

Laporan Kasus Kecelakaan Kerja Tahap I
Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam sejak terjadi kasus kecelakaan kerja

1. Nama Perusahaan/Jasa Konstruksi *) :

Kode Mitra : *) Diisi khusus Bagi peserta Penerima Upah

Alamat :

Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____

No telp perusahaan/Jasa Konstruksi : /

Nama Kontak personil Perusahaan/Jasa Konstruksi :

2. Nama Peserta :

Nomor Referensi / nomor Peserta :

Jenis Kelamin : laki-laki Perempuan

Tanggal Lahir : tgl bln thn

Alamat/ no telp :

Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____

Kode Pos No Telp/hp

Jenis Pekerjaan/jabatan :

Unit / Bidang/ Bagian perusahaan :

3. Upah tenaga kerja yang diterima : per hari per bulan borongan

Jumlah upah yang diterima : Rp _____

Terbilang upah yang diterima :

4. Tempat kejadian kecelakaan : di dalam lokasi kerja di luar lokasi kerja lalu-lintas

Alamat lokasi kejadian kecelakaan :

Desa/Kel _____ Kec _____ Kota/Kab _____

Tanggal Kecelakaan : tgl bln thn jam kejadian jam menit

5. Deskripsi kecelakaan :

a) Tindakan bahaya penyebab kecelakaan :

<input type="checkbox"/> Memakai peralatan yang berbahaya <input type="checkbox"/> Lupa menggunakan alat pelindung diri (APD) <input type="checkbox"/> Posisi saat bekerja tidak aman <input type="checkbox"/> Mengalami gangguan perhatian dan konsentrasi	<input type="checkbox"/> Bekerja dengan kecepatan membahayakan <input type="checkbox"/> Bongkar pasang barang/bongkar muat barang <input type="checkbox"/> Bekerja dengan objek/benda yang berputar <input type="checkbox"/> Lalai
--	---

b) Kondisi yang menimbulkan bahaya dan menjadi pencetus terjadinya kecelakaan :

<input type="checkbox"/> Pengamanan yang tidak sempurna <input type="checkbox"/> Adanya kecacatan (disabilitas) <input type="checkbox"/> Penerangan yang tidak sempurna <input type="checkbox"/> Suasana kerja yang tidak aman <input type="checkbox"/> Getaran yang berbahaya <input type="checkbox"/> Perlengkapan yang digunakan tidak aman	<input type="checkbox"/> Penggunaan peralatan/bahan yang tidak tepat <input type="checkbox"/> Adanya prosedur/pengaturan yang tidak aman <input type="checkbox"/> Ventilasi tidak sempurna <input type="checkbox"/> Tekanan udara yang tidak aman <input type="checkbox"/> Bising <input type="checkbox"/> Adanya gerakan (perputaran)
---	---

c) Corak kecelakaan yang terjadi :

<input type="checkbox"/> Terbantur <input type="checkbox"/> Tertangkap <input type="checkbox"/> Tenggelam <input type="checkbox"/> Tertimbun	<input type="checkbox"/> Terpukul <input type="checkbox"/> Tergigit <input type="checkbox"/> Terjepit <input type="checkbox"/> Tergelincir	<input type="checkbox"/> Terpapar <input type="checkbox"/> Jatuh dari ketinggian yang sama <input type="checkbox"/> Jatuh dari ketinggian berbeda <input type="checkbox"/> Penghisapan (Penyerapan)	<input type="checkbox"/> Tersengat aliran listrik
---	---	--	---

d) Sumber penyebab cedera :

<input type="checkbox"/> Mesin (Press, Bor, Gergaji, dll) <input type="checkbox"/> Pengangkut/Pengangkat barang <input type="checkbox"/> Perkakas pekerjaan tangan <input type="checkbox"/> Bahan Kimia <input type="checkbox"/> Faktor lingkungan <input type="checkbox"/> Bahan mudah terbakar dan benda panas	<input type="checkbox"/> Penggerak mula dan pompa <input type="checkbox"/> Conveyor <input type="checkbox"/> Pesawat uap dan bejana tekan <input type="checkbox"/> Debu Berbahaya <input type="checkbox"/> Binatang	<input type="checkbox"/> Lift (Barang, orang) <input type="checkbox"/> Alat transmisi mekanik <input type="checkbox"/> Peralatan listrik <input type="checkbox"/> Radiasi dan bahan radioaktif <input type="checkbox"/> Permukaan lantai di lingkungan kerja
---	---	--

6. Uraian Kejadian Kecelakaan

- Bagaimana terjadinya kecelakaan :

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

- Sebutkan bagian mesin, instalasi bahan atau lingkungan yang menyebabkan cedera *)

*) tidak perlu diisi bagi peserta bukan penerima upah

:

Uraian kejadian kecelakaan lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri

7. Akibat yang diderita korban

Sebutkan bagian tubuh yang luka :

: Meninggal cedera/luka

: _____

: _____

8. Fasilitas kesehatan (faskes) yang memberikan pertolongan pertama

: Nama Faskes : _____

: Jenis Faskes : Rumah Sakit Trauma Center Klinik Trauma Center

: Bukan Jejaring Trauma Center

: Alamat Faskes : _____

9. Keadaan penderita setelah pemeriksaan pertama

: rawat jalan rawat inap

10. Keterangan lainnya jika perlu

:

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja tahap I adalah benar.

Tembusan:
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab :
Tanggal :

.....(tanda tangan pimpinan dan/atau stempel perusahaan)
Nama :
Jabatan :