Lampiran X
Pengumuman Ketua Panitia
Pengadaan PPPK
Pemkab Rembang Tahun 2024
Nomor : 800.1.2/3451/2024
Tanggal : 3 Oktober 2024

**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, Anxietas 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