakup 3 detail wajib yaitu :

1) Nama Lengkap Pasien.

2) Tanggal Lahir. (Tanggal/Bulan/Tahun)

3) Nomor Rekam Medik

m. Detail lainnya adalah warna gelang pengenal sesuai dengan

jenis kelamin pasien.

n. Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di Rekam Medis.

o. Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang identifikasi. Ganti gelang identifikasi bila jika terdapat kesalahan penulisan data.

p. Jika gelang identifikasi terlepas, segera berikan gelang identifikasi yang baru.

q. Gelang identifikasi harus dipakai oleh semua pasien selama perawatan di rumah sakit kecuali pada pasien alergi bahan dasar gelang dan pasien luka bakar yang luas atau mengenai extremitas memakai media visual/foto.

r. Jelaskan prosedur identifikasi dan tujuannya kepada pasien, periksa ulang detail data di gelang identifikasi sebelum dipakaikan ke pasien.

s. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka : misalnya :"Siapa nama Anda?" (Jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti "Apakah nama anda ibu Yayu?").

t. Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, afasia, retardasi mental, dan dementia) verifikasi identitas pasien kepada keluarga / pengantarnya. Jika mungkin gelang pengenal jangan dijadikan satu- satunya bentuk identifikasi sebelum dilakukan suatu intervensi.Tanya ulang nama lengkap kemudian bandingkan jawaban pasien dengan data yang tertulis di gelang pengenalnya.

u. Semua pasien rawat inap yang akan menjalani prosedur menggunakan minimal 1 (satu) gelang identifikasi.Pengecekan gelang identifikasi dilakukan tiap kali pergantian perawat.

v. Sebelum pasien ditransfer ke unit lain lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identifikasi terpasang dengan baik.

w. Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.

x. Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang identifikasi. Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab seperti:

1) Menolak penggunaan gelang identifikasi.

2) Gelang Identifikasi menyebabkan iritasi kulit.

3) Gelang identifikasi terlalu besar.

4) Pasien melepas gelang identifikasi.

5) Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang identifikasi tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis.

6) Jika pasien menolak menggunakan gelang identifikasi, petugas harus lebih waspada dan mencari cara lain untuk mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum dilakukan prosedur kepada pasien

2. Tindakan / prosedur yang membutuhkan identifikasi. Berikut adalah beberapa prosedur yang membutuhkan identifikasi pasien:

a. Pemberian obat-obatan.

b. Prosedur pemeriksaan radiologi (rontgen,MRI,dan sebagainya).

c. Intervensi pembedahan dan prosedur invasif lain-lain.

d. Transfusi darah

e. Pengambilan sampel (misalnya darah, tinja.urin.dan sebagainya).

f. Transfer pasien.

g. Pemberian makanan.

h. Bayi baru lahir/neonatus.

i. Konfirmasi kematian.

Para staff RSAU dr Esnawan Antariksa harus mengkonfirmasi identifikasi pasien dengan benar dengan menanyakan nama lengkap dan tanggal lahir pasien ,kemudian membandingkannya dengan yang tercantum di rekam medis dan gelang pengenal, jangan menyebutkan nama dan tanggal lahir serta meminta pasien untuk mengkonfirmasi dengan jawaban ya /tidak.

Jangan melakukan prosedur apapun jika pasien tidak memakai gelang pengenal dan harus dipakaikan ulang oleh perawat yang bertugas menangani pasien secara personal sebelum pasien menjalani suatu prosedur.

3. Tata laksana identifikasi pasien pada pemberian obat-obatan
Perawat harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:

a. Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.

b. Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenal dengan rekam medis.

c. Jika data yang diperoleh sama lakukan prosedur/pemberian obat.

d. Jika terdapat 2 pasien dengan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.

e. Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pemberian obat dilakukan.

4. Tata laksana identifikasi pasien pada pemberian obat-obatan
Perawat harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:

a. Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.

b. Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenal dengan rekam medis.

c. Jika data yang diperoleh sama lakukan prosedur/pemberian obat.

d. Jika terdapat 2 pasien dengan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.

e. Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pemberian obat dilakukan.

5. Tata laksana identifikasi pasien pada pemberian obat-obatan
Perawat harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:

a. Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.

b. Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenal dengan rekam medis.

c. Jika data yang diperoleh sama lakukan prosedur/pemberian obat.

d. Jika terdapat 2 pasien dengan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.

e. Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pemberian obat dilakukan.

6. Tata laksana identifikasi pasien yang menjalani pemeriksaan radiologi.

a. Petugas radiologi harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:

1) Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap & tanggal lahirnya.
2) Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenal dengan rekam medis.

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

7. Tata laksana identifikasi pasien pada pemberian obat-obatan
Perawat harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:

a. Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.

b. Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenal dengan rekam medis.

c. Jika data yang diperoleh sama lakukan prosedur/pemberian obat.

d. Jika terdapat 2 pasien dengan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.

e. Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pemberian obat dilakukan.

8. Tata laksana identifikasi pasien yang menjalani pemeriksaan radiologi.

a. Petugas radiologi harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:

1) Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap & tanggal lahirnya.
2) Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenal dengan rekam medis.

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

9. Tata laksana identifikasi pasien yang menjalani tindakan operasi.

a. Semua pasien rawat inap yang akan menjalani prosedur menggunakan minimal 1 (satu) gelang identifikasi.Pengecekan gelang identifikasi dilakukan tiap kali pergantian perawat.

b. Sebelum pasien ditransfer ke unit lain lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identifikasi terpasang dengan baik.

c. Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.

d. Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang identifikasi. Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab seperti:

1) Menolak penggunaan gelang identifikasi.

2) Gelang Identifikasi menyebabkan iritasi kulit.

3) Gelang identifikasi terlalu besar.

4) Pasien melepas gelang identifikasi.

5) Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang identifikasi tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis.

6) Jika pasien menolak menggunakan gelang identifikasi, petugas harus lebih waspada dan mencari cara lain untuk mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum dilakukan

prosedur kepada pasien

10. Tindakan / prosedur yang membutuhkan identifikasi.
Berikut adalah beberapa prosedur yang membutuhkan identifikasi pasien:

a. Pemberian obat-obatan.

b. Prosedur pemeriksaan radiologi (rontgen,MRI,dan sebagainya).

c. Intervensi pembedahan dan prosedur invasif lain-lain.

d. Transfusi darah

e. Pengambilan sampel (misalnya darah, tinja.urin.dan sebagainya).

f. Transfer pasien.

g. Pemberian makanan

11. Tatalaksana identifikasi pasien yang akan dilakukan pengambilan dan pemberian darah. (transfusi darah)

a. Identifikasi, pengambilan, pengiriman, penerimaan, dan penyerahan komponen darah (transfusi) merupakan tanggung jawab petugas yang mengambil darah.

b. Dua orang staf RS yang kompeten harus memastikan kebenaran data demografik pada kantong darah, jenis darah, golongan darah pada pasien dan yang tertera pada kantong darah, waktu kadaluarsanya, dan identitas pasien pada gelang pengenal.
c. RS harus meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.

d. Jika staf RS tidak yakin/ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.

12. Tata laksana identifikasi pasien rawat jalan.

a. Tidak perlu menggunakan gelang pengenal / gelang identifikasi.

b. Sebelum melakukan suatu prosedur / terapi, tenaga medis / perawat 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 prosedur / terapi tidak bisa dilaksanakan.

d. Jika pasien rawat jalan tidak dapat mengindentifikasi dirinya sendiri, verifikasi data dengan menanyakan keluarga / pengantar pasien

13. Tatalaksana identifikasi pasien yang identitasnya tidak diketahui.

a. Pasien akan diberi label menurut prosedur RSAU dr Esnawan Antariksa Jakarta sampai pasien dapat diidentifikasi dengan benar berupa Tn. X dan Ny. Y.

b. Saat pasien sudah dapat diidentifikasi berikan gelang pengenal dengan identitas yang sesungguhnya.

14. Tata laksana identifikasi pasien sebelum pemberian makanan.

a. Petugas pramusaji harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:

1) Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.

2) Memeriksa dan cocokkan data pada gelang pengenal dengan etiket makanan.

b. Jika data yang diperoleh tidak sama , hubungi perawat atau ahli gizi yang bertanggung jawab.

c. Jika data sudah cocok, makanan harus segera diberikan.

15. Tata laksana identifikasi pasien dengan menggunakan media visual/ foto.

a. Identifikasi dengan menggunakan media visual/foto pada pasien gangguan jiwa, pasien luka bakar yang luas atau luka bakar yang mengenai extremitas, pasien alergi terhadap bahan baku gelang pengenal.

b. Petugas mengambil gambar/foto pasien setelah masuk perawatan.

c. Cetak foto (diprint) dengan ukuran post card.

d. Tempelkan foto pasien di sampul file rekam medis disertai data lengkap lainnya

16. Tata laksana identifikasi bayi baru lahir/ neonatus.

a. Petugas mengecap kedua telapak kaki bayi pada lembar yang tersedia pada rekam medik bayi. Bubuhkan pula cap ibu jari dari ibu yang melahirkan bayi tersebut.

b. Tandatangani oleh petugas pelaksana dan saksi dari pihak keluarga yang disahkan oleh kepala rumah sakit atau yang mewakili.

c. Petugas memasang gelang pengenal di tangan kanan, jika tidak memungkinkan di tangan kiri atau kaki sesaat setelah bayi lahir :

1) Warna pink untuk perempuan.

2) Warna biru untuk laki-laki.

d. Tulis nama ibu bayi pada gelang pengenal, tanggal lahir bayi, jam lahir bayi dan berat serta panjang badan bayi.

e. Untuk bayi kembar identitas di gelang diberi huruf A, B, C dan seterusnya untuk membedakan bayi pertama, kedua dan seterusnya.

17. Tata laksana identifikasi bayi baru lahir/ neonatus.

a. Petugas mengecap kedua telapak kaki bayi pada lembar yang tersedia pada rekam medik bayi. Bubuhkan pula cap ibu jari dari ibu yang melahirkan bayi tersebut.

b. Tandatangani oleh petugas pelaksana dan saksi dari pihak keluarga yang disahkan oleh kepala rumah sakit atau yang mewakili.

c. Petugas memasang gelang pengenal di tangan kanan, jika tidak memungkinkan di tangan kiri atau kaki sesaat setelah bayi lahir :

1) Warna pink untuk perempuan.

2) Warna biru untuk laki-laki.

d. Tulis nama ibu bayi pada gelang pengenal, tanggal lahir

bayi, jam lahir bayi dan berat serta panjang badan bayi.

e. Untuk bayi kembar identitas di gelang diberi huruf A, B, C dan seterusnya untuk membedakan bayi pertama, kedua dan seterusnya.

18. Tata laksana identifikasi pasien yang meninggal.

a. Pasien yang meninggal di ruang rawat RSAU dr Esnawan Antariksa dilakukan konfirmasi terhadap identitasnya dengan gelang pengenal dan rekam medis (sebagai bagian dari proses verifikasi kematian).

b. Semua pasien yang meninggal dibuatkan surat kematian rangkap 2, salinan pertama untuk keluarga dan salinan kedua disimpan dalam rekam medis pasien.

c. Jika pasien menggunakan kantong jenazah (body bag) dibuatkan salinan ketiga untuk ditempel pada kantong jenazah.

19. Macam-macam Gelang Identifikasi.

Gelang Identifikasi pasien yang tersedia di RSAU dr Esnawan Antariksa adalah sebagai berikut:

a. Gelang berwarna pink untuk pasien berjenis kelamin perempuan.

b. Gelang berwarna biru untuk pasien berjenis kelamin laki-laki.

c. Gelang berwarna merah untuk pasien alergi tertentu baik obat, makanan dan bahan –bahan tertentu

Catatan : Semua pasien harus ditanyakan apakah mereka memiliki alergi tertentu.Semua jenis alergi harus di catat pada rekam medis pasien.

20. Melepas Gelang Identifikasi.

a. Gelang pengenal (Gelang Pink untuk perempuan dan Gelang Biru untuk laki-laki),hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.

b. Gelang untuk alergi (gelang merah),hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.

c. Gelang untuk risiko jatuh (gelang Kuning), hanya dilepas saat pasien sudah tidak berisiko jatuh.

d. Gelang untuk pasien *Do Not Resuscitate* (DNR) (gelang ungu), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.

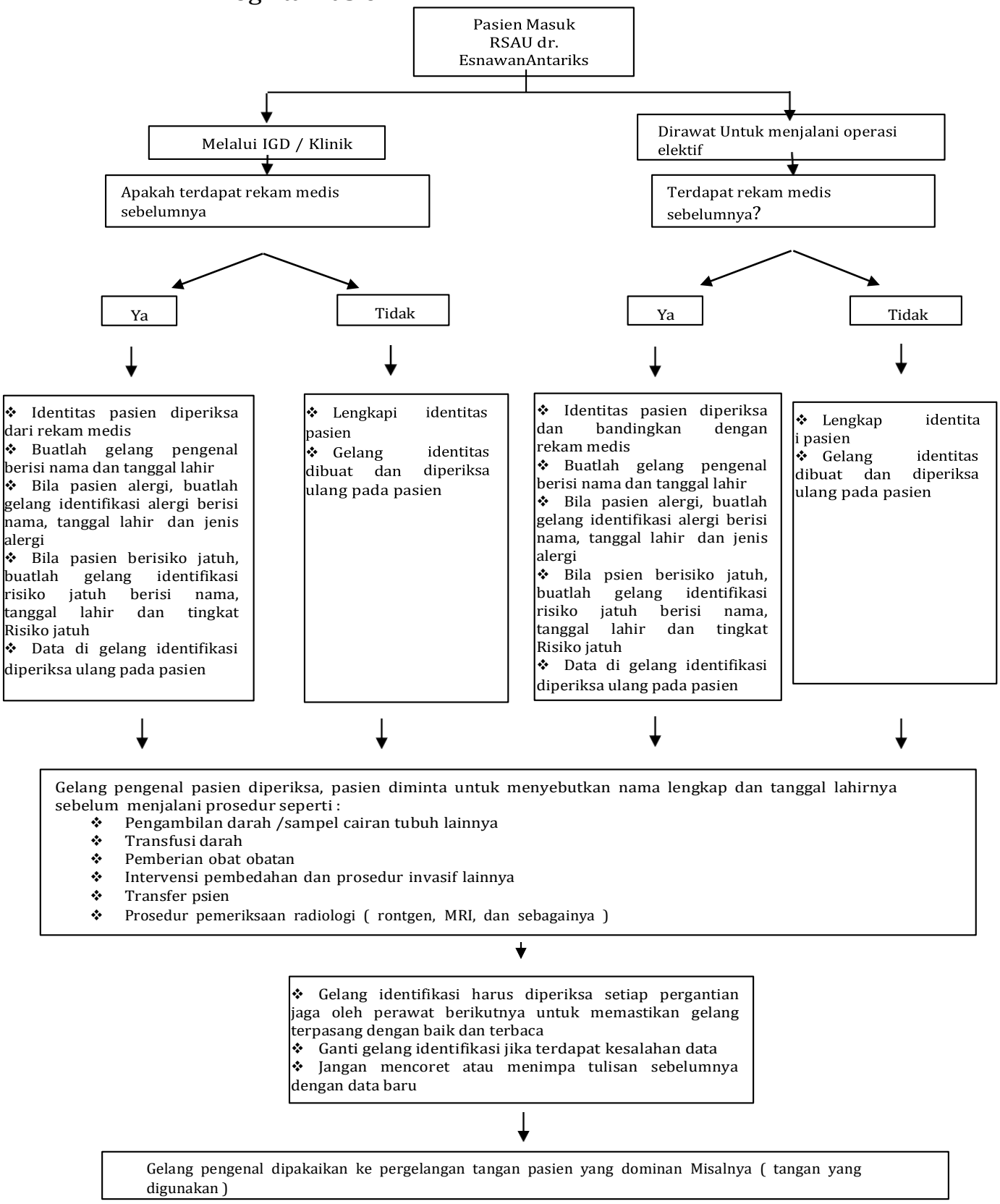
e. Petugas yang bertugas melepas gelang identifikasi adalah perawat yang bertanggung jawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit.

f. Gelang identifikasi dilepas setelah semua proses selesai dilakukan.Proses ini meliputi : pemberian obat-obatan kepada pasien dan pemberian penjelasan mengenai rencana perawatan selanjutnya kepada pasien dan keluarga.

g. Gelang identifikasi yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan- potongan kecil sebelum di buang ke tempat sampah.

h. 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 gelang identifikasi harus dipasang kembali.

21. Alogrita Pasien



22. Pelaporan Insiden / 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 insiden.

b. Petugas harus berdiskusi dengan kepala instalasi atau Manajer mengenai pemilihan cara terbaik dan siapa yang memberitahukan kepada pasien / keluarga mengenai kesalahan yang terjadi akibat kesalahan identifikasi.

c. Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah:

1) Kesalahan penulisan alamat rekam medis.

2) Kesalahan informasi/data di gelang pengenal.

3) Tidak adanya gelang pengenal di pasien.

4) Misidentifikasi data/pencatatan di rekam medis.

5) Misidentifikasi pemeriksaan radiologi (roentgen).

6) Misidentifikasi laporan investigasi.

7) Misidentifikasi perjanjian (appointment).

8) Registrasi ganda saat masuk rumah sakit.

9) Salah memberikan obat ke pasien.

10) Pasien menjalani prosedur yang salah.

11) Salah pelabelan identitas pada sampel darah.

d. Kesalahan juga termasuk insiden yang terjadi akibat adanya misidentifikasi dengan atau tanpa menimbulkan bahaya dan juga insidens yang hampir terjadi dimana misidentifikaksi terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur.

e. Beberapa penyebab terjadinya misidentifikasi adalah :

1) Kesalahan pada administrasi / tata usaha :

a) Salah memberikan label.
b) Kesalahan mengisi formulir.
c) Kesalahan memasukan nomor / angka pada rekam medis.

d) Penulisan alamat yang salah.

e) Pencatatan yang tidak benar/tidak lengkap/ tidak terbaca.

2) Kegagalan verifikasi.
   a) Tidak adekuatnya/ tidak adanya protokol verifikasi.
   b) Tidak memenuhi protokol verifikasi.

3) Kesulitan Komunikasi.

   a) Hambatan akibat penyakit pasien,kondisi kejiwaan pasien atau keterbatasan.
   b) Bahasa.
   c) Kegagalan untuk pembacaan kembali.
   d) Kurangnya kultur/ budaya organisasi.

f. Jika terjadi insidens akibat 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 di ambil untuk melakukan prosedur yang tepat pada pasien yang tepat.

23. Revisi dan Audit.

a. Kebijakan ini akan dikaji ulang dalam kurun waktu 2 tahun.

b. Rencana audit akan disusun dengan bantuan audit medik dan panitia keselamatan pasien serta akan dilaksanakan dalam waktu 6 bulan setelah implementasi kebijakan. Audit klinis ini meliputi:

1) Jumlah presentase pasien yang menggunakan gelang pengenal.

2) Akurasi dan reliabilitas informasi yang terdapat di gelang pengenal.

3) Alasan mengapa insiden tidak menggunakan gelang pengenal.

4) Efikasi cara identifikasi lainnya.

5) Insiden yang terjadi dan berhubungan denganidentifikasi

c. Setiap pelaporan insiden yang berhubungan dengan identifikasi pasien akan dipantau dan ditindaklanjuti saat dilakukan revisi kebijakan.

BAB V
DOKUMENTASI

Panduan Identifikasi pasien ini diharapkan bisa dijalankan dalam proses pelayanan pasien di RSAU dr Esnawan Antariksa Jakarta.Seluruh petugas terkait di RSAU dr Esnawan Antariksa agar mampu melaksanakan proses identifikasi pasienmulai dari pendaftaran sampai pemulangan pasien melalui SPO tentang identifikasi pasien yang berlakudan di dokumentasikan dalam rekam medis pasien, sehingga dapat terhindar dari salah individu dalam proses pelayanan pasien.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 15 September 2025

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa



dr. IMAN FATHURROHMAN W.,Sp.B., M.Si., MARS.
Kolonel Kes NRP 52433