

FORMAT SURAT KETERANGAN PENYANDANG DISABILITAS

KOP SURAT RUMAH SAKIT PEMERINTAH/PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN

Nama : Jenis Kelamin: Laki/Perempuan*)
Umur :
NIK :
Ada Disabilitas : Ya/Tidak*)
Lokasi Disabilitas :

- Susunan syaraf pusat;
sebutkan_____
- Organ Penginderaan;
sebutkan_____
- Extremitas atas kanan/kiri/keduanya*)
- Tangan dominan kanan/kiri*)
- Extremitas bawah kanan/kiri/keduanya*)
- Lain-lain _____

ANAMNESIS)**

1. Riwayat disabilitas :
 - Sejak lahir, diagnosa _____
 - Sesudah kecelakaan, pada tahun _____, diagnosa _____
 - Sesudah sakit, pada tahun _____, diagnosa _____
2. Kemampuan mengurus diri*):
 - Mampu
 - Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa _____
 - Perlu bantuan penuh orang lain
3. Bepergian keluar rumah:
 - Bisa sendiri/perlu di antar anggota keluarga*)

HASIL PEMERIKSAAN)**

4. Jenis Disabilitas:
 - a. Disabilitas Fisik
 - 1) Amputasi (Tangan/Kaki*)
 - 2) Kelemahan bagian atas anggota gerak atas dan bawah
 - 3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul)
 - 4) *Cerebral Palsy* (CP)
 - b. Disabilitas Sensorik
 - 1) Netra
 - a) Buta total
 - b) Persepsi cahaya/*low vision*
 - 2) Rungu
 - 3) Wicara
 - c. Disabilitas Intelektual
 - 1) Disabilitas grahita
 - 2) *Down syndroma*

-
- d. Disabilitas Mental
- 1) Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas dan Gangguan Kepribadian) *)
 - 2) Disabilitas perkembangan (Autis/Hiperaktif) *)
5. Derajat Disabilitas Fisik :
- 1) Derajat 1: mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitan
 - 2) Derajat 2: mampu melaksanakan kegiatan atau mempertahankan sikap dengan bantuan alat bantu
 - 3) Derajat 3: mampu melaksanakan aktivitas, sebagian memerlukan bantuan orang lain, dengan atau tanpa alat bantu
 - 4) Derajat 4: dalam melaksanakan aktivitas, tergantung penuh terhadap pengawasan orang lain
 - 5) Derajat 5: tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan penuh orang lain dan tersedianya lingkungan khusus
 - 6) Derajat 6: tidak mampu penuh melaksanakan kegiatan sehari-hari meskipun dibantu penuh orang lain
6. Kemampuan Mobilitas:
- 1) Jalan/ jalan perlahan/jalan dengan alat bantu/tidak mampu jalan*)
 - 2) Naik tangga/naik tangga perlahan/tidak mampu naik tangga*)
7. Gangguan Extremitas atas: _____
- 1) Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0
 - 2) Kiri: Kekuatan 5/4/3/2/1/0
- Gangguan Extremitas bawah: _____
- 1) Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0
 - 2) Kiri kekuatan 5/4/3/2/1
8. Alat Bantu yang digunakan : Ada/Tidak*), sebutkan _____
9. Penyakit lain : Ada/Tidak*), sebutkan _____
10. Pengobatan : Ada/Tidak*), sebutkan _____

Catatan tambahan lainnya :

Tempat dan Tanggal Pemeriksaan

Dokter yang memeriksa

Nama
NIP.

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

**) wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas