

Laporan Capaian Indikator Mutu

RSUD WANGAYA KOTA
DENPASAR



TRIWULAN II
2026





Overview

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wangaya Kota Denpasar sebagai rumah sakit milik Pemerintah Kota Denpasar memiliki komitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan berorientasi pada keselamatan pasien. Dalam era transformasi pelayanan kesehatan dan meningkatnya ekspektasi masyarakat terhadap mutu layanan, RSUD Wangaya dituntut untuk senantiasa melakukan upaya perbaikan berkelanjutan guna meningkatkan kualitas pelayanan serta menjamin keselamatan pasien di seluruh unit kerja.

R.S.U.D Wangaya

Menjadi Rumah Sakit Pilihan Utama,
Inovatif, Unggul Dalam Pelayanan
Kesehatan Dan Pendidikan Berbasis Budaya
Kerja.





Hasil Analisis Indikator Mutu Nasional

Pelayanan Mutu RSUD Wangaya Berhasil Lampau Target Nasional!

Sebagai bukti tanggung jawab kami kepada warga Kota Denpasar, RSUD Wangaya terus menjaga standar pelayanan terbaik. Pada pertengahan tahun 2026 ini, kami berhasil mencatat prestasi:

Tepat Waktu: Selalu disiplin melaporkan kualitas pelayanan ke pusat setiap bulan.

Lampau Standar: Kualitas pelayanan medis sukses berada di atas target nasional.

Kerja Tim: Hasil manis dari kekompakan manajemen, dokter, dan seluruh tenaga medis.

R.S.U.D Wangaya

Menjadi Rumah Sakit Pilihan Utama,
Inovatif, Unggul Dalam Pelayanan
Kesehatan Dan Pendidikan Berbasis Budaya
Kerja.



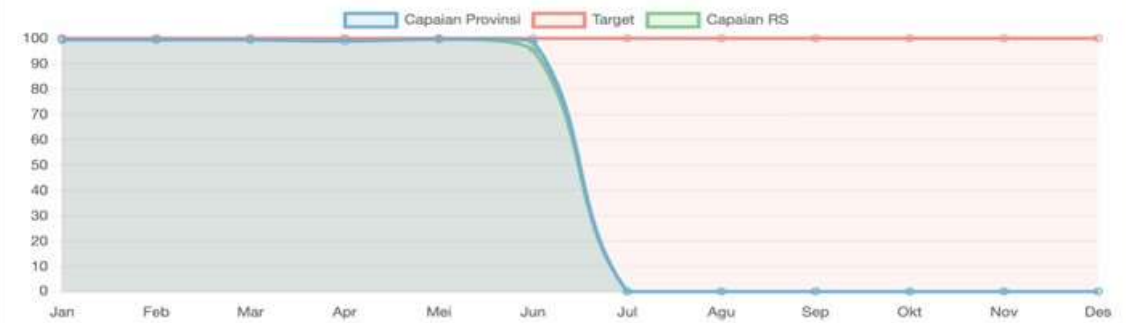


Dashboard Capaian Indikator Mutu Nasional RSUD Wangaya dengan Capaian Indikator Mutu Nasional Provinsi Bali

Kepatuhan Kebersihan Tangan



Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)



Kepatuhan identifikasi pasien



Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi





Dashboard Capaian Indikator Mutu Nasional RSUD Wangaya dengan Capaian Indikator Mutu Nasional Provinsi Bali





Dashboard Capaian Indikator Mutu Nasional RSUD Wangaya dengan Capaian Indikator Mutu Nasional Provinsi Bali





ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL RSUD WANGAYA



Kebiasaan mencuci tangan bagi tenaga medis bertujuan untuk mencegah penularan infeksi dan menjaga keselamatan, baik bagi petugas maupun pasien. Sepanjang periode ini, tingkat kepatuhan dokter dan perawat dalam mencuci

tangan pada lima waktu penting yang ditentukan berada **konsisten di atas 96%**. Angka ini sudah melampaui standar minimal yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, yaitu sebesar 85%.



Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) oleh petugas rumah sakit bertujuan untuk mencegah risiko penularan infeksi, sehingga keselamatan petugas dan pasien dapat terjaga. Berdasarkan hasil evaluasi, tingkat kedisiplinan seluruh staf klinis dalam menggunakan APD sesuai dengan standar zona risiko di ruang perawatan telah **tercapai sepenuhnya sebesar 100%**.

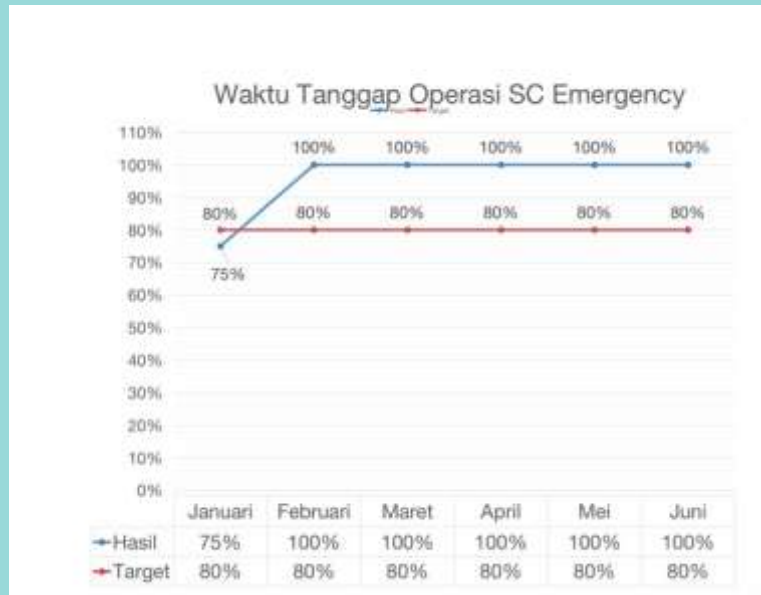


Tingkat kepatuhan petugas dalam memastikan identitas pasien secara benar **tercapai penuh sebesar 100,00%** sepanjang kuartal ini. Angka ini mencerminkan kedisiplinan staf klinis dalam menerapkan aturan keselamatan pasien, khususnya dalam hal ketepatan identifikasi. Dengan demikian, risiko terjadinya kesalahan dalam prosedur atau tindakan medis dapat dihindari.





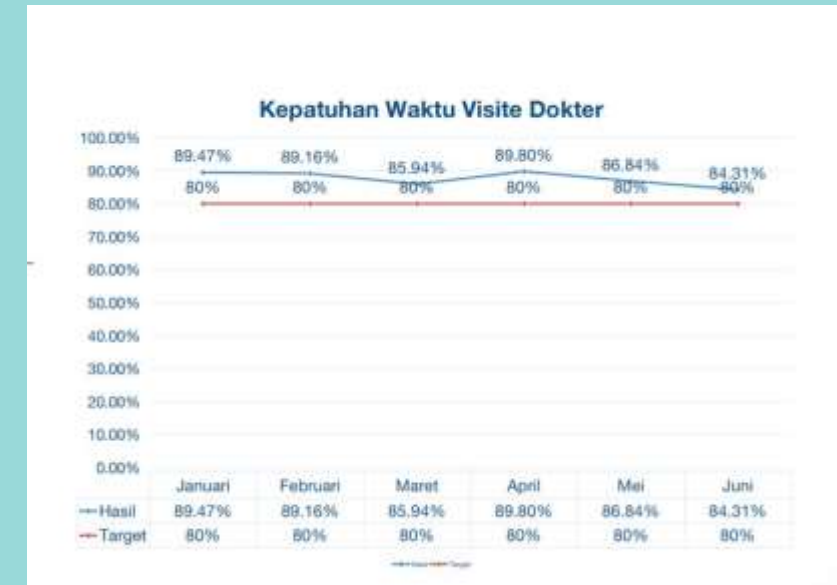
ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL RSUD WANGAYA



Tingkat kepatuhan waktu penanganan darurat untuk operasi melahirkan (seksio sesaria) berhasil **dipertahankan penuh sebesar 100%** sepanjang triwulan ini. Keberhasilan ini didukung oleh koordinasi yang baik antar-ruangan, mulai dari Instalasi Gawat Darurat Kebidanan (IGD PONEK), Kamar Bersalin, tim Pembiusan (Anestesi), hingga Kamar Operasi (IBS). Kerja sama tersebut berhasil mempercepat waktu tunggu tindakan operasi darurat demi menyelamatkan nyawa ibu dan bayi.



Waktu pelayanan di poliklinik rawat jalan berjalan dengan stabil dan **konsisten berada di atas standar** nasional. Capaian ini mencerminkan keberhasilan petugas dalam mengatur kelancaran alur antrian pasien di poliklinik. Sistem pengelolaan antrian ini akan terus dipertahankan demi menjaga kenyamanan pasien yang berobat jalan secara berkelanjutan.



Waktu kunjungan dokter ke pasien rawat inap sedikit menurun di akhir periode, tetapi capaiannya tetap **berada di atas target nasional**. Perubahan jadwal ini terjadi karena dokter harus membagi waktu antara ruang rawat inap, poliklinik, dan kamar operasi.





ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL RSUD WANGAYA



Waktu tunggu pasien untuk tindakan operasi terencana **berjalan sangat stabil** dan konsisten berada di bawah batas maksimal standar, yaitu kurang dari atau sama dengan 2 hari. Keberhasilan ini didukung oleh pengaturan jadwal yang matang di Kamar Operasi (IBS), pengisian berkas persiapan operasi yang cepat pada Rekam Medis Elektronik (RME), serta pengelolaan ruang operasi yang baik.



Penyampaian hasil laboratorium yang bersifat darurat (nilai kritis) kepada dokter atau ruangan perawatan **tercapai 100% tepat waktu**. Meskipun terjadi lonjakan jumlah sampel pemeriksaan pada bulan Mei, kecepatan laporan ini tetap terjaga demi memastikan pasien segera mendapatkan penanganan medis yang tepat di waktu yang krusial.

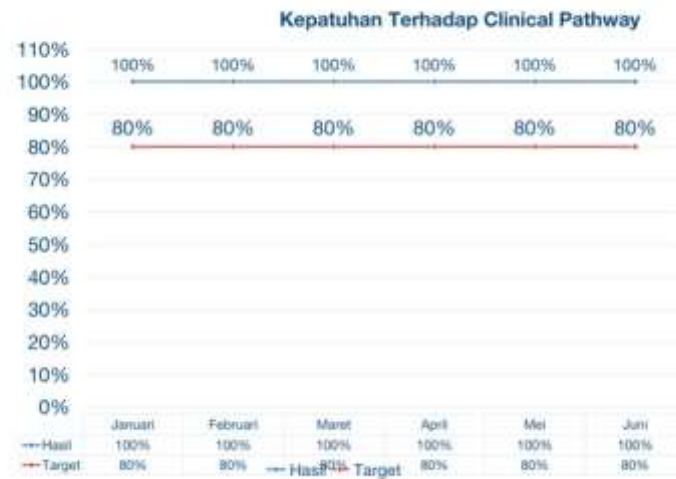


Kesesuaian pemberian obat kepada pasien berjalan stabil di angka 98% hingga 99%, **berada jauh di atas target** minimal pemerintah sebesar 80%. Rumah sakit terus menjaga penyelarasan ini agar persepsian obat selalu mematuhi daftar obat resmi yang telah ditetapkan. Langkah ini dilakukan untuk memastikan ketepatan pelayanan medis serta menjaga kelancaran administrasi pembiayaan rumah sakit.





ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL RSUD WANGAYA



Pada triwulan pertama, tingkat kepatuhan terhadap standar alur perawatan pasien **tercatat penuh sebesar 100%**. Capaian ini menunjukkan bahwa seluruh pasien telah menerima tindakan medis secara konsisten sesuai prosedur baku yang ditetapkan. Sebagai tindak lanjut, rumah sakit akan terus memperbarui standar perawatan ini mengikuti perkembangan ilmu medis terbaru, serta menggunakannya sebagai sarana pelatihan bagi tenaga medis baru.



Tingkat kepatuhan petugas dalam menjalankan prosedur pencegahan pasien jatuh berjalan stabil dan **tercapai penuh sebesar 100%** setiap bulan. Hasil ini mencerminkan kedisiplinan yang tinggi dalam menjaga keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit. Sebagai langkah tindak lanjut, pihak manajemen akan terus memantau pelaksanaan pencegahan di lapangan, memberikan pelatihan berkala bagi staf medis, serta mengevaluasi setiap laporan kejadian secara nyata agar penanganan pasien berisiko jatuh tetap berjalan optimal.

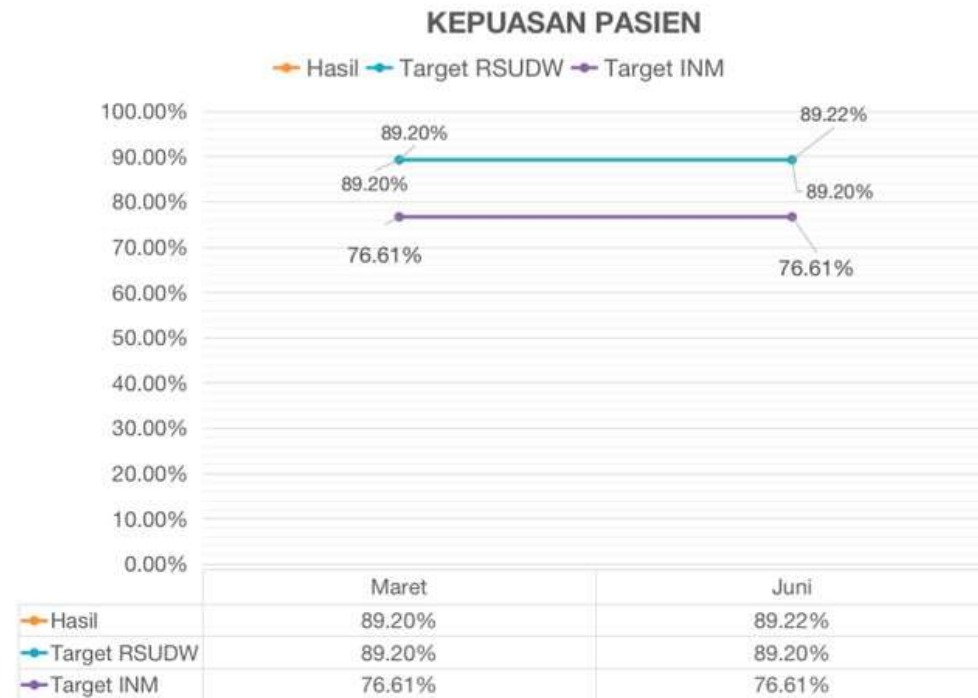


Tingkat kecepatan dalam menanggapi keluhan (komplain) pasien **tercapai penuh sebesar 100%** **tepat waktu sesuai standar di setiap bulan**. Capaian ini menunjukkan bahwa sistem penyelesaian masalah di rumah sakit telah berjalan secara stabil. Sebagai langkah tindak lanjut, rumah sakit akan terus mempermudah akses pengaduan bagi pasien dan keluarga, melakukan evaluasi prosedur secara rutin, serta mengembangkan sistem komunikasi baru berupa pengiriman notifikasi status penyelesaian keluhan langsung kepada pasien.





ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL RSUD WANGAYA



Angka kepuasan pasien pada triwulan pertama dan kedua tahun 2026 tercatat sebesar 89,20% dan 89,22%. Capaian ini telah **memenuhi target yang ditetapkan oleh rumah sakit** dan berada **di atas target minimal nasional sebesar 76,61**. Sebagai tindak lanjut, rumah sakit akan mengaudit fasilitas dan kualitas komunikasi petugas secara rutin, meningkatkan kecepatan respons terhadap masukan pasien, serta melakukan evaluasi mendalam khusus pada sektor sarana dan prasarana untuk perbaikan fasilitas fisik.





Hasil Analisis Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

Melalui penerapan IMPRS ini, RSUD Wangaya berkomitmen untuk melakukan perbaikan mutu berbasis data yang berkelanjutan. Target akhir kami bukan sekadar angka di atas kertas, melainkan terciptanya sistem pelayanan kesehatan yang makin aman, responsif, dan terpercaya bagi seluruh lapisan masyarakat Kota Denpasar.

Secara keseluruhan, RSUD Wangaya Kota Denpasar menunjukkan kinerja mutu pelayanan yang sangat baik sepanjang April sampai Juni 2026, dengan mayoritas indikator berhasil melampaui target.

R.S.U.D Wangaya

Menjadi Rumah Sakit Pilihan Utama,
Inovatif, Unggul Dalam Pelayanan
Kesehatan Dan Pendidikan Berbasis Budaya
Kerja.





ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS RSUD WANGAYA



Seluruh periode pelaporan menunjukkan **tidak ada kejadian pasien rawat inap yang tidak terpasang gelang identitas**. Ini berarti kepatuhan 100% terhadap pemasangan gelang identitas pasien rawat inap, yang merupakan indikasi baik terhadap penerapan budaya keselamatan pasien. Menunjukkan bahwa prosedur identifikasi pasien telah dilaksanakan secara konsisten dan benar.



Capaian indikator pada Triwulan II tahun 2026 menunjukkan **kepatuhan 100%** terhadap pelabelan obat High Alert oleh farmasi. Hal ini mencerminkan komitmen rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien melalui pengelolaan obat yang aman dan sesuai standar. Kondisi ini perlu dipertahankan dan dijadikan praktik unggulan (best practice) dalam manajemen risiko klinis.





ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS RSUD WANGAYA



Indikator kelengkapan dokumentasi penandaan lokasi operasi menunjukkan **kepatuhan 100%** selama triwulan II tahun 2026. Ini menunjukkan implementasi SKP 4 berjalan baik dan menjadi bagian penting dari budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Keberhasilan ini harus dipertahankan sebagai bentuk pencegahan kejadian sentinel.



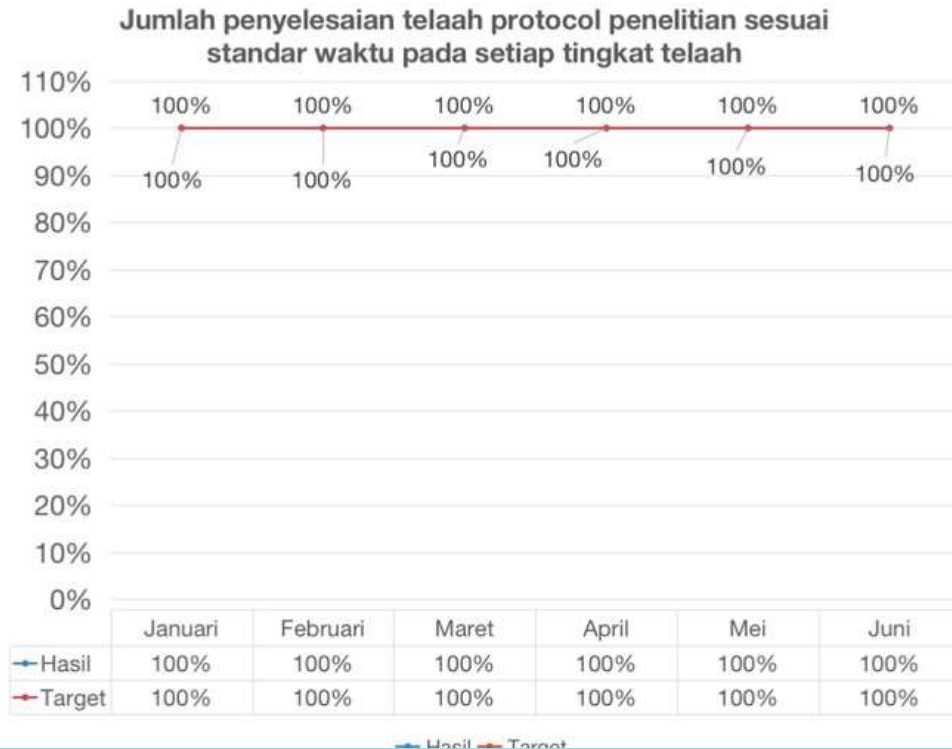
Indikator kepatuhan asesmen ulang risiko jatuh menunjukkan **tren yang baik, dengan capaian**

100% setiap bulan. Upaya perbaikan perlu terus dilakukan untuk menjaga konsistensi 100%





ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS RSUD WANGAYA



Indikator penyelesaian telaah protocol penelitian **menunjukkan capaian 100%** konsisten sesuai dengan target. Hal ini mencerminkan tata kelola riset yang baik, cepat, dan akuntabel. Dampaknya sangat positif terhadap mutu pelayanan, pengembangan ilmu, dan citra rumah sakit sebagai institusi berbasis evidence. Sistem yang sudah baik ini perlu dipertahankan dan terus dievaluasi, agar tetap adaptif terhadap perkembangan jumlah dan kompleksitas penelitian ke depan.





ບົດບັນຍັດ ກະຖວາງ ນະຄອນລາຊາ
PEMERINTAH KOTA DENPASAR
ກູ້ໄຊ ສາກົນ ທຸຍຍົກ ທາງທາງ ບາງກາ
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WANGAYA



ຂະແໜງ ສາກົນ ກະຖວາງ ນະຄອນລາຊາ ກະຖວາງ ນະຄອນລາຊາ ນະຄອນລາຊາ ນະຄອນລາຊາ - ນະຄອນລາຊາ ນະຄອນລາຊາ ນະຄອນລາຊາ ນະຄອນລາຊາ

Jln. R.A Kartini No. 133 Denpasar. Telp. (0361) 222487, 222141 Fax (0361) 224114

Website : <http://rsudwangaya.denpasarkota.go.id> dan <http://www.wangayahospital.com>

E mail : rsudwangaya.dpskota@gmail.com

LAPORAN VALIDASI DATA PMKP
INDIKATOR MUTU BULAN JUNI 2026

I. Pendahuluan

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang kompleks memiliki tanggung jawab moral, profesional, dan legal dalam memberikan pelayanan yang bermutu tinggi serta menjamin keselamatan setiap pasien yang berada dalam lingkup asuhannya. Dalam konteks ini, Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) bukan sekadar kewajiban regulatif yang diamanatkan oleh standar akreditasi nasional maupun internasional, melainkan merupakan komitmen fundamental dari seluruh proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan. PMKP merupakan bagian integral dari sistem manajemen rumah sakit yang dirancang secara sistemik untuk memastikan bahwa setiap intervensi klinis maupun non-klinis yang diberikan kepada pasien memenuhi prinsip-prinsip dasar mutu pelayanan kesehatan, yakni aman (*safe*), efektif (*effective*), efisien (*efficient*), tepat waktu (*timely*), berpusat pada pasien (*patient-centered*), dan berkeadilan (*equitable*), sebagaimana yang digariskan oleh *Institute of Medicine* (IOM) dalam kerangka mutu pelayanan kesehatan global.

Dalam tataran operasional, upaya peningkatan mutu tidak dapat berjalan secara optimal tanpa ditopang oleh fondasi data yang kuat, akurat, dan dapat dipertanggungjawabkan. Data merupakan aset strategis dalam tata kelola mutu rumah sakit, yang berfungsi tidak hanya sebagai instrumen pemantauan kinerja, tetapi juga sebagai kompas ilmiah dalam proses pengambilan keputusan berbasis bukti (*evidence-based decision making*), identifikasi area berisiko tinggi (*high-risk areas*), serta perancangan intervensi perbaikan yang terukur dan berkelanjutan (*continuous quality improvement/CQI*). Tanpa data yang valid, seluruh proses analisis mutu berisiko menghasilkan kesimpulan yang menyesatkan, yang pada akhirnya dapat berdampak negatif terhadap keselamatan pasien dan kualitas pelayanan secara keseluruhan.

Data yang dihimpun dalam kegiatan PMKP mencakup spektrum indikator mutu dan keselamatan pasien yang luas, meliputi indikator mutu nasional (Indikator Nasional Mutu/INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMPRS), indikator mutu prioritas unit (IMP Unit), serta indikator keselamatan pasien yang bersifat sentinel maupun insidental. Indikator-indikator tersebut bersifat multidimensional, mencakup aspek kuantitatif yang terukur secara numerik maupun aspek kualitatif yang mencerminkan pengalaman dan persepsi pasien terhadap pelayanan yang diterima. Agar data dari berbagai indikator tersebut dapat difungsikan secara optimal sebagai dasar penetapan prioritas perbaikan mutu, maka proses validasi data menjadi tahapan yang tidak dapat diabaikan. Validasi data merupakan mekanisme sistematis untuk menilai akurasi (*accuracy*), reliabilitas (*reliability*), kelengkapan (*completeness*), konsistensi (*consistency*), dan integritas (*integrity*) data yang telah dikumpulkan, sehingga dapat dipastikan bahwa data tersebut benar-benar mencerminkan kondisi faktual di lapangan, terbebas dari bias pengumpulan, kesalahan pencatatan, maupun distorsi interpretasi definisi operasional.

Proses validasi menjadi semakin krusial mengingat bahwa keputusan strategis di tingkat manajerial mulai dari alokasi sumber daya, redesain alur pelayanan, hingga intervensi terhadap praktik klinis sangat bergantung pada kualitas data yang digunakan sebagai bahan analisis. Kegagalan dalam menjamin validitas data dapat mengakibatkan misalokasi intervensi perbaikan, yang tidak hanya menyia-nyiakan sumber daya institusi, tetapi juga berpotensi menciptakan risiko baru bagi keselamatan pasien.

Berdasarkan hal tersebut, Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar sebagai rumah sakit milik pemerintah daerah yang berkomitmen terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien, secara konsisten melaksanakan kegiatan validasi data mutu sebagai bagian dari siklus manajemen mutu yang terintegrasi. Laporan ini disusun sebagai bentuk dokumentasi sistematis atas pelaksanaan validasi data indikator mutu dan keselamatan pasien, sekaligus sebagai instrumen akuntabilitas yang mencerminkan transparansi dan kesungguhan institusi dalam menjaga integritas data serta mewujudkan budaya mutu (*quality culture*) yang kokoh di seluruh lini pelayanan rumah sakit.

II. Pelaksanaan Kegiatan

Kegiatan validasi data mutu dilaksanakan pada bulan Juli 2026, dengan mengacu pada prinsip bahwa proses validasi harus dilakukan secara periodik dan terstruktur sebagai bagian dari siklus manajemen mutu yang berkesinambungan. Pelaksanaan validasi pada periode ini secara khusus menjadikan data capaian bulan Juni 2026 sebagai objek validasi, sesuai dengan ketentuan dan regulasi internal yang telah ditetapkan, di mana validasi dilakukan pada bulan berikutnya setelah data dikumpulkan guna memastikan kecukupan waktu bagi proses verifikasi yang komprehensif dan objektif.

Sumber data yang digunakan dalam kegiatan validasi ini adalah Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS), yakni sekumpulan indikator yang telah ditetapkan secara strategis oleh pimpinan rumah sakit berdasarkan analisis risiko, prioritas masalah klinis, serta keselarasan dengan arah kebijakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien institusi. IMP-RS dipilih sebagai prioritas validasi mengingat indikator-indikator tersebut merepresentasikan area pelayanan kritikal yang memiliki dampak langsung terhadap keselamatan pasien (*patient safety*), efektivitas klinis (*clinical effectiveness*), serta efisiensi operasional rumah sakit secara keseluruhan.

Seluruh indikator yang menjadi objek validasi pada periode ini merupakan indikator yang dipersiapkan untuk dipublikasikan secara resmi melalui laman (*website*) resmi Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar pada bulan Agustus 2026. Publikasi data mutu melalui kanal informasi publik ini merupakan wujud nyata komitmen institusi terhadap prinsip transparansi dan akuntabilitas publik dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, sebagaimana diamanatkan dalam regulasi nasional terkait keterbukaan informasi di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, proses validasi yang dilaksanakan tidak hanya berfungsi sebagai mekanisme internal quality control, tetapi juga menjadi prasyarat mutlak sebelum data tersebut dikomunikasikan kepada publik, guna menjamin bahwa informasi yang dipublikasikan telah memenuhi standar akurasi, integritas, dan keterpercayaan data yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah maupun etis.

Validasi data dilaksanakan oleh Komite Mutu melalui Sub Komite Mutu, yang merupakan unit struktural yang secara fungsional memiliki kewenangan dan kompetensi dalam melakukan supervisi, verifikasi, serta penjaminan mutu data di lingkungan rumah

sakit. Pelaksanaan validasi oleh Sub Komite Mutu dilakukan secara Independen dan objektif, dengan menerapkan metodologi re-abstraksi data (*re-abstraction method*) yakni proses pengumpulan ulang data secara mandiri oleh validator terhadap sampel yang telah ditentukan, kemudian membandingkan hasilnya dengan data yang telah dikumpulkan oleh *data collector* di masing-masing unit kerja. Validasi dinyatakan memenuhi standar apabila tingkat kesesuaian antara pengumpul data dengan data validator data mencapai $\geq 90\%$, sebagai ambang batas akurasi yang ditetapkan dalam standar akreditasi rumah sakit. Proses ini secara keseluruhan dilaksanakan dengan berpedoman pada definisi operasional indikator dan profil indikator yang telah ditetapkan dan dibakukan oleh Komite Mutu Rumah Sakit.

III. Hasil Validasi

Judul Indikator	Kejadian Tidak Terpasangnya Gelang Identitas pada Pasien Rawat Inap
Numerator	Jumlah pasien yang tidak terpasang gelang identitas
Denominator	Jumlah pasien rawat inap pada periode yang sama
Sumber Data	Observasi
Capaian Indikator	0 (100% pasien menggunakan gelang identitas)
Jumlah Sampel Awal	837
Jumlah Sampel Validasi	$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$ <p>Dengan tingkat kelonggaran = 0,1 (10%) Jumlah sampel untuk validasi adalah 89</p>
Alasan Validasi	Merupakan indikator baru untuk Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.
Metode Validasi	<p>MCA (<i>Measure Category Assignment</i>) Nilai kesepakatan untuk numerator, denominator, eksklusi. Identifikasi dan selesaikan perbedaan antara pengumpul data pertama dan pengumpul data kedua, implementasi aksi perbaikan. Pengecekan konsistensi yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jawaban atau penilaian antar item harus logis dan sesuai kenyataan lapangan. • Cek apakah observer mengisi data dengan cara yang sama.
Hasil Validasi	Dari 89 pasien baru yang diobservasi, semua pasien (100%) sudah menggunakan gelang identitas
Perbandingan hasil dari PJ data dan hasil validasi	$\frac{100}{100} \times 100\% = 100\%$ <p>Tingkat validitas > 90 % maka data awal dinyatakan valid</p>
Kesimpulan	Data Kejadian tidak terpasangnya gelang identitas pada pasien rawat inap dinyatakan valid

Judul Indikator	Kepatuhan DPJP melakukan verifikasi terhadap instruksi yang diberikan melalui telepon
Numerator	Jumlah instruksi verbal melalui telepon di luar jam kerja yang diverifikasi oleh DPJP
Denominator	Jumlah seluruh pelaporan dan instruksi melalui telepon di luar jam kerja yang didokumentasikan oleh perawat/bidan
Sumber Data	Rekam Medis
Capaian Indikator	91.10%
Jumlah Sampel Awal	1143
Jumlah Sampel Validasi	$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$ <p>Dengan tingkat kelonggaran = 0,1 (10%) Jumlah sampel untuk validasi adalah 92</p>
Alasan Validasi	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.
Metode Validasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan metode sampling pada 92 rekam medis pasien 2. Melakukan telaah pada rekam medis yang diambil sebagai sampel tersebut 3. Melakukan analisa terhadap kelengkapan verifikasi
Hasil Validasi	Dari 92 rekam medis yang diambil sebagai sampel validasi data Kepatuhan DPJP melakukan verifikasi terhadap instruksi yang diberikan melalui telepon, hasil yang didapat adalah 86,95%
Perbandingan hasil dari PJ data dan hasil validasi	$\frac{86,95}{91,10} \times 100\% = 95,44\%$ <p>Tingkat validitas > 90 % maka data awal dinyatakan valid</p>
Kesimpulan	Data Kepatuhan DPJP melakukan verifikasi terhadap instruksi yang diberikan melalui telepon dinyatakan valid
Rencana Tindak Lanjut	<p>Validasi ulang akan dilakukan kembali apabila:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada perubahan profil indikator - Ada perubahan penanggungjawab pengumpul data - Sumber data berubah - Data akan dipublikasikan - Dan perubahan lain sesuai dengan ketentuan validasi

Judul Indikator	Kelengkapan dokumentasi penandaan lokasi operasi pada rekam medis pasien
Numerator	Jumlah kasus dengan penandaan lokasi operasi yang terdokumentasi dalam rekam medis
Denominator	Total pasien yang dijadwalkan untuk menjalani prosedur operasi yang memerlukan penandaan lokasi operasi
Sumber Data	Rekam medis
Capaian Indikator	100%
Jumlah Sampel Awal	401
Jumlah Sampel Validasi	$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$ <p>Dengan tingkat kelonggaran = 0,1 (10%) Jumlah sampel untuk validasi adalah 80</p>
Alasan Validasi	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.
Metode Validasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan metode sampling pada 80 rekam medis pasien 2. Melakukan telaah pada rekam medis yang diambil sebagai sampel tersebut 3. Melakukan analisa terhadap kelengkapan dokumentasi penandaan lokasi operasi
Hasil Validasi	Dari 80 rekam medis yang diambil sebagai sampel validasi hasil yang didapat adalah 100 %
Hasil Analisa	$\frac{100}{100} \times 100\% = 100\%$ <p>Tingkat validitas > 90 % maka data awal dinyatakan valid</p>
Kesimpulan	Data Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh dinyatakan valid
Rencana Tindak Lanjut	<p>Validasi ulang akan dilakukan kembali apabila:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada perubahan profil indikator - Ada perubahan penanggungjawab pengumpul data - Sumber data berubah - Data akan dipublikasikan - Dan perubahan lain sesuai dengan ketentuan validasi

Judul Indikator	Kepatuhan pelaksanaan kebersihan tangan pada momen 1 (sebelum kontak dengan pasien)
Numerator	Jumlah tenaga medis dan tenaga Kesehatan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar sebelum kontak dengan pasien
Denominator	Total tenaga medis dan tenaga kesehatan yang dievaluasi
Sumber Data	Observasi
Capaian Indikator	95,64%
Jumlah Sampel Awal	688
Jumlah Sampel Validasi	$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$ <p>Dengan tingkat kelonggaran = 0,1 (10%) Jumlah sampel untuk validasi adalah 87</p>
Alasan Validasi	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.
Metode Validasi	<p>MCA (<i>Measure Category Assignment</i>) Nilai kesepakatan untuk numerator, denominator, eksklusi. Identifikasi dan selesaikan perbedaan antara pengumpul data pertama dan pengumpul data kedua, implementasi aksi perbaikan. Pengecekan konsistensi yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jawaban atau penilaian antar item harus logis dan sesuai kenyataan lapangan. • Cek apakah observer mengisi data dengan cara yang sama.
Hasil Validasi	Dari 87 yang diambil sebagai sampel validasi hasil yang didapat adalah 91,95%
Hasil Analisa	$\frac{91,95}{95,64} \times 100\% = 96,14\%$ <p>Tingkat validitas > 90 % maka data awal dinyatakan valid</p>
Kesimpulan	Data Kepatuhan pelaksanaan kebersihan tangan pada momen 1 (sebelum kontak dengan pasien) dinyatakan valid
Rencana Tindak Lanjut	<p>Validasi ulang akan dilakukan kembali apabila:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada perubahan profil indikator - Ada perubahan penanggungjawab pengumpul data - Sumber data berubah - Data akan dipublikasikan - Dan perubahan lain sesuai dengan ketentuan validasi

Judul Indikator	Pelaksanaan Verifikasi DPJP Untuk Rekam Medis Yang Diisi oleh PPDS
Numerator	Jumlah rekam medis yang diisi oleh PPDS yang sudah diverifikasi oleh DPJP
Denominator	jumlah seluruh rekam medis yang diisi oleh PPDS
Sumber Data	Rekam medis
Capaian Indikator	91,10%
Jumlah Sampel Awal	319
Jumlah Sampel Validasi	$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$ <p>Dengan tingkat kelonggaran = 0,1 (10%) Jumlah sampel untuk validasi adalah 76</p>
Alasan Validasi	Perubahan dari rekam medis manual ke rekam medis elektronik
Metode Validasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan metode sampling pada 76 rekam medis pasien 2. Melakukan telaah pada rekam medis yang diambil sebagai sampel tersebut 3. Melakukan analisa terhadap kelengkapan verifikasi
Hasil Validasi	Dari 76 rekam medis yang diambil sebagai sampel validasi data Pelaksanaan Verifikasi DPJP Untuk Rekam Medis Yang Diisi oleh PPDS, hasil yang didapat adalah 85,52%
Perbandingan hasil dari PJ data dan hasil validasi	$\frac{85,52}{91,10} \times 100\% = 93,88\%$ <p>Tingkat validitas > 90 % maka data awal dinyatakan valid</p>
Kesimpulan	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.
Rencana Tindak Lanjut	<p>Validasi ulang akan dilakukan kembali apabila:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada perubahan profil indikator - Ada perubahan penanggungjawab pengumpul data - Sumber data berubah - Data akan dipublikasikan - Dan perubahan lain sesuai dengan ketentuan validasi

Judul Indikator	Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Ulang Risiko Jatuh
Numerator	Jumlah pasien yang memenuhi kriteria terhadap pelaksanaan asesmen ulang risiko jatuh
Denominator	Jumlah total pasien berisiko jatuh yang seharusnya menjalani asesmen ulang risiko jatuh sesuai dengan regulasi yang berlaku
Sumber Data	Rekam medis
Capaian Indikator	100%
Jumlah Sampel Awal	295
Jumlah Sampel Validasi	$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$ <p>Dengan tingkat kelonggaran = 0,1 (10%) Jumlah sampel untuk validasi adalah 75</p>
Alasan Validasi	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.
Metode Validasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan metode sampling pada 75 rekam medis pasien 2. Melakukan telaah pada rekam medis yang diambil sebagai sampel tersebut 3. Melakukan analisa terhadap dokumentasi asesmen ulang risiko jatuh pada rekam medis
Hasil Validasi	Dari 75 rekam medis yang diambil sebagai sampel validasi hasil yang didapat adalah 100 %
Hasil Analisa	$\frac{100}{100} \times 100\% = 100\%$ <p>Tingkat validitas > 90 % maka data awal dinyatakan valid</p>
Kesimpulan	Data Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Ulang Risiko Jatuh dinyatakan valid
Rencana Tindak Lanjut	<p>Validasi ulang akan dilakukan kembali apabila:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada perubahan profil indikator - Ada perubahan penanggungjawab pengumpul data - Sumber data berubah - Data akan dipublikasikan - Dan perubahan lain sesuai dengan ketentuan validasi

IV. Kesimpulan

Tabel di bawah ini menyajikan perbandingan antara hasil pemantauan yang dilakukan oleh *First Abstractor* sebagai pengumpul data utama (pemantauan riil) dengan hasil pemantauan yang dilakukan oleh *Second Abstractor* sebagai validator melalui proses pengambilan data sampling. Kegiatan validasi ini merupakan bagian dari upaya pengendalian mutu data (*data quality control*) untuk memastikan akurasi, konsistensi, dan keandalan data yang digunakan dalam pelaporan indikator mutu.

JUDUL INDIKATOR	ALASAN VALIDASI	DATA AWAL	HASIL VALIDASI	KESIMPULAN
Kejadian tidak terpasangnya gelang identitas pada pasien rawat inap	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.	0 (100% pasien menggunakan gelang identitas)	0 (100% pasien menggunakan gelang identitas)	Hasil analisis validasi=100%. Data dinyatakan VALID
Kepatuhan DPJP melakukan verifikasi terhadap instruksi yang diberikan melalui telepon	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.	91,10%	86,95%	Hasil analisis validasi=95,44%. Data dinyatakan VALID
Kelengkapan dokumentasi penandaan lokasi operasi pada rekam medis pasien	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.	100%	100%	Hasil analisis validasi=100%. Data dinyatakan VALID
Kepatuhan pelaksanaan kebersihan tangan pada momen 1 (sebelum kontak dengan pasien)	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.	95,64%	91,95%	Hasil analisis validasi=96,14%. Data dinyatakan VALID
Pelaksanaan Verifikasi DPJP Untuk Rekam Medis Yang Diisi oleh PPDS	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.	91,10%	85%	Hasil analisis validasi=93,88%. Data dinyatakan VALID Data dinyatakan VALID
Kepatuhan Pelaksanaan Asesmen Ulang Risiko Jatuh	Merupakan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS) yang akan dipublikasikan.	100%	100%	Hasil analisis validasi=100%. Data dinyatakan VALID

Berdasarkan hasil validasi indikator mutu data capaian bulan Juni 2026, dapat disimpulkan bahwa:

- a. Seluruh indikator mutu yang dilakukan proses validasi menunjukkan nilai akurasi data yang memenuhi ambang batas validitas, yakni dengan persentase kesesuaian antara data yang dikumpulkan oleh pengumpul data (*data collector*) dengan data hasil verifikasi validator mencapai >90%. Hal ini mengindikasikan bahwa proses pengumpulan, pencatatan, dan pelaporan data indikator mutu telah dilaksanakan secara akurat, reliabel, dan konsisten, sehingga data tersebut dinyatakan valid dan layak digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan klinis maupun manajerial dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
- b. Aspek kualitas data (*data quality*), secara keseluruhan unit kerja telah menunjukkan performa pencatatan yang adekuat, yang ditandai dengan:
 - Konsistensi format pelaporan sesuai dengan instrumen yang ditetapkan
 - Kelengkapan entri data (*data completeness*) yang memadai tanpa terdapat missing data yang signifikan.
 - Kesesuaian definisi operasional indikator (*operational definition compliance*) yang mencerminkan pemahaman yang baik dari seluruh *data collector* di masing-masing unit kerja.

Dengan demikian, secara keseluruhan sistem manajemen data mutu telah berjalan dengan baik dan dapat dijadikan landasan yang sah dalam proses evaluasi kinerja mutu, analisis tren pelayanan, serta penyusunan rekomendasi strategis dalam rangka *continuous quality improvement* (CQI) dan peningkatan keselamatan pasien (*patient safety*).


Direktur
RSUD Wangaya Kota Denpasar
(dr. A.A. Made Widiasta, Sp.A., MARS., M.H.Kes)
Pembina Utama Muda
NIP. 197010022000121005

Validator
Sub Mutu RSUD Wangaya
(Ns. Ni Putu Ari Widiastuti, S.Kep)



ບັນຍັດກຳລັງ ກຳລັງ ບັນຍັດກຳລັງ

PEMERINTAH KOTA DENPASAR

ຖານ ສາກົນ ບຸນຍາ ທາງ ທາງ ທາງ
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WANGAYA

Jln. R.A Kartini No. 133 Denpasar. Telp. (0361) 222487, 222141 Fax (0361) 224114

Website : <http://rsudwangaya.denpasarkota.go.id> dan <http://www.wangayahospital.com>

E mail : rsudwangaya.dpskota@gmail.com



NOTA DINAS

Yth : 1. Direktur RSUD Wangaya Kota Denpasar
2. Wadir Administrasi Umum & Keuangan
3. Kabag Perencanaan & Pengembangan Mutu

Dari : Komite Mutu

Tembusan : Humas

Tanggal : 10 Agustus 2026

Nomor :
Sifat : Segera
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan Pengerahan & Penyampaian Hasil Validasi Data Indikator Mutu untuk Publikasi ke Website RSUD Wangaya

Sehubungan dengan penerapan Good Clinical Governance dan Transparansi Mutu Pelayanan di RSUD Wangaya, bersama ini kami sampaikan Laporan Validasi Data Indikator Mutu Triwulan II (April, Mei, Juni) 2026.

Kegiatan validasi dilakukan untuk memastikan bahwa data capaian indikator mutu yang dikumpulkan telah akurat, andal dan siap digunakan sebagai dasar pengambilan kebijakan publikasi.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon berkenan Bapak Direktur untuk :

1. Mengima laporan hasil validasi data indikator sebagaimana terlampir.
2. Memberikan pengerahan / tanda tangan pada lembar hasil validasi sebagai bentuk persetujuan resmi pimpinan.

Demikian kami sampaikan, Atas perhatian, berkenan & arahan Bapak Direktur, kami ucapkan terima kasih.

10/8/2026
11/8/26

Ketua Komite Mutu
Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya
Kota Denpasar,

Dr. Liliek Sulistyaningsih, M.Kes.FISQua, CHAE