PANDUAN VALIDASI DATA

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN VALIDASI DATA

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tindakan | Nama | Jabatan | Tanda Tangan | Tanggal |
| Disiapkan |  | Ketua Komite PMKP |  |  |
| Diperiksa |  | Wakil Direktur Pelayanan |  |  |
| Disetujui |  | Direktur |  |  |



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN VALIDASI DATA

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MENIMBANG  MENGINGAT | :  : | a.  b.  c.  d.  1.  2.  3.  4.  5.  6. | bahwa dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit diperlukan data yang valid;  bahwa setiap data yang dipergunakan untuk kepentingan peningkatan mutu dan keselamatan pasien perlu terlebih dahulu dilakukan validasi data;  bahwa untuk terlaksananya validasi data secara efektif dan efisien diperlukan panduan validasi data;  bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf c, perlu menetapkan Panduan Validasi Data di RSUD dr. Murjani Sampit dengan Keputusan Direktur RSUD dr. Murjani Sampit.  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan:  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;  Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017, tentang Keselamatan Pasien;  Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008, tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;  Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Nomor 134 Tahun 2013, tentang Pemberian Ijin Operasional Tetap Kepada RSUD dr. Murjani Sampit;  Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 10 Tahun 2011 Tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit. |

MEMUTUSKAN :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MENETAPKAN  KESATU  KEDUA  KETIGA | :  :  :  : | Panduan Validasi Data di RSUD dr. Murjani Sampit, sebagaimana tercantum dalam lampiran Surat Kebijakan Direktur RSUD dr. Murjani Sampit.  Panduan Validasi Data di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana disebutkan pada diktum kesatu dijadikan sebagai acuan dalam melakukan validasi data untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit.  Keputusan ini berlaku selama 3 (tiga) tahun sejak tanggal diterbitkan dan akan dilakukan evaluasi setiap tahunnya. | | | |
| Ditetapkan di  Tanggal | :  : | Sampit  Januari 2018 |
| Direktur  dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 | | |

TEMBUSAN Yth :

1. Semua unit kerja RSUD dr. Murjani Sampit
2. Arsip

LAMPIRAN SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

TANGGAL : JANUARI 2018

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Mengacu pada UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Tahun 2017 dan Standar Akreditasi Rumah Sakit Joint Commission International (JCI), serta Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Rumah Sakit (Depkes, 1994), RSUD dr.Murjani Sampit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan menjamin keselamatan pasien sesuai dengan standar yang ditetapkan melalui upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien. Perbaikan mutu dan keselamatan pasien dilaksanakan berdasarkan masukan data dari lapangan yang akan dipergunakan secara efektif dalam praktik klinis dan manajerial menetapkan indikator mutu kunci yang di gunakan sebagai variabel untuk mengukur suatu perubahan/perbaikan dengan menggunakan instrumen yang tepat

Untuk menjamin bahwa data yang di kumpulkan merupakan data yang baik dan bermanfaat, maka perlu di lakukan proses validasi data internal, setidak-tidaknya terhadap data indikator mutu klinik. Data yang sudah di validasi selanjutnya dianalisis (dilakukan perbandingan secara internal di rumah sakit sendiri, bila ada dengan rumah sakit lain dan dengan standar ilmiah serta praktik yang diinginkan), kemudian dilaporkan dan dipublikasikan.

1. Maksud dan Tujuan
2. Maksud

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 penting dalam pengukuran indikator mutu yang meliputi : pemilihan apa yang harus di ukur (indikator mutu), pemilihan dan pengujian ukuran, pengumpulan data, validasi data dan penggunaan data untuk perbaikan.

1. Tujuan

Dengan dilakukan validasi data secara internal, diharapkan dapat diketahui :

1. Sampai sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu instrument pengukuran dalam melakukan fungsi ukurannya.
2. Apakah pengukuran data di lakukan dengan benar sehingga diperoleh data yang akurat (valid).
3. Data dan informasi mutu yang valid yang bisa dijadikan 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
4. Sasaran
5. Menjamin prosedur pelayanan yang aman.
6. Untuk menjamin reproduksibilitas (mempunyai keterberulangan yang sedapat mungkin mempunyai efektifitas yang sama).
7. Untuk menekan sekecil mungkin resiko penyimpangan yang mungkin timbul jika di bandingkan dengan prosedur klasik yang lazim dilakukan dengan prosedur (yang telah divalidasi).

BAB I

DEFINISI

Validitas merupakan derajad ketepatan antara data yang terjadi pada obyek yang diukur dengan data yang dapat dilaporkan oleh pengumpul data. Dengan demikian, data yang valid adalah data yang tidak berbeda antara data yang dilaporkan oleh pengumpul data dengan data yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diukur.

Menurut Azwar (1986) validitas berasal dari kata validity yang mempunyai arti sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Bailey (98;1987) mengatakan *“The validity of measuring instrument may be defined as the extent to which difference in scores on it reflects true differenc among individuals on the characteristic that we seek to measure, rather than constant or random errors”.*

Berdasarkan pengertian menurut Bailey di atas, validasi mengandung dua unsur, yaitu : (1) bahwa instrumen pengukuran adalah mengukur secara aktual konsep dalam pertanyaan, dan bukan berupa konsep lain; dan (2) bahwa konsep dapat diukur secara akurat.

Dengan demikian, data yang valid dapat diperoleh melalui alat ukur yang valid (alat ukur yang betul-betul dapat mengukur objek yang diukur) dan proses pengumpulan data yang benar (menggunakan teknik pengukuran yang sama oleh dua orang berbeda, yaitu pengumpul data dan validator).

Yang dimaksud validasi data dalam panduan ini adalah membandingkan hasil data yang dikumpulkan oleh pengumpul data (orang pertama) dengan hasil data yang dikumpulkan oleh validator (orang kedua). Apabila tingkat keakuratannya 90%, maka data yang dikumpulkan dapat dikatakan akurat (valid).

BAB II

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup dari validasi data meliputi :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | DATA INDIKATOR | VALIDASI DATA |
| 1. | Data Indikator Mutu Nasional | Komite PMKP melakukan validasi data hanya untuk IAK baru dan data yang akan dipublikasikan |
| 2. | Data Indikator Mutu Prioritas | Komite PMKP melakukan validasi data hanya untuk IAK baru dan data yang akan dipublikasikan |
| 3. | Data Indikator Mutu Unit | Komite PMKP melakukan validasi data hanya untuk IAK baru dan data yang akan dipublikasikan |
| 4. | Data Indikator Mutu Ponek | Komite PMKP melakukan validasi data hanya untuk IAK baru dan data yang akan dipublikasikan |
| 5. | Data Indikator Mutu PAB | Komite PMKP melakukan validasi data hanya untuk IAK baru dan data yang akan dipublikasikan |
| 6. | Data Hasil Surveillance | Tidak perlu validasi data |
| 7. | Data Insiden Keselamatan Pasien | Tidak perlu validasi data |
| 8. | Data Insiden / Kejadian / Kecelakaan di rumah sakit | Tidak perlu validasi data |

BAB III

TATA LAKSANA

1. Populasi dan Sampel

Secara umum, sampel yang baik adalah yang dapat mewakili sebanyak mungkin karakteristik populasi. Dalam bahasa pengukuran, artinya sampel harus valid, yaitu bisa mengukur suatu yang seharusnya diukur. Kalau yang ingin diukur adalah tekanan darah pada pasien hipertensi sedangkan yang dijadikan sampel adalah pasien-pasien bukan dengan hipertensi, maka sampel tersebut tidak valid, karena tidak mengukur sesuatu yang seharusnya diukur.

Sampel yang valid ditentukan oleh dua pertimbangan. Pertama, akurasi atau ketepatan, yaitu tingkat ketidakadaan “bias” (kekeliruan) dalam sampel. Dengan kata lain, makin sedikit tingkat kekeliruan yang ada dalam sampel, makin akurat sampel tersebut. Kedua, presisi, memiliki tingkat presisi estimasi. Presisi mengacu pada persoalan sedekat mana estimasi kita dengan karakteristik populasi. Contoh : dari 300 perawat yang bekerja di rumah sakit, Diambil sampel 50 orang. Setelah dilakukan pengamatan terhadap sampel tersbut, ternyata dari 50 perawat, 45 orang (90%) melaksanakan hand hygiene pada lima saat (five momen). Namun berdasarkan laporan harian, dari 300 perawat, 255 orang (85%) melaksanakan hand hygiene pada lima saat (five momen). Artinya di antara laporan harian yang dihitung berdasarkan populasi dengan hasil pengamatan yang dihasilkan dari sampel. Terdapat perbedaan 5% makin kecil tingkat perbedaan di antara rata-rata populasi dengan rata- rata sampel, maka makin tinggi tingkat presisi sampel tersebut.

1. Teknik Sampling

Teknik sampling adalah merupakan teknik pengambilan sampel. Dalam pengambilan sampel terdapat dua teknik sampling yaitu probability sampling dan nonprobability sampling. Probability sampling adalah teknik sampling yang memberi peluang sama kepada anggota populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel. Sedangkan nonprobability sampling kurang atau tidak bisa memberi peluang sama kepada anggota populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel.

Teknik sampling dengan probability sampling meliputi, simple random sampling, systematic sampling, stratified random sampling, dan cluster sampling.

1. Simple random sampling adalah pross memilih satuan sampling sedemikian rupa sehingga setiap satuan sampling dalam populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih dalam sampel.
2. Systematic sampling adalah cara pengambilan sampel di mana hanya anggota sampel pertama yang di pilih secara random, sedangkan anggota sampel berikutnya dipilih secara sistematis menurut pola tertentu. Contoh, populasi (N) + 1000 dan sampel (n) + 300. Maka 1000/300 = 3.33 + 3, artinya penambilan data pada tiap kelipatan 3. Seperti dari pengambilan data sampel ke-3… k-6…ke-9 dan seterusnya hingga 300 sampel.
3. Stratified random sampling adalah cara pengambilan sampel di mana populasi distratifikasi menjadi beberapa lapisan berdasarkan kriteria tertentu. Kriteria dimaksud dapat berupa variable yang di ukur.
4. Cluster sampling adalah pengambilan sampel dimana randomisasi di lakukan terhadap kelompok, bukan anggota populasi.

Teknik sampling dengan nonprobability sampling antara lain : snow ball sampling, purposive sampling dan sampling jenuh.

1. Snow ball sampling adalah cara pengambilan sampel yang pada awalnya menggunakan responden terbatas, kemudian terus meningkat berdasarkan informasi dari responden sebelumnya.
2. Purposive sampling adalah cara pengambilan sampel yang didasarkan atas pertimbangan tertentu, terutama pertimbanganan yang diberikan oleh sekelompok pakar.
3. Sampling jenuh adalah cara pengambilan sampel bila semua anggota populasi digunakan sampel. Hail ini sering dilakukan bila jumlah populasi relati kecil, kurang dari 30 orang, atau penelitian yang akan membuat generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil. Istilah lain sampel jenuh adalah sensus.
4. Menetapkan ukuran sampel
5. Menurut Gay dan Dehl (1996) :
6. Untuk penelitian deskriptif, minimal sampelnya 10% dari populasi. Sementara itu, jika populasinya besar maka minimal diambil sampel sebesar 20% dari populasi,
7. Penelitian korelasional, paling sedikit 30 elemen populasi,
8. Penelitian perbandingan kausal, 30 elemen per kelompok,
9. Untuk penelitian eksperimen, 15 elemen per kelompok.

n =

Keterangan :

n = sampel awal

n = jumlah sampel minimal

N = ukuran populasi

T = tingkat kepercayaan ( digunakan 0,95 shingga nilai t + 1,96)

D = taraf kekeliruan ( digunakan 0,05)

P = proporsi dari karakteristik tertentu ( golongan )

Q = 1- p

1 = bilangan konstan

Rumus slovin

Dinyatakan sebagai berikut :

Keterangan :

n = jumlah sampel minimal

N = Ukuran populasi

α = toleransi ketidaktelitian (5%)

1. Alur Validasi Data Internal

Pengambilan data sampel

(diharapkan 100%)

Pengambilan data sampel

(diharapkan 100%)

Data ( obyek / subyek )

Orang Kedua

Orang Pertama

Koreksi kembali

Jika tidak valid

VALIDASI DATA

Jika valid

Analisi Data

Dari gambar alur di atas, langkah-langkah validasi data internal sebagai dapat dijelaskan berikut :

1. Kebutuhan dalam persiapan validasi data papan kerja, format pemantauan, alat tulis, alat dokumentasi foto atau rekaman video.
2. Perlu adanya penetapan yang menjadi orang pertama dalam pengambilan data dengan orang kedua yang tidak ada hubungan dengan orang pertama, dengan kata lain tidak ada pengaruh atau tidak terlibat data orang kedua dengan orang pertama. Misalkan orang pertama mengambil sumber data, maka orang kedua mengambil dari sumber data pula, bukan mengambil dari orang pertama, walaupun orang pertama mengambil data bisa secara keseluruhan. Dalam proses pengambilan data dapat dengan upaya lain agar tidak terjadi bias, tergantung dari kondisi di lapangan.
3. Menentukan ukuran sampel untuk validasi data. Penggunaan 100% sampel hanya diperlukan apabila jumlah kasus, atau data lainnya sangat kecil atau sampel kurang dari 50. Seperti yang dijelaskan sebelumnya dalam menentukan sampel. Contoh : dalam minggu ke-1 data orisinil ada 70, minggu ke-2 ada 50, minggu ke-3 ada 80 dan minggu ke-4 ada 70. Selanjutnya menentukan ukuran sampel menurut Gay dan Dehl (1996) yaitu minimal 10% sampel dari populasi, maka minggu ke-1 “70\*10%=7”, minggu ke-2 “50\*10%=5”, minggu ke-3 “80\*10%=8” dan minggu ke-4 “70\*10%=7”. Jadi total minimal sampel adalah 7+5+8+7=27. Contoh lain menggunakan rumus Slovin. Jika dalam 1 bulan ada 300 data (populasi), maka dengan rumus Slovin diperoleh ukuran sampel minimal sebesar 171 sampel.
4. Berdasarkan butir 2 di atas, melakukan pengumpulan 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 keakuratan yang diterima ≥ 90%.

Jumlah kesamaan data

x 100

Jumlah seluruh data

1. Melakukan koreksi apabila unsur datanya tidak sama, alasan-alasannya (misalnya definisi data yang tidak jelas) harus dicatat dan tindakan korektif harus didokumentasikan.
2. Mengidentifikasikan tindakan korektif, dengan mereview kembali teknis pengukuran yang telah dilaksanakan.
3. Menganalisis data setelah divalidasi dengan perhitungan menggunakan metode statistik. Sehingga dapat menghasilkan sebuah gambaran dalam pengambilan keputusan.

Kegiatan validasi data di RSUD dr. Murjani Sampit dilakukan ketika :

1. Suatu ukuran baru diterapkan (khusunya, 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. Adanya perubahan pada suatu ukuran yang 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; atau
5. Subjek pengumpulan data berubah, misalnya perubahan dalam rata-rata umur pasien, perubahan protokol penelitian, penerapan practice guidelines (pedoman praktik) baru atau pemakaian teknologi dan metodologi pengobatan / perawatan baru.
6. Validasi data hanya dapat dilakukan pada data sekunder (rekam medis)

BAB IV

DOKUMENTASI

Contoh Laporan Validasi Data

|  |  |
| --- | --- |
| Judul Indikator | Asesmen awal medis harus lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap |
| Numerator | Jumlah asesmen awal medis lengkap dalam waktu 24 jam di rawat inap |
| Denominator | Jumlah pasien masuk di rawat inap |
| Sumber Data | Rekam Medis (RM) |
| Capaian Indikator | 70% pada bulan Oktober 2017 |
| Jumlah Data | 1000 pasien |
| Justifikasi Perlu Validasi | Data baru pertama kali dikumpulkan |
| Metode Validasi | 1. Menggunakan metode *systematic sampling* 🡪 1000 RM dilakukan sampling dengan rumus slovin menjadi 286 RM.   Rumus slovin  Dinyatakan sebagai berikut :  Keterangan :  n = jumlah sampel minimal  N = Ukuran populasi  α = toleransi ketidaktelitian (5%)   1. Melakukan telaah RM dengan metode *systematic sampling* 1000/286 = 3,54. Sehingga pengambilan data pada tiap kelipatan 4. 2. Analisa kelengkapan pengisian asesmen medis awal |
| Hasil Validasi | Kelengkapan asesmen awal medis harus lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap = 65% |
| Hasil Analisa | 65 / 70 x 100 % = 92,86 % ----- 90 % |
| Kesimpulan | Data kelengkapan asesmen medis di bulan Oktober : sudah akurat |
| Rencana Tindak Lanjut | Validasi akan dilakukan kembali bila ada perubahan PIC pengumpulan data, sumber data, numerator, denomerator, system RM menjadi E-RM. Melakukan edukasi ke staf medis untuk meningkatkan kelengkapan pengisian asesmen awal. |

Bentuk Laporan Validasi Data

|  |  |
| --- | --- |
| Judul Indikator |  |
| Numerator |  |
| Denominator |  |
| Kriteria Ekslusi |  |
| Sumber Data |  |
| Capaian Indikator |  |
| Jumlah Data |  |
| Justifikasi Perlu Validasi |  |
| Metode Validasi |  |
| Hasil Validasi |  |
| Hasil Analisa |  |
| Kesimpulan |  |
| Rencana Tindak Lanjut |  |

Supervisi Pencapaian Indikator Mutu Nasional

Unit : …………………………………………………..

Minggu Ke………, Tgl…………s.d…………Bulan……….……Tahun 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama Indikator | Unit | Area Indikator | Jenis Indikator | Standar | Pencapaian | Hasil Supervisi | Rekomendasi |
| 1 | Kepatuhan Identifikasi Pasien | Instalasi Rawat Inap | Klinis | Nasional | 100% |  |  |  |
| 2 | Emergency Respon Time | Instalasi Gawat Darurat | Klinis | Nasional | ≤5 menit |  |  |  |
| 3 | Waktu tunggu rawat jalan | Bagian Pelayanan Medik  Instalasi Rawat Jalan | Klinis | Nasional | ≤ 60 menit |  |  |  |
| 4 | Waktu Tunggu Operasi Elektif | Instalasi Bedah Sentral,  Instalasi Rawat Inap | Klinis | Nasional | 100% |  |  |  |
| 5 | Kepatuhan Jam Visite Dokter | Bagian Pelayanan Medik, Instalasi Rawat Inap | Klinis | Nasional | 100% |  |  |  |

Supervisi Pencapaian Indikator Mutu Nasional

Unit : ……………………………………….

Minggu Ke………, Tgl…………s.d…………Bulan……….……Tahun 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama Indikator | Unit | Area Indikator | Jenis Indikator | Standar | Pencapaian | Hasil Supervisi | Rekomendasi |
| 6 | Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium | Instalasi Laboratorium | Klinis | Nasional | 100% |  |  |  |
| 7 | Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas) | Instalasi Farmasi | Klinis | Nasional | ≥ 80% |  |  |  |
| 8 | Kepatuhan Cuci Tangan | Tim PPI | SKP 5 | Nasional | 100% |  |  |  |
| 9 | Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh | Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap | Klinis | Nasional | 100% |  |  |  |
| 10 | Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway | Instalasi Rawat Inap, Komite PMKP | Klinis | Nasional | 80% |  |  |  |
| 11 | Kepuasan Pasien Dan Keluarga | Komite PMKP | Manajemen | Nasional | ≥ 80% |  |  |  |
| 12 | Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK) | HUMAS | Manajemen | Nasional | >75% |  |  |  |

BAB V

PENUTUP

Program peningkatan mutu dianggap bermanfaat jika data yang dipakai merupakan data yang valid. Jika data yang dipakai tidak valid, maka program peningkatan mutu tidak ada artinya (*garbage in garbage* *out* / GIGO). Jadi pengukuran yang terpecaya (*reliable*) terhadap indikator mutu merupakan inti dari semua program peningkatan mutu.

Dalam upaya menjamin bahwa data yang dikumpulkan adalah baik dan bermanfaat untuk upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien, RSUD dr. Murjani menggunakan proses internal untuk melakukan validasi data.

Validasi data menjadi satu langkah penting dalam pengukuran indikator mutu yang meliputi : pemilihan apa yang harus diukur (indikator mutu), pemilihan dan pengujian ukuran, pengumpulan data, validasi data dan pengukuran data untuk perbaikan.

Semoga panduan validasi data ini dapat membantu dan bermanfaat dalam menghasilkan data yang valid yang nantinya data tersebut dapat dipergunakan sebagai dasar pengambilan keputusan yang tepat bagi RSUD dr. Murjani Sampit.

Direktur

dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001