| RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA | **MELAKSANAKAN VALIDASI DATA MUTU** | | |
|---|---|---|---|
| | No. Dokumen<br>SPO/63/PMKP.Akr/VI/2026 | No. Revisi<br>02 | Halaman<br>1 dari 3 |
| **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL** | Tanggal terbit<br>29-06-2026 | Ditetapkan oleh,<br>Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa,<br><br>dr. Irfan Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., MARS.<br>Kolonel Kes NRP 524330 | |
| **PENGERTIAN** | Validasi data adalah membandingkan hasil data yang dikumpulkan oleh pengumpul data (orang pertama) dengan hasil data yang dikumpulkan oleh validator (orang kedua). Dengan demikian, data yang valid adalah tidak berbeda" antar data yang dilapor oleh pengumpul data dengan data yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diukur. 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. | | |
| **TUJUAN** | 1. Sebagai acuan dalam melaksanakan validasi data mutu.<br>2. Tersedianya data dan informasi mutu yang valid sebagai dasar menajemen 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** | Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/20/IX/2025 tanggal 18 September 2025 tentang Panduan Manajemen Data PMKP | | |
| **REFERENSI** | 1. PMK No. 30 Tahun 2022 tentang Indikator Mutu Nasional<br>2. Pedoman pelaporan INM Kemenkes 2023 | | |
| **PROSEDUR** | 1. PENETAPAN KEBUTUHAN VALIDASI<br><br>A. Komite/Tim Mutu bersama unit terkait menetapkan kebutuhan validasi data indikator mutu.<br><br>B. Validasi dilakukan:<br>a) Pengukuran indikator mutu baru.<br>b) Data akan dipublikasikan kepada masyarakat melalui situs web rumah sakit atau media lainnya.<br>c) Terdapat perubahan pada pengukuran, seperti profil indikator, definisi operasional, instrumen pengumpulan data, proses agregasi, atau petugas pengumpul data/validator. | | |

**PROSEDUR**

d) Terdapat perubahan hasil pengukuran yang tidak diketahui penyebabnya.
e) Terdapat perubahan sumber data, misalnya dari pencatatan manual ke sistem elektronik atau sebaliknya.
f) Terdapat perubahan subjek/populasi data atau metode pengukuran, misalnya perubahan karakteristik pasien, protokol riset, pedoman praktik klinis, teknologi, atau metodologi pengumpulan data.

2. PENETAPAN POPULASI DAN PERIODE
a) Tentukan indikator, unit, periode, sumber data, numerator, denominator, definisi operasional, serta kriteria inklusi dan eksklusi.
b) Populasi validasi adalah seluruh data yang memenuhi kriteria indikator pada periode yang ditetapkan.
c) Hitung rata-rata jumlah data bulanan dari tiga bulan terakhir:
d) Rata-rata data per bulan = total data tiga bulan terakhir ÷ 3.
e) Catat hasil perhitungan pada formulir validasi. Rata-rata ini menggambarkan volume data, bukan jumlah sampel validasi.

3. PENENTUAN JUMLAH SAMPEL
a) Jika jumlah populasi pada periode validasi ≤100 data, lakukan validasi terhadap 100% populasi.
b) Jika jumlah populasi >100 data, ambil sampel sekurang-kurangnya 10% dari populasi pada periode validasi dan bulatkan ke atas.
c) Rumus: jumlah sampel minimal = 10% × jumlah populasi (dibulatkan ke atas). Contoh: populasi 47 data, sampel minimal 5 data.
d) Pilih sampel secara acak (random) dan, bila relevan, mewakili unit, shift, serta waktu/periode. Catat jumlah populasi, jumlah sampel, dan cara pemilihan sampel pada formulir validasi.
e) Apabila terdapat ketentuan khusus pada pedoman indikator atau kebijakan rumah sakit yang menetapkan jumlah sampel lebih besar, ikuti ketentuan tersebut.

4. PELAKSANAAN PENGUMPULAN ULANG
a) Tetapkan validator/orang kedua yang memahami definisi operasional indikator dan tidak terlibat dalam pengumpulan data awal.
b) Validator memeriksa sumber data primer dan menghitung ulang numerator, denominator, serta hasil indikator dengan definisi dan periode yang sama.

<table>
<tr><td rowspan="2"><br><br>RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">MELAKSANAKAN VALIDASI DATA MUTU</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen<br><br>SPO/63/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi<br><br>02</td><td>Halaman<br><br>3 dari 3</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">c) Gunakan instrumen/formulir validasi yang sama atau alat ukur yang setara.<br>d) Catat hasil pengumpul data pertama dan hasil validator untuk setiap sampel, termasuk setiap ketidaksesuaian yang ditemukan.<br><br>. PERHITUNGAN DAN KRITERIA KEVALIDAN<br>a) Bandingkan hasil pengumpulan data pertama dengan hasil validasi.<br>b) Hitung persentase kesesuaian:<br>c) Persentase kesesuaian = (jumlah elemen data yang sesuai ÷ jumlah seluruh elemen data yang diperiksa) × 100%.<br>d) Data dinyatakan valid apabila persentase kesesuaian ≥90%. Jika kurang dari 90%, data belum memenuhi kriteria validasi dan harus ditindaklanjuti.<br>Periksa kesesuaian elemen data, numerator, denominator, dan hasil perhitungan sesuai definisi operasional indikator.</td></tr>
<tr><td>UNIT TERKAIT</td><td colspan="3">1. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien<br>2. Kepala Perawatan Rawat Inap (Kawatnap)<br>3. Kepala Ruangan (Karu)<br>4. Ka Unit IGD<br>5. Kepala Perawatan Rawat Jalan (Kawatlan)<br>6. Kepala Poliklinik</td></tr>
</table>