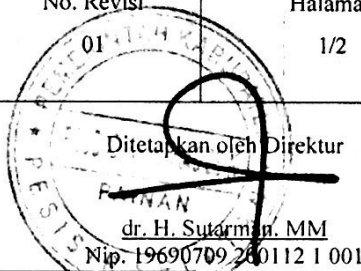


 RSUD Dr. M. Zein Painan	PELAKSANAAN VALIDASI MUTU		
	No. Dokumen <i>PMCP/ODU/RSUD-PS/III/2018</i>	No. Revisi 01	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 26 Maret 2018		
PENGERTIAN	Validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu dari data mutu dan untuk mencapai tingkat dimana data tersebut cukup meyakinkan bagi para pembuat keputusan. Validasi data menjadi salah satu langkah dalam proses penentuan prioritas untuk pengukuran, pemilihan apa yang harus diukur, pemilihan dan pengujian ukuran, pengumpulan data, validasi data dan penggunaan data untuk perbaikan.		
TUJUAN	1. Sebagai acuan dalam melaksanakan validasi data mutu. 2. Tersedianya data dan informasi mutu yang valid sebagai dasar manajemen rumah sakit untuk mengambil keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program dan peningkatan kewaspadaan, serta respon terhadap kejadian luar biasa yang cepat dan tepat.		
KEBIJAKAN	1. Data hasil pemantauan indikator ditetapkan melalui proses verifikasi sebelum dilakukan entri dan analisis data. 2. Rumah sakit menggunakan proses internal untuk melakukan validasi data. 3. Validasi data hanya dapat dilakukan pada data sekunder (rekam medis) 4. Untuk data mutu yang telah masuk <i>JCI Library of Measurement</i> tidak dilakukan validasi data. 5. Validasi data dilakukan ketika: a. Suatu ukuran baru diterapkan (khususnya ukuran klinis yang dimaksudkan untuk membantu rumah sakit mengevaluasi dan meningkatkan proses atau hasil klinis yang penting); b. Data akan ditampilkan kepada publik lewat situs <i>Web</i> rumah sakit atau cara lain. c. Suatu perubahan yang telah dibuat pada suatu ukuran indikator yang telah ada.		

 RSUD Dr.M.Zein Painan	PELAKSANAAN VALIDASI MUTU		
	No. Dokumen PMKE/004/RSUD- PS/III/2018	No. Revisi 01	Halaman 2/2
KEBIJAKAN	d. Sumber data berubah, misalnya jika ada bagian dari catatan pasien yang diubah ke format elektronik sehingga sumber datanya menjadi elektronik dan kertas. e. Subjek pengumpulan data berubah, misalnya perubahan dalam umur pasien rata-rata, perubahan protokol penelitian, penerapan <i>practice guidelines</i> (pedoman praktek) baru, atau pemakaian teknologi dan metodologi perawatan baru,		
PROSEDUR	1. Data pencapaian indikator kinerja dikumpulkan oleh orang pertama yang merupakan pengumpul data unit kerja, menggunakan form pengumpulan data harian dan atau bulanan yang telah disiapkan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien. 2. Orang kedua juga pengumpul data unit kerja namun tidak terlibat dalam pengumpul data pertama melakukan pengumpulan data terpisah tanpa melihat data yang dikumpulkan oleh pengumpul data pertama. 3. Kedua orang tersebut di atas lalu membandingkan kedua data yang telah dikumpulkan. 4. Jumlah kesamaan data $\times 100 > 90\%$ 5. Jika jumlah kesamaan data diatas 90%, berarti ketepatan pengumpulan data masuk kategori baik. 6. Jika data tidak sama, cari tahu alasannya dan lakukan tindakan untuk melakukan perbaikan. 7. Data baru dikumpulkan setelah tindakan perbaikan dan terdapat kesamaan persepsi.		
UNIT TERKAIT	Komite Mutu dan Keselamatan Pasien		