

FORM CHECKLIST SARANA / PRASARANA TI / TIP

Hari/ Tanggal :
 TI / TIP :
 No Telp. Darurat :

Shift :
 Personil : 1.
 2.

	Kondisi *)	Jumlah**)
Kapasitas Parkir	: penuh / tidak	
Lane SPBU Tersedia	: aktif / tidak	
BBM Kemasan	: ada / tidak	
CCTV	: on / off	
Klinik/ Layanan Kesehatan	: ada / tidak	
Bengkel Gratis	: ada / tidak	
Petugas keamanan TI / TIP	: ada / tidak	
Petugas kebersihan	: ada / tidak	
VMS / VMS Mobile	: on / off	

	Kondisi *)	Jumlah**)
Pos pengamanan	: ada / tidak	
Perambuan / Zonasi	: ada / tidak	
Toilet		
a. Pria	: berfungsi / tidak	
b. Wanita	: berfungsi / tidak	
Mobile Toilet		
a. Pria	: berfungsi / tidak	
b. Wanita	: berfungsi / tidak	

*) Coret yang tidak perlu

**) Diisi jika dapat diketahui jumlahnya

No	Jam	Lane SPBU Aktif	Kondisi Parkir Terisi		Kebersihan Toilet		Ketersediaan Air Bersih		Buka / Tutup TI	
			Penuh	Tidak	Bersih	Tidak	Cukup	Kurang	Normal	Tutup
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

Kondisi yang perlu dilaporkan:

- Antrian kendaraan di rest area sepanjang ... km
- Terdapat Toilet berbayar

Koordinator Tim

Penanggung Jawab

()

()

FORM TRAFFIC COUNTING TI/TIP*)

Hari/Tanggal :
 TI/TIP :
 Kapasitas Parkir :

Shift :
 Personil : 1.
 2.

No	Waktu Pengamatan	Volume Kendaraan Masuk (Kend)			Volume Kendaraan Keluar (Kend)			Keterangan
		Gol I	Non Gol I	Total	Gol I	Non Gol I	Total	
a	b	c	d	e	f	g	h	i
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Perhitungan dilakukan selama 1 jam setiap shift, dilakukan secara bersamaan pada akses masuk dan keluar TI/TIP

Koordinator Tim

Penanggung Jawab

()

()