



FORMULIR
CORRECTIVE ACTION AND PREVENTIVE ACTION (CAPA)
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA

A. IDENTITAS

Nomor CAPA	
Tanggal	
Unit/Area	
Nomor Laporan Insiden	
Kategori Risiko	☐ Rendah ☐ Sedang ☐ Tinggi ☐ Ekstrem
Disusun oleh	
Diverifikasi oleh	

B. Informasi Insiden

Tanggal/Waktu Insiden	
Lokasi	
Jenis Insiden	
Uraian Singkat Insiden	
Dampak yang Ditimbulkan	

C. Analisis Akar Penyebab (Root Cause Analysis)

Metode yang digunakan: ☐ 5 Why ☐ Fishbone Diagram ☐ Lainnya: _____

Akar Penyebab	
Faktor Kontribusi	
Rekomendasi	

D. Corrective Action (Tindakan Korektif)

No	Tindakan	Penanggung Jawab	Target Waktu	Status

E. Preventive Action (Tindakan Pencegahan)

No	Tindakan	Penanggung Jawab	Target Waktu	Status

F. Monitoring Efektivitas CAPA

Tanggal Evaluasi	Indikator	Hasil	Efektif? (Ya/Tidak)	Evaluator

G. Persetujuan

Disusun oleh	Nama: Tanda Tangan: Tanggal:
Kepala Laboratorium/PIC	Nama: Tanda Tangan: Tanggal:
Ketua Tim K3 FK UNY	Nama: Tanda Tangan: Tanggal:
Dekan/Wakil Dekan (bila diperlukan)	Nama: Tanda Tangan: Tanggal:

Catatan: Form CAPA diisi setelah investigasi insiden selesai dan menjadi dokumen mutu untuk memastikan tindakan korektif serta pencegahan telah dilaksanakan dan efektivitasnya diverifikasi.