KOP SURAT RUMAH SAKIT PEMERINTAH/PUSKESMAS

**SURAT KETERANGAN**

Nama : ........................................................................................

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 diantar 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) *Celebral 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 syndrome*

d. Disabilitas Mental

1) Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Anxietas, dan Gangguan Kepribadian)\*)

2) Disabilitas perkembangan (Autis/Hiperaktif)

5. Derajat Disabilitas Fisik:

a. Derajat 1: mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitan

b. Derajat 2: mampu melaksanakan kegiatan atau mempertahankan sikap dengan bantuan alat bantu

c. Derajat 3: mampu melaksanakan aktivitas, sebagian memerlukan bantuan orang lain, dengan atau tanpa alat bantu

d. Derajat 4: dalam melaksanakan aktivitas, tergantung penuh terhadap pengawasan orang lain

e. Derajat 5: tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan penuh orang lain dan tersedianya lingkungan khusus

f. Derajat 6: tidak mampu penuh melaksanakan kegiatan sehari-hari meskipun dibantu penuh orang lain

6. Kemampuan mobilitas:

a. Jalan/jalan perlahan/jalan dengan alat bantu/tidak mampu jalan\*)

b. Naik tangga/naik tangga perlahan/tidak mampu naik tangga\*)

7. Gangguan Extremitas atas:

a. Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0

b. Kiri: kekuatan 5/4/3/2/1/0

8. Alat bantu yang digunakan : Ada/Tidak\*), sebutkan...............................................

9. Penyakit lain : Ada/Tidak\*), sebutkan...........................................................................

10. Pengobatan : Ada/Tidak\*), sebutkan...........................................................................

Catatan tambahan lainnya ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | ........................., 2023  Dokter yang memeriksa  Nama Lengkap  NIP............................ |

**Catatan:**

\*) Coret yang tidak sesuai

\*\*)Wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas