



LAPORAN AWAL KEJADIAN KECELAKAAN

¹No. Referensi Kecelakaan: KK-PKG 19.12.2012

I. DETIL LAPORAN KECELAKAAN

1. JENIS KECELAKAAN	<input type="checkbox"/> Kecelakaan Kerja/ cidera akibat kerja	<input type="checkbox"/> LTI (Lost Time Incident)/ tidak mampu bekerja pada 2 hari atau 2 shift berikutnya	<input checked="" type="checkbox"/> Kerusakan Equipment	<input type="checkbox"/> Dampak pada Masyarakat
	<input type="checkbox"/> Bukan Kecelakaan Kerja/ bukan cidera akibat kerja	<input type="checkbox"/> RWI (Restricted Work Injury)/ bisa kembali kerja dengan pembatasan aktivitas	<input type="checkbox"/> Kerusakan Properti Perusahaan	<input type="checkbox"/> Gangguan pada Keamanan
	<input type="checkbox"/> Penyakit Akibat Kerja/ sakit akibat kerja	<input type="checkbox"/> MTI (Medical Treatment Injury)/ perawatan cidera dengan peralatan medis	<input type="checkbox"/> Kerusakan Lingkungan	<input type="checkbox"/> Lain-lain:
		<input type="checkbox"/> FAI (First Aid injury)/ perawatan cidera dengan P3K	<input type="checkbox"/> Gangguan Produksi

2. Judul Kejadian	Belt Conveyor M0706A putus terbakar
-------------------	-------------------------------------

3. Detil Informasi

Tempat Kejadian	Lokasi Pabrik III – UBB (Utara barak operator)	
Waktu Kejadian	Tanggal Kamis, 13 Desember 2012	Waktu (approx.) 10.30 – 12.15
Tanggal Pelaporan	Tanggal Kamis, 13 Desember 2012	Waktu 12.30
Dilaporkan Oleh	Nama Lengkap Hartyanto	Jabatan Satpam
Dilaporkan Kepada	Nama Lengkap -	Jabatan Bagian PMK

4. Uraian singkat kejadian

Apa yang terjadi pada saat itu / Apa kontak yang terjadi pada saat itu
Catatan: dilarang menyebut nama orang pada bagian ini

Pada hari kamis tanggal 13 Desember 2012 pukul 09.00 dilakukan pengelasan oleh pihak rekanan PT. Putra Baru Sentosa (PBS) pada bagian Chute Inlet Conveyor sampai pukul 10.30.
Sekitar pukul 12.15 pada saat operator akan menjalankan conveyor, terlihat asap di belt conveyor M0706A inlet dan mengakibatkan belt conveyor putus.

Kerugian apa yang di akibatkan oleh kejadian kecelakaan tersebut (cidera, kerusakan peralatan, pencemaran lingkungan, dll).

Belt Conveyor M0706A putus



LAPORAN AWAL KEJADIAN KECELAKAAN

5. Penanggung jawab lokasi	Nama Lengkap	Jabatan	Kontak
6. Saksi	Nama Lengkap Vebry Firmanda	Jabatan OpMud	Kontak
	Nama Lengkap	Jabatan	Kontak

II. TINDAKAN LANGSUNG

7. Tindakan Langsung	Oleh Siapa	Selesai pada Waktu/Tanggal
Membasahi belt conveyor M0706B	Operator Handling	13 Desember 2012 12.15
Melapor kepada Pak Esron	Operator Cooling Tower	13 Desember 2012 12.15
Lapor PMK	Satpam	13 Desember 2012 12.15
Pemadaman Api	Bagian PMK	13 Desember 2012 13.30
Evakuasi belt conveyor M0706A		13 Desember 2012 15.30
Penggantian belt conveyor M0706A		14 Desember 2012 01.00

III. PENILAIAN AWAL RESIKO

Silahkan merujuk pada

- Lampiran xxx-xxx-xxx HSE Risk Matrix
- Lampiran xxx-xxx-xxx Investigation Level Matrix

8. Tingkat Resiko	Konsekuensi Aktual <input type="checkbox"/> Catastrophic <i>Bencana</i> <input type="checkbox"/> Major <i>Besar</i> <input type="checkbox"/> Moderate <i>Sedang</i> <input type="checkbox"/> Minor <i>Kecil</i> <input checked="" type="checkbox"/> Insignificant <i>Tidak Signifikan</i>
	Konsekuensi Potensial <input type="checkbox"/> Catastrophic <i>Bencana</i> <input type="checkbox"/> Major <i>Besar</i> <input type="checkbox"/> Moderate <i>Sedang</i> <input checked="" type="checkbox"/> Minor <i>Kecil</i> <input type="checkbox"/> Insignificant <i>Tidak Signifikan</i>
	Kemungkinan <input type="checkbox"/> Almost certain <i>Hampir Pasti</i> <input checked="" type="checkbox"/> Likely <i>Mungkin Sekali</i> <input type="checkbox"/> Possible <i>Mungkin</i> <input type="checkbox"/> Unlikely <i>Jarang</i> <input type="checkbox"/> Rare <i>Sangat Jarang</i>
	Tingkat Resiko Aktual <input checked="" type="checkbox"/> Low <i>Rendah</i> <input type="checkbox"/> Medium <i>Sedang</i> <input type="checkbox"/> High <i>Tinggi</i> <input type="checkbox"/> Extreme <i>Ekstrim</i>
	Tingkat Resiko Potensial <input type="checkbox"/> Low <i>Rendah</i> <input checked="" type="checkbox"/> Medium <i>Sedang</i> <input type="checkbox"/> High <i>Tinggi</i> <input type="checkbox"/> Extreme <i>Ekstrim</i>



LAPORAN AWAL KEJADIAN KECELAKAAN

IV. SKETSA, GAMBAR ATAU FOTO KEJADIAN KECELAKAAN

Terlampir



LAPORAN AWAL KEJADIAN KECELAKAAN

INFORMASI ORANG YANG TERLIBAT KEJADIAN KECELAKAAN

I. DATA ORANG YANG TERLIBAT

9. Detil status pekerja	Nama Lengkap	Jenis Kelamin:		
		<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita		
	Jabatan	Tanggal Lahir		
	Perusahaan			
	<input type="checkbox"/> PT. Petrokimia Gresik	NIK	Lama Bekerja di Perusahaan	
		Bagian	Departemen	
	<input type="checkbox"/> Subkontraktor/ Rekanan	Nama Perusahaan	Lama Bekerja di Perusahaan	
Nomor KIB		Masa Berlaku		
Status Kerja		Shift Type	<input type="checkbox"/> Siang <input type="checkbox"/> Malam	
<input type="checkbox"/> Permanen / Tetap <input type="checkbox"/> Kontrak <input type="checkbox"/> Harian <input type="checkbox"/> Lain-lain				
Masa kerja di posisi saat ini / masa kerja di proyek ini		Kejadian yg berulang	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
<input type="checkbox"/> < bulan <input type="checkbox"/> 1-3 bulan <input type="checkbox"/> 4 bulan <input type="checkbox"/> > 1 tahun				
10. Aktivitas / pekerjaan yang di lakukan pada saat kejadian				

I. CIDERA/SAKIT

Informasi ini dilengkapi dengan berkonsultasi pada pusat pengobatan dan harus diisi oleh orang yang berkompeten dalam bidang kesehatan

11. Jenis Cidera	<input type="checkbox"/> Abrasions/Abrasi	<input type="checkbox"/> Dislocation/Dislokasi	<input type="checkbox"/> Heat stress/ Stres Panas	<input type="checkbox"/> Puncture Wound/Luka Tusuk					
	<input type="checkbox"/> Amputation/Amputasi	<input type="checkbox"/> Effects of Chemicals/ Efek Bahan Kimia	<input type="checkbox"/> Illness/Kesakitan	<input type="checkbox"/> Open Wound/ Luka terbuka					
	<input type="checkbox"/> Asphyxia/Sesak Nafas	<input type="checkbox"/> Effects of Exposure/ Efek Paparan	<input type="checkbox"/> Internal Injury/Luka Dalam	<input type="checkbox"/> Sprain/keseleo					
	<input type="checkbox"/> Bruising/Memar	<input type="checkbox"/> Electric Shock/ Tersengat Arus Listrik	<input type="checkbox"/> Laceration/Luka gores	<input type="checkbox"/> Strain/Tegang Otot					
	<input type="checkbox"/> Burns/Luka bakar	<input type="checkbox"/> Fracture/ Patah Tulang	<input type="checkbox"/> Loss of Consciousness Hilang Kesadaran/Pingsan	<input type="checkbox"/> Other/Lainnya					
	<input type="checkbox"/> Crush/Remuk	<input type="checkbox"/> Foreign Body/ Benda Asing	<input type="checkbox"/> Nausea/Mual	Specify/Jelaskan					
	12. Bagian Tubuh	Body Part/ Anggota Tubuh	Right/ kanan	Left/ kiri	Body Part/ Anggota Tubuh	Right/ kanan	Left/ kiri	Body Part/ Anggota Tubuh	Right/ kanan
<input type="checkbox"/> Back / Punggung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Skull / Head Kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Shoulder / Pundak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hip / Pinggul		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Face / Wajah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Upper Arm / Lengan atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Upper Leg / Kaki Atas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ear / Telinga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lower Arm / Lengan bwh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lower leg / Kaki bawah		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eye / Mata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wrist / Pergelangan tangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ankle / Pergelangan Kaki		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neck / Leher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hand / Tangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Foot / Kaki		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chest / Dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fingers / Jari tangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toes / Jari kaki		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abdomen / Perut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Other / Lainnya		
<input type="checkbox"/> Knee / Lutut		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Groin / Selangkangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Specify:		
13. Deskripsi perawatan dan kondisi korban	Catat semua pengamatan/ kondisi dan perawatan yg diberikan seperti informasi yang diberikan pada pasien (lampirkan laporan medis jika tersedia)								



LAPORAN AWAL KEJADIAN KECELAKAAN

14. Hasil Perawatan	<input type="checkbox"/> Kembali kerja normal <input type="checkbox"/> Menjalani perawatan P3K	<input type="checkbox"/> Dirujuk untuk mendapatkan perawatan Dokter/ Rumah Sakit/ Pengobatan Medis Lanjut <input type="checkbox"/> Kembali kerja dengan pembatasan aktivitas	<input type="checkbox"/> Tidak kembali ke tempat kerja <input type="checkbox"/> Lain-Lain (sebutkan)
15. Penyedia Perawatan	Nama Lengkap	Tanggal	Waktu
16. Provider Perawatan Medis	Nama tempat pengobatan/ Rumah Sakit/ Fasilitas & lokasi	Contact Person	Contact No.

II. KERUSAKAN EQUIPMENT ATAU KERUSAKAN PROPERTY *Kerusakan peralatan atau kerusakan property milik perusahaan*

17. Nama Peralatan	Kode Alat/ No Aset/ No Seri/ Pembuat/ Model Belt Conveyor (M0706A)
18. Detil	Deskripsi kerusakan alat/ property Putus
19. Perkiraan Biaya	<input type="checkbox"/> Rp 0 – Rp 100 juta <input type="checkbox"/> Rp 100 juta - Rp 1 milyar <input type="checkbox"/> Rp 1 milyar - Rp 5 milyar <input type="checkbox"/> Rp 5 milyar - Rp 20 milyar <input type="checkbox"/> > Rp 20 milyar
20. Mekanisme kecelakaan	(contoh: tabrakan, kegagalan elektrik, terbalik) Terbakar

III. KERUSAKAN LINGKUNGAN *Kerusakan lingkungan yang disebabkan kejadian kecelakaan*

21. Tipe Dampak	<input type="checkbox"/> Water – Ground/ Air - Tanah	<input type="checkbox"/> Land – Undisturbed Tanah tak terganggu	<input type="checkbox"/> Culture/Budaya	<input type="checkbox"/> Fauna/Hewan	
	<input type="checkbox"/> Water – Surface/ Air- Permukaan	<input type="checkbox"/> Land – Rehabilitated Tanah - Rehabilitasi	<input type="checkbox"/> Heritage/Warisan	<input type="checkbox"/> Community / Public Komunitas/Masyarakat	
	<input type="checkbox"/> Flora/Tumbuhan	<input type="checkbox"/> Land – General Tanah - Umum	<input type="checkbox"/> Air Quality/ Pollution Kualitas udara/ Polusi	<input type="checkbox"/> Others/Lainnya	
22. Detail Dampak	Agen Pencemar (nama produk)	Volume Pencemar(L)	Area Terpapar (m2)	Durasi Terpapar	Durasi Dampak Paparan
23. Komentar Tambahan	Komentar (lampirkan informasi tambahan jika diperlukan)				

IV. LAIN-LAIN (Kerugian produksi, proses bisnis, dampak komunitas, keamanan, dll)

--

V. PEMBERITAHUAN KEPADA PIHAK LUAR

24. Pemberitahuan ke Pemerintah/ Instansi terkait	<input type="checkbox"/> Tidak diperlukan <input type="checkbox"/> Ya	Tgl pemberitahuan	Waktu
	Instansi	Dilaporkan kepada	
	Komentar		



LAPORAN AWAL KEJADIAN KECELAKAAN

VI. LAPORAN DI KETAHUI OLEH

**25. Orang yg
terlibat**

Nama Lengkap

Tanda tangan:

Tanggal

Komentar:

**26. Pengawas/
Atasan
Langsung**

Nama Lengkap

Tanda tangan:

Tanggal

Komentar:

**27. Penanggung
jawab lokasi**

Nama Lengkap

Tanda tangan:

Tanggal

Komentar:

**28. Departemen
LK3**

Nama Lengkap

Tanda tangan:

Tanggal

Komentar: