



**PERMOHONAN PEMERIKSAAN AKURASI  
INFORMASI PUBLIK**

No. Dokumen :  
RSUDK/SOP/PEMHUM/008

No. Revisi :  
00

Halaman :  
1 dari 3

STANDAR  
PROSEDUR  
OPERASIONAL

Tanggal terbit :  
03 Januari 2025

Ditetapkan :  
Plt. Direktur RSUD Kardinah  
  
dr. Haryo Teguh, Sp.S.,MSi.Med.  
PembinaUtama Madya  
NIP. 19710518 200112 1 001

PENGERTIAN

Proses pemeriksaan keakurasian sebelum informasi dipublikasikan.

TUJUAN

Menjamin keakuratan, kejelasan, dan keabsahan informasi publik yang disampaikan oleh RSUD Kardinah agar sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan tidak menimbulkan kesalahan informasi.

KEBIJAKAN

1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;
2. Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2010 Nomor 99, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5149);
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pedoman Pengelolaan Pelayanan Informasi dan Dokumentasi Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah;
4. Peraturan Komisi Informasi Nomor 1 Tahun 2021 tentang Standar Layanan Informasi Publik
5. Peraturan Komisi Informasi Nomor 1 Tahun 2022 tentang Monitoring dan Evaluasi Keterbukaan Informasi Publik
6. Peraturan Walikota Tegal Nomor 6 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Informasi Publik di Lingkungan Pemerintah Kota Tegal (Berita Daerah Kota Tegal Tahun 2013 Nomor 6);
7. Peraturan Walikota Tegal Nomor 18 Tahun 2017 tentang Pedoman Pengelolaan Pelayanan Informasi dan Dokumentasi di Lingkungan Pemerintah Kota Tegal;
8. Keputusan Walikota Tegal Nomor 955/031.4/2022 Tanggal 07 Februari 2022 tentang Penunjukan Tim Pertimbangan Pelayanan



## PERMOHONAN PEMERIKSAAN AKURASI INFORMASI PUBLIK

No. Dokumen :  
RSUDK/SOP/PEMHUM/008

No. Revisi :  
00

Halaman :  
2 dari 3

Informasi Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi, Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi Pelaksana Serta Sekretariat Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi Kota Tegal;

9. Keputusan Direktur RSUD Kardinah Kota Tegal Nomor 188.4/334.G/2025 tentang Penunjukkan Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID) Pelaksana di Lingkungan RSUD Kardinah Kota Tegal.

### PROSEDUR

#### A. Pengumpulan Informasi

1. Informasi publik dikumpulkan oleh unit kerja yang bersangkutan atau diperoleh dari sumber resmi (misalnya regulasi, laporan, atau narasumber yang berwenang).
2. Informasi yang bersumber dari pihak ketiga harus disertai bukti validasi atau referensi tertulis.

#### B. Verifikasi Akurasi Informasi

##### 1. Pemeriksaan Awal

- a. Humas atau PPID memeriksa kejelasan, kebenaran, dan kelengkapan informasi.
- b. Memastikan informasi berasal dari sumber yang valid dan dapat dipertanggungjawabkan.
- c. Mengidentifikasi potensi kesalahan atau bias dalam penyampaian informasi.

##### 2. Konsultasi dengan Unit Terkait

- a. Jika informasi bersifat teknis atau medis, dilakukan konfirmasi kepada unit kerja terkait (misalnya dokter, manajemen, atau bidang administrasi).
- b. Jika informasi menyangkut kebijakan atau regulasi, dikonsultasikan dengan bagian hukum atau pimpinan rumah sakit.

##### 3. Pengecekan Data dan Bukti Pendukung

- a. Membandingkan informasi dengan data resmi atau dokumen yang relevan.
- b. Memastikan tidak ada kontradiksi dengan informasi yang sudah dipublikasikan sebelumnya.



**PERMOHONAN PEMERIKSAAN AKURASI  
INFORMASI PUBLIK**

No. Dokumen :  
RSUDK/SOP/PEMHUM/008

No. Revisi :  
00

Halaman :  
3 dari 3

**C. Persetujuan dan Publikasi**

1. Informasi yang telah diverifikasi diserahkan kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan untuk ditinjau ulang.
2. Jika diperlukan, dilakukan perbaikan atau penyuntingan sebelum publikasi.
3. Setelah disetujui, informasi dapat dipublikasikan melalui kanal resmi RSUD Kardinah (website, media sosial, atau media lainnya).
4. Dokumentasi dan arsip informasi yang telah dipublikasikan disimpan oleh PPID sebagai bukti akuntabilitas.

**D. Monitoring dan Evaluasi**

1. Setiap informasi yang telah dipublikasikan dipantau untuk memastikan tidak ada kesalahan atau dampak negatif.
2. Jika ditemukan kesalahan, dilakukan koreksi atau klarifikasi secepatnya.
3. Evaluasi berkala dilakukan untuk meningkatkan akurasi dan efektivitas penyebaran informasi.

**E. Tanggung Jawab**

1. Unit Kerja: Menyediakan informasi yang benar dan lengkap.
2. Humas/PPID: Melakukan verifikasi dan memastikan akurasi sebelum publikasi.
3. Pimpinan RS: Memberikan persetujuan akhir jika diperlukan.

UNIT TERKAIT

1. Direktur
2. Wakil Direktur Pelayanan
3. Wakil Direktur Umum dan Keuangan
4. Kepala Bidang
5. Kepala Sub Bagian Humas
6. Unit Terkait
7. PPID Pelaksana