

## 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 : Adnuralam25@gmail.com

Tanggal : 29-11-2022

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Pemeriksaan Gas Medis  
 No/Kode Formulir : 016/F/UM/RSIH/IX/2022  
 No/Kode RM\*\* : (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : 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  
 Gas Medis

### Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

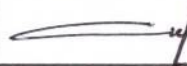
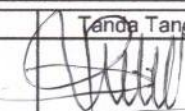
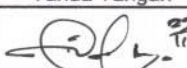
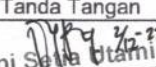
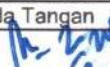
  
 Budi Adi Nuralam

Tanda Tangan  
Penerima,

  
 Rani Setia Utami  
 NIP. 15070293069

### Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Ceklist sesuai kebutuhan			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ditandatangani			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		ACC DITINDAKKAN	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Keseekretariatan	Tanda Tangan
		Ditinjau dan ditandatangani	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		ACC	 drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183631

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



# PEMERIKSAAN GAS MEDIS RUMAH SAKIT INTAN HUSADA GARUT

Sub Unit : PSP										Gas Medis										Catatan	Petugas
No	Tanggal	Kegiatan	Jenis Pemeriksaan	Periode Pemeriksaan	Liquid			Central		Suction Central			Instalasi Gedung								
					Tekanan	Kapasitas Liquid	Penyiraman Bunga Es	Tekanan Gedung 1	Tekanan Gedung 2	Tekanan	Oli	Sensor	Lantai 1 A	Lantai 2 A	Lantai 1 B	Lantai 2 B	Lantai 3B	Lantai 4 B			
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																					

Verifikasi

Kepala Unit Umum

Rian S Ariansyah

PJ PSP

Budi Adi Nuralam

## TATA CARA PENGISIAN FORMULIR PEMERIKSAAN GAS MEDIS 016/F/UM/RSIH/XI/2022 (Rev.00)

### 1. PENGERTIAN

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

### 2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi terkait kegiatan Pemeriksaan gas medis

### 3. KEGUNAAN

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

### 4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Semua petugas PSP

### 5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Formulir jadwal pemeriksaan gas medis diisi oleh petugas PSP (Pemeliharaan Sarana Prasarana).
- b. Semua kolom wajib diisi

### 6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Tanggal	Diisi sesuai dengan tanggal pemeriksaan gas medis	Diisi oleh petugas PSP
Kegiatan	Diisi jenis kegiatan yang dilakukan	Diisi oleh petugas PSP
Periode pemeriksaan	Diisi sesuai dengan jenis periode pemeriksaan (mingguan,bulanan,triwulan)	Diisi oleh petugas PSP
Jenis pemeriksaan	Diisi sesuai dengan jenis pemeriksaan (prventif,prediktif,korektif)	Diisi oleh petugas PSP
Periode pemeriksaan	Diisi sesuai dengan jenis periode pemeriksaan (mingguan,bulanan,triwulan)	Diisi oleh petugas PSP
Liquid	Diisi sesuai dengan hasil pemeriksaan pada bagian kolom alat (tekanan, kapasitas liquid,penyiraman bunga es)	Diisi oleh petugas PSP
Central	Diisi sesuai dengan hasil pemeriksaan pada bagian kolom alat (tekanan gedung 1 dan tekanan gedung 2 )	Diisi oleh petugas PSP
Suction central	Diisi sesuai dengan hasil pemeriksaan pada bagian kolom alat (tekanan, oli,sensor)	Diisi oleh petugas PSP
Instalasi Gedung	Diisi sesuai dengan hasil pemeriksaan instalasi gedung pada kolom area yang diperiksa	Diisi oleh petugas PSP



---

Catatan	Diisi sesuai dengan catatan hasil pemeriksaan gas medis	Diisi oleh petugas PSP
Petugas	Diisi dengan nama dan paraf petugas yang telah melakukan pemeriksaan gas medis	Diisi oleh petugas PSP
Kolom Verifikasi	Ditanda tangani oleh Kepala Unit Umum dan PJ PSP	Diisi oleh Kepala Unit Umum dan PJ PSP