


		LAPORAN KECELAKAAN KERJA		 <small>UTAMAKAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA</small>	
A. INSIDEN					
Tanggal Insiden :			Tanggal Pelaporan :		
Waktu Insiden :			Waktu Pelaporan :		
Pekerjaan :			Lokasi :		
*Pekerjaan (saat terjadi insiden)					
Kronologi Kejadian			Aspek Penyebab		
B. KORBAN					
Jenis Korban*				Jenis Kelamin*	
<input type="checkbox"/> Dokter		<input type="checkbox"/> Karyawan Penunjang Medik		<input type="checkbox"/> Laki-Laki	
<input type="checkbox"/> Perawat		<input type="checkbox"/> Cleaning Service (CS)		<input type="checkbox"/> Perempuan	
<input type="checkbox"/> Staff / Petugas Non Medis		<input type="checkbox"/> Security			
Data Korban					
Nama : NIK : Usia : Unit Kerja : Spesialisasi Terkait : Kategori Cidera * : <input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat <input type="checkbox"/> Fatal LT :					
*LT (Loss Time) = Jumlah Hari Hilang (lebih dari 1x24 jam) Kategori = Ringan (cedera Ringan, Tidak ada LT, Dapat Segera Bekerja Kembali) Sedang (Memerlukan Pertolongan Medis/P3K, Tidak Ada LT) Berat (Memerlukan Rujukan Medis, Cacat Sementara, Terdapat LT) Fatal (Cacat Permanen, Kematian)					
C. Investigasi Kecelakaan					
Penyebab Langsung			Penyebab Tidak Langsung		
Kondisi Tidak Aman	Tindakan Tidak Aman	Pribadi	Pekerjaan		
Penyertaan Barang Bukti					
<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK					

LAPORAN KECELAKAAN KERJA



Akibat Kejadian* :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cidera Ringan | <input type="checkbox"/> Resiko Terpapar |
| <input type="checkbox"/> Memerlukan Pertolongan Medis / P3K | <input type="checkbox"/> Kematian |
| <input type="checkbox"/> Memerlukan Perawatan Di Rumah Sakit | <input type="checkbox"/> Membahayakan Jiwa |

Nama Pelapor :

Status Pelapor* : ☐ Perawat ☐ Security
☐ Karyawan Penunjang Medik ☐ Cleaning Service (CS)
☐ Staff / Petugas Non Medis

Unit Kerja :

D. PERBAIKAN & PENCEGAHAN

Jenis Tindakan	Rencana Tindakan	Target	Wewenang

* Isi Jenis Tindakan dengan (**Tindakan Perbaikan/Tindakan Pencegahan**)

* Isi Target dengan (**Tanggal Pemenuhan**)

* Isi Wewenang dengan (**Bagian/Petugas** yang berwenang untuk melaksanakan Rencana Tindakan)

Korban	Tim K3
Nama :	Nama :
Tanggal :	Tanggal :

Catatan: