



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN

RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN

Jl. Dr. A. Rivai Painan (kode Pos 25611)

Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@ymail.com



**KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. M. ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/PMKP/ /RSUD-PS/III/2018**

**TENTANG
BUKU PANDUAN VALIDASI INDIKATOR
RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. M. ZEIN PAINAN

- MENIMBANG :**
- a. bahwa RSUD Dr. M. Zein Painan selalu berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan sesuai standar kesehatan dan harapan masyarakat.
 - b. bahwa peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Dr. M. Zein Painan merupakan upaya perbaikan mutu melalui pendekatan komprehensif terhadap pemenuhan indikator keselamatan pasien rumah sakit.
 - c. bahwa didalam perbaikan mutu di rumah sakit sangat diperlukan suatu kebijakan yang menjadi acuan agar terwujud kelancaran, ketertiban, efektifitas, dan efisiensi pelayanan sehingga dapat berdaya guna bagi tenaga kesehatan dan memberi kepuasan bagi masyarakat.
 - d. bahwa sehubungan dengan pertimbangan pada huruf a, b, dan c diatas, dipandang perlu adanya Buku Panduan Validasi Indikator Mutu dengan Keputusan Direktur.
- MENGINGAT :**
1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
 2. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
 3. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
 4. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
 5. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementrian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 2011.
 6. Pedoman Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI 1994.
 7. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 12 Tahun 2010 tentang Pembentukan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.
 8. Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah.

9. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 1 Tahun 2015 tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan.

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN

- PERTAMA** : Buku Panduan Validasi Indikator Mutu RSUD Dr. M. Zein Painan sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.
- KEDUA** : Buku Panduan berklasifikasi biasa
- KETIGA** : Kabid Pelayanan Medis RSUD Dr. M. Zein Painan sebagai Pembina Materi Buku Panduan ini.
- KEEMPAT** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.



TIM PENYUSUN

PENASEHAT

Drg. H. Busril, MPH (Direktur)

EDITOR DAN DESIGN LAY OUT

Dr. Reyantis Capanay

KONTRIBUTOR

Komite Mutu Dan Keselamatan Pasien

RSUD Dr. M. Zein Painan

DAFTAR ISI

Kata Pengantar Direktur

Tim Penyusun

Daftar Isi

Definisi.....	1
Ruang Lingkup	2
Tata Laksana.....	4
Dokumentasi.....	6
Penutup.....	7

BAB I

DEFINISI

A. LATAR BELAKANG

RSUD Dr. M. Zein Painan dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Upaya peningkatan mutu pelayanan dilakukan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan medis, pelayanan keperawatan, maupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen melalui program jaminan mutu yang wajib dipantau. Program dalam mewujudkan RSUD Dr. M. Zein Painan yang bermutu adalah suatu program berkelanjutan yang disusun secara objektif dan sistematis untuk memantau dan menilai indikator mutu serta kewajaran pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Program penjaminan mutu merupakan aktivitas mendefinisikan, mendesain, memeriksa, memantau, mensurvey dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Aktivitas-aktivitas ini disusun secara komprehensif dan terintegrasi yang meliputi struktur, proses, dan output/outcome. Teknis pemantauan terhadap kualitas pelayanan rumah sakit memerlukan penetapan indikator mutu yang digunakan sebagai variabel untuk mengukur suatu perubahan dengan menggunakan instrumen yang tepat. Saat ini RSUD Dr. M. Zein Painan menetapkan 35 (tiga puluh) indikator mutu yang terdiri dari: 10 (sepuluh) indikator klinis (tidak mengambil indikator klinis riset klinis), 9 (sembilan) indikator manajerial, 6 (enam) indikator sasaran internasional keselamatan pasien, 5 (lima) area prioritas, dan 5 (lima) indikator *JCI Library of Measures* (dalam proses).

BAB II

RUANG LINGKUP

Indikator mutu yang telah ditetapkan tersebut telah dipantau dengan instrumen yang disusun berdasarkan kebutuhan data yang diperlukan. Setelah dilakukan pengumpulan data oleh masing-masing unit dalam rumah sakit, maka rumah sakit menggunakan proses internal untuk melakukan validasi data sebelum dilaksanakan pelaporan dan publikasi data. Validasi data merupakan alat penting untuk memahami mutu dari data mutu dan untuk mencapai tingkat di mana 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 dari validasi data ini adalah 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.

Validasi data dilakukan ketika:

1. Suatu ukuran baru diterapkan (khususnya, ukuran klinis yang dimaksudkan untuk membantu rumah sakit mengevaluasi dan meningkatkan proses atau hasil klinis yang penting).
2. Data akan ditampilkan kepada publik lewat situs *Web* rumah sakit atau cara lain.
3. Suatu perubahan telah dibuat pada suatu ukuran indikator yang telah ada.
4. Sumber data berubah, misalnya jika ada bagian dari catatan pasien yang diubah ke format elektronik sehingga sumber datanya menjadi elektronik dan kertas.

5. Subjek pengumpulan data berubah, misalnya perubahan dalam umur pasien rata-rata, perubahan protokol penelitian, penerapan *practice guidelines* (pedoman praktik) baru, atau pemakaian teknologi dan metodologi perawatan baru.

Berdasarkan standar validasi data internal yang telah ditetapkan bahwa validasi data hanya dapat dilakukan pada data sekunder (rekam medis). Penggunaan 100% sampel hanya diperlukan apabila jumlah kasus atau data lainnya sangat kecil, dimungkinkan untuk memakai 10% jika sampel besar. Hitungan keakuratan dilakukan dengan membandingkan hasil data orang pertama dengan orang kedua. Hasil data orang kedua harus 90% dari hasil data orang pertama untuk dikatakan sebagai data valid. Maka dari itu, RSUD Dr. M. Zein Painan merencanakan kegiatan validasi data untuk periode April s.d Juni dan Juli s.d September 2016.

Hasil validasi pada periode ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan sebelum data mutu dilaporkan dan dipublikasikan.

BAB III

TATA LAKSANA

Adapun tatalaksana kegiatan Validasi Data Internal Indikator Mutu RSUD Dr. M. Zein Painan adalah sebagai berikut:

A. RENCANA JADWAL

Disesuaikan dengan kebutuhan periode waktu pengumpulan data, dapat dilaksanakan 3 bulan sekali sesuai dengan laporan kegiatan triwulan dengan timeline sebagai berikut:

1. Mempersiapkan kebutuhan data dan alat ukur validasi.
2. Mengumpulkan data.
3. Analisis data.

B. TEKNIS PELAKSANAAN

Adapun langkah-langkah pelaksanaan validasi data internal adalah sebagai berikut :

1. Menilai kebutuhan validasi.
2. Menentukan jumlah sampel untuk validasi data mutu. Penggunaan 100% sampel hanya diperlukan apabila jumlah kasus atau data lainnya sangat kecil. Dimungkinkan untuk memakai 10% jika sampel besar. Dalam kesempatan ini setiap indikator dimungkinkan jumlah sampel orisinil adalah 500 sampel, sehingga $10\% \times 500 = 50$ Sampel.
3. Memastikan alat ukur validasi yang sesuai dengan matrik pemantauan indikator mutu yang sama dengan pemantauan data original.
4. Melakukan pengumpulan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam pengumpulan data orisinil, dengan menggunakan objek data yang sama dan cara ukur yang sama.

5. Menghitung keakuratan dilakukan dengan membandingkan hasil data orang pertama dengan orang kedua. Hasil data orang kedua harus $\geq 90\%$ dari hasil data orang pertama untuk dikatakan sebagai data valid.
6. Melakukan koreksi apabila unsur datanya tidak sama, alasan-alasannya (misalnya, definisi data yang tidak jelas) harus dicatat dan tindakan korektif harus didokumentasikan.
7. Mengidentifikasi tindakan korektif dengan mereview kembali teknis pengukuran yang telah dilaksanakan.

C. INPUT, INTERPRETASI DATA, DAN PELAPORAN

Data hasil validasi internal akan diinput dan diinterpretasikan dengan teknik deskripsi berdasarkan acuan statistik dasar oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

D. VALIDATOR

Tim validator diharapkan dengan kondisi sebagai berikut:

1. Merupakan anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.
2. Mendapatkan pelatihan pengumpulan data secara formal atau non formal.
3. Memiliki kemampuan menganalisis dan menginterpretasi data.

BAB IV

DOKUMENTASI

Data hasil validasi internal akan diinput dan diinterpretasikan dengan teknik deskripsi berdasarkan acuan statistik dasar oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan didokumentasikan dalam bentuk Laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

BAB V

PENUTUP

Kegiatan "*Validasi Data Internal*" sangat diperlukan 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 dari validasi data ini adalah 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.

Semoga panduan ini dapat di gunakan sebagai mana mestinya, agar mendapatkan hasil sesuai dengan target yang diharapkan.