

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) 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 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	
.....	
.....	
.....	

(kab), (tanggal) (bulan) 2024

Dokter yang memeriksa

Nama Lengkap
NIP.....

Catatan:
(* Coret yang tidak sesuai
(** Wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas