

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