

## 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 5/4/3/2/1/0

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

(TTD & Stempel RS/Puskesmas)

Nama  
NIP.....

Keterangan:

\*) coret yang tidak perlu

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