

# FORMULIR LAPORAN INSIDEN / KECELAKAAN KERJA

PT. Siantar Top, Tbk

---

## A. IDENTITAS KEJADIAN

Tanggal Insiden: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Waktu Insiden: \_\_\_\_\_ (Jam:Menit)

Hari: ☐ Senin ☐ Selasa ☐ Rabu ☐ Kamis ☐ Jumat ☐ Sabtu ☐ Minggu

Lokasi/Area Insiden:

☐ Lini Produksi ☐ Gudang ☐ Ruang Utilitas ☐ Kantor ☐ Lainnya: \_\_\_\_\_

Unit/Departemen: \_\_\_\_\_

Shift: ☐ Pagi (06:00-14:00) ☐ Sore (14:00-22:00) ☐ Malam (22:00-06:00)

Supervisor Area: \_\_\_\_\_

---

## B. DATA KORBAN (Jika ada)

Korban Utama

Nama Lengkap: \_\_\_\_\_

NIK/NRP: \_\_\_\_\_

Jabatan: \_\_\_\_\_

Departemen: \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin: ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Status Karyawan: ☐ Tetap ☐ Kontrak ☐ Outsourcing ☐ Pengunjung

Lama Bekerja: \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan

Terakhir Training K3: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Pendidikan Terakhir: ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐ D3 ☐ S1 ☐ Lainnya

Pengalaman di Posisi Saat Ini: \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_ Bulan

**Korban Tambahan (jika ada)**

Nama: \_\_\_\_\_

Departemen: \_\_\_\_\_

Tingkat Cedera: ☐ Ringan ☐ Sedang ☐ Berat

---

### **C. JENIS INSIDEN (Pilih salah satu yang paling sesuai)**

☐ Kecelakaan dengan Cedera

- ■ Luka lecet/laserasi
- ■ Patah tulang
- ■ Tertarik/keseleo
- ■ Terbakar
- ■ Tersengat listrik
- ■ Terjepit/terhimpit
- ■ Mata terkena benda asing
- ■ Lainnya: \_\_\_\_\_

■ Nyaris Celaka (Near Miss) - Terjadi potensi cedera, tapi tidak ada korban

■ Kerusakan Peralatan/Properti

■ Pencemaran/Tumpahan Bahan Kimia

■ Kebakaran/Ledakan

■ Gangguan Kesehatan (sakit/mabuk saat kerja)

■ Lainnya: \_\_\_\_\_

---

## D. BAGIAN TUBUH YANG TERLUKA (Jika ada cedera)

Silakan tandai area yang terluka:

■ Kepala

■ Muka

■ Tangan/Jari

■ Lengan

■ Bahu

■ Dada

■ Punggung

■ Perut

■ Paha

■ Lutut

■ Kaki/Jari Kaki

■ Lainnya: \_\_\_\_\_

Tingkat Keparahan Cedera:

■ Ringan - Luka superfisial, tidak perlu istirahat, bisa langsung kembali kerja

■ Sedang - Luka memerlukan perawatan medis, istirahat 1-3 hari

■ Berat - Luka serius, rawat inap, istirahat > 3 hari, cacat permanen

■ Kritis - Kematian atau ancaman nyawa

---

## E. URAIAN SINGKAT KEJADIAN

Jelaskan secara kronologi dan detail apa yang terjadi (siapa, apa, kapan, di mana, bagaimana):

---

---

---

---

---

---

## **F. PENYEBAB SEMENTARA (Analisis Awal - Pilih yang paling relevan)**

### **Penyebab Tindakan Tidak Aman (Unsafe Act):**

- Tidak menggunakan APD
- APD tidak digunakan dengan benar
- Bekerja tanpa izin/prosedur
- Prosedur tidak diikuti/dilanggar
- Kecepatan kerja berlebihan/tergesa-gesa
- Operasi/perbaikan tanpa training
- Menghapus/melepas perlindungan mesin
- Kurang fokus/perhatian
- Kurangnya komunikasi dengan rekan kerja
- Lainnya: \_\_\_\_\_

### **Penyebab Kondisi Tidak Aman (Unsafe Condition):**

- Mesin rusak/tidak berfungsi dengan baik
- Guard/pelindung mesin hilang/rusak
- Pencahayaan kurang
- Area licin/basah tanpa peringatan
- Lantai/tangga rusak/tidak rata
- Bahan kimia tidak tersimpan dengan aman
- Sirkulasi udara buruk/ventilasi kurang
- Kebisingan tinggi
- Peralatan/alat tidak sesuai standar
- Lainnya: \_\_\_\_\_

---

## G. TINDAKAN PERTOLONGAN / PENANGANAN AWAL

Apakah ada pertolongan pertama yang diberikan? ■ Ya ■ Tidak

Jika ya, jelaskan apa yang dilakukan:

---



---

Apakah korban dibawa ke rumah sakit/klinik? ■ Ya ■ Tidak ■ Pilihan korban

Diagnosis Medis (sesuai surat keterangan medis):

---

---

---

## H. RENCANA TINDAKAN PERBAIKAN DAN PENCEGAHAN

Tindakan Perbaikan (Corrective Action) - untuk mengatasi masalah yang terjadi:

No.	Tindakan	Penanggung Jawab	Target Selesai
-----	----------	------------------	----------------

-----	-----	-----	-----
-------	-------	-------	-------

1.		__ / __ / ____	
----	--	----------------	--

2.		__ / __ / ____	
----	--	----------------	--

3.		__ / __ / ____	
----	--	----------------	--

Tindakan Pencegahan (Preventive Action) - agar tidak terulang di kemudian hari:

No.	Tindakan	Penanggung Jawab	Target Selesai
-----	----------	------------------	----------------

-----	-----	-----	-----
-------	-------	-------	-------

1.		__ / __ / ____	
----	--	----------------	--

2.		__ / __ / ____	
----	--	----------------	--

3.		__ / __ / ____	
----	--	----------------	--

---

## I. PENGESAHAN

Dilaporkan Oleh (Orang yang Menemukan/Mengalami Insiden):

Nama: \_\_\_\_\_

Jabatan: \_\_\_\_\_

Tanda Tangan: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

---

Diperiksa oleh Supervisor/Atasan Langsung:

Nama: \_\_\_\_\_

Jabatan: \_\_\_\_\_

Catatan/Komentar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tanda Tangan: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

---

Diverifikasi oleh Petugas K3 / Safety Officer:

Nama: \_\_\_\_\_

Jabatan: \_\_\_\_\_

Hasil Investigasi/Catatan:

\_\_\_\_\_



---

---

Rekomendasi Tindakan Lanjutan:

---

---

Tanda Tangan: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

---

Disetujui oleh Manager/Kepala Departemen:

Nama: \_\_\_\_\_

Jabatan: \_\_\_\_\_

Tanda Tangan: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

---

Diketahui oleh Direktur/Manajemen:

Nama: \_\_\_\_\_

Jabatan: \_\_\_\_\_

Tanda Tangan: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

---

## J. CATATAN TAMBAHAN

Follow-up/Tindakan Lanjutan yang Dilakukan:

---

---

---

Status Korban Saat Ini: ☐ Sudah kembali bekerja ☐ Masih dalam perawatan ☐ Cuti medis

Tanggal Kembali Bekerja: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

---

## REFERENSI

1. Kementerian Ketenagakerjaan RI. (2012). \*PP No. 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja\*. Pasal 19-21 tentang Investigasi Insiden.
2. International Labour Organization. (2015). \*Incident investigation: A practical guide\*. ILO Publications.
3. ISO 45001:2018. \*Occupational health and safety management systems — Requirements with guidance for use\*. Klausul 10.2 tentang Investigasi Insiden.
4. Kementerian Ketenagakerjaan RI. \*Pedoman Penyelidikan dan Pelaporan Kecelakaan Kerja\*.

---

Catatan Penting:

- Formulir ini harus diisi dalam 24 jam setelah insiden terjadi
- Setiap insiden, baik cedera maupun nyaris celaka, wajib dilaporkan
- Data insiden digunakan untuk analisis tren dan perbaikan berkelanjutan
- Formulir disimpan di arsip K3 minimal 2 tahun untuk audit/referensi

---

Dokumen Efektif Sejak: Desember 2025

Versi: 1.0

Disiapkan oleh: Tim K3