

KOP SURAT
RUMAH SAKIT / PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN DISABILITAS

NOMOR:

Penanda tangan di bawah ini, Dokter Pemeriksa di Rumah Sakit / Puskesmas
menerangkan bahwa:

Nama :
Tempat / Tgl Lahir :
Umur : Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *)
Ada Disabilitas : Ya/Tidak *)
Lokasi Disabilitas :

- Susunan saraf 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
 - Sesudah kecelakaan, pada tahun _____
 - Sesudah sakit, pada tahun _____
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, Ansietas, 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:

Dengan Surat ini kami menyatakan bahwa yang bersangkutan dengan kondisi disabilitasnya mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif keterangan. Surat keterangan ini digunakan untuk keperluan: **Persyaratan Melamar Beasiswa Penyandang Disabilitas LPDP Tahun 2022.**

Tempat dan Tanggal Pemeriksaan
Dokter yang memeriksa

Stempel

.....

Nama

NIP.

Keterangan:

*) = coret yang tidak perlu

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