RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA	**PELAPORAN DAN PUBLIKASI DATA SURVEILANS MUTU**		
	No. Dokumen SPO/58/PMKP.Akr/VI/2026	No. Revisi 02	Halaman 1 dari 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 29-06-2026	Ditetapkan oleh, Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa,  dr. Iman Fathurrohman W.,Sp.B.,M.Si.,MARS. Kolonel Kes NRP 524330	
PENGERTIAN	Pelaporan adalah proses penyusunan dan distribusi laporan ke unit yang lebih tinggi sebagai bahan pertanggung jawaban data dan bahan informasi ke unit yang membutuhkan. Publikasi adalah proses penerbitan laporan dengan media publikasi ke luar rumah sakit setelah mendapatkan persetujuan dari Kepala RS.		
TUJUAN	1. Sebagai acuan dalam melaksanakan pelaporan dan publikasi data surveilans mutu. 2. Tersedianya data dan informasi mutu yang valid sebagai dasar menejemen rumah sakit untuk mengambil keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program dan peningkatan kewaspadaan serta respon terhadap kejadian luar biasa yang cepat dan tepat. 3. Memberikan kepercayaan public mengenai mutu pelayanan yang diberikan di RSAU dr. Esnawan Antariksa.		
KEBIJAKAN	Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/180/IX/2025 tanggal 18 September 2025 tentang Panduan Manajemen Data PMKP		

<table>
<tr><td rowspan="2">

RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PELAPORAN DAN PUBLIKASI DATA SURVEILANS MUTU</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/58/PMKP.Akr/VI/2026</td><td>No. Revisi

02</td><td>Halaman

2 dari 2</td></tr>
<tr><td>REFERENSI</td><td colspan="3">1. PMK No. 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu (INM)
2. Kepdirjen Yanke No. HK 02,02/I/303/2022 Tentang Petunjuk Teknis INM dan INMP</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">1. Pelaporan dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :
a. Menyampaikan hasil kepada kepada Kepala RS dan Unit terkait.
b. Mendapatkan rekomendasi dari Kepala RS dan Unit terkait setelah penyampaian hasil.
c. Melaksanakan pelaporan resmi setiap tiga bulan kepada kepala RS
d. Melaporkan secara berkala melalui aplikasi mutu kemenkes (SIMAR- mutufasyankes.kemenkes.go.id)
e. Distribusi laporan kepada Kepala RS dan unit lain yang membutuhkan laporan tersebut.
f. Meminta feedback dan tindak lanjut laporan yang telah didistribusikan sesuai ketentuan administrasi rumah sakit.

2. Publikasi dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :
a. Publikasi laporan dilakukan secara internal dan eksternal sesuai kebutuhan.
b. Publikasi internal dilakukan dengan presentasi/laporan hasil data dalam waktu tertentu sesuai kebutuhan dan menggunggah hasil data ke Intranet rumah sakit yang dapat dilihat oleh seluruh unit yang membutuhkan.
c. Publikasi eksternal dilakukan dengan kerjasama Bagian Pemasaran / Infollahta untuk menyiarkan data ke media masyarakat sesuai dengan persetujuan Kepala RS dan kesiapan data.</td></tr>
<tr><td>UNIT TERKAIT</td><td colspan="3">1. Ketua Komite Mutu
2. Ka Unit IT</td></tr>
</table>