

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15020193059  
 Nama Lengkap : Budi Adi Nuralam  
 Unit/Divisi/Komite : Umum  
 No. Telepon/Ext :  
 E-mail : Adinuralam25@gmail.com

Tanggal : 30-11-2022

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Permintaan IPV  
 No/Kode Formulir : 015/P/UM/RSIH/XI/2022  
 No/Kode RM\*\* :  
 Bulan Revisi Terakhir : (untuk form medis)  
 Revisi ke- :

## Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : -  
 Buffer stock : -  
 Proses PO : -  
 Waktu : -

Paraf

## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Untuk melengkapi data dalam pemeriksaan IPV

## Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Tanda Tangan  
Pemohon,

Budi Adi Nuralam

Tanda Tangan  
Penerima,

Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

## Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
Cetak sesuai kebutuhan			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ditandatangani			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		AC	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		Ditindaklanjuti	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		AC	

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/XI/2022(Rev.01)



# URAIAN KEGIATAN PEMERIKSAAN IPAL RUMAH SAKIT INTAN HUSADA GARUT

Sub Unit : PSP										IPAL					
No	Tanggal	Kegiatan	Jenis Pemeriksaan	Periode Pemeriksaan	Blower			Pompa Transfer	Mixer		Panel Listrik			Catatan	Petugas
					Oil	Pulley	Dinamo		Oil	Dinamo	Ampere	Tegangan	Aksesoris		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
Kopala Unit Umum								PJ PSP							
Rian S Ariansyah								Budi Adi Nuralam							

**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR PEMERIKSAAN IPAL  
015/F/UM/RSIH/XI/2022 (Rev.00)**

**1. PENGERTIAN**

Formulir pemeriksaan IPAL adalah berkas berisikan informasi dan data pemeriksaan IPAL di Rumah Sakit Intan Husada Garut.

**2. TUJUAN**

Untuk memberikan informasi terkait kegiatan Pemeriksaan IPAL

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan untuk bukti dokumentasi kegiatan pemeriksaan IPAL di RS Intan Husada .

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

Semua petugas PSP

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- Formulir jadwal pemeriksaan IPAL diisi oleh petugas PSP (Pemeliharaan Sarana Prasarana).
- Semua kolom wajib diisi

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Tanggal	Diisi sesuai dengan tanggal pemeriksaan IPAL	Diisi oleh petugas PSP
Kegiatan	Diisi jenis kegiatan yang dilakukan	Diisi oleh petugas PSP
Jenis pemeriksaan	Diisi sesuai dengan jenis pemeriksaan ( <i>preventif, prediktif, korektif</i> )	Diisi oleh petugas PSP
Periode pemeriksaan	Diisi sesuai dengan jenis periode pemeriksaan ( <i>mingguan, bulanan, triwulan</i> )	Diisi oleh petugas PSP
Blower	Diisi sesuai dengan hasil pemeriksaan pada bagian kolom alat ( <i>oli, pulley, dinamo</i> )	Diisi oleh petugas PSP
Pompa transfer	Diisi sesuai dengan hasil pemeriksaan pada bagian kolom alat ( <i>pompa</i> )	Diisi oleh petugas PSP
Mixer	Diisi sesuai dengan hasil pemeriksaan pada bagian kolom alat ( <i>oli, dinamo</i> )	Diisi oleh petugas PSP

Panel Isitrik	Diisi sesuai dengan hasil pemeriksaan pada bagian kolom alat ( <i>ampere</i> , tegangan, aksesoris)	Diisi oleh petugas PSP
Catatan	Diisi sesuai dengan catatan hasil pemeriksaan IPAL	Diisi oleh petugas PSP
Petugas	Diisi dengan nama dan paraf petugas yang telah melakukan pemeriksaan IPAL	Diisi oleh petugas PSP
Kolom Verifikasi	Ditanda tangani oleh Kepala Unit Umum dan PJ PSP	Diisi oleh Kepala Unit Umum dan PJ PSP