



**KEMENTERIAN SOSIAL RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL REHABILITASI SOSIAL**  
**BALAI REHABILITASI SOSIAL**  
**PENYANDANG DISABILITAS MENTAL "MARGO LARAS" DI PATI**  
Jalan Soediono Desa Sukoharjo Kecamatan Margorejo Pati 59163  
Telepon/Faximile (0295) 382828-384437 Fax (0295) 382828

**DATA AWAL**  
**CALON PENERIMA MANFAAT**

**I. IDENTITAS DIRI**

AAS 2

**A. CALON PENERIMA MANFAAT (CPM)**

Nama Lengkap : .....  LK  PR  
Tempat, Tanggal Lahir : ..... / (..... Tahun)  
Agama : .....  
Pendidikan : Tamat/Tidak Tamat  SD  SMP  SMA  D-II/III/S-1  
Status :  Belum menikah  Menikah  Duda  Janda  
Alamat tinggal saat ini : Jl/Gg ..... No ..... RT ..... RW.....  
Desa/Kelurahan : ..... Kab/Kota : .....  
Kecamatan : ..... Provinsi : .....

**B. ORANG TUA / PENANGGUNG JAWAB**

Nama Lengkap : .....  LK  PR  
Tempat, Tanggal Lahir : ..... / (..... Tahun)  
Agama : .....  
Hubungan dgn CPM : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat tinggal saat ini : Jl/Gg ..... No ..... RT ..... RW.....  
Desa/Kelurahan : ..... Kab/Kota : .....  
Kecamatan : ..... Provinsi : .....  
No Telepon (aktif) : ..... / .....

**C. SUSUNAN KELUARGA**

NO	NAMA	HUB. KLG	L/P	UMUR	STATUS	AKTIVITAS/PEKERJAAN
1						
2						
3						
4						
5						
6						

**II. RIWAYAT DISABILITAS MENTAL (GANGGUAN JIWA) mohon diisi dengan tanda (✓)**

- 1 Sejak kapan mulai mengalami disabilitas mental  Bln.....  Tahun.....
- 2 Pernah rawat inap RSJ  Ya  Tidak
- Jika Ya (berapa kali masuk RSJ/RSU bangsal jiwa)  1 – 2 – 3 kali  4 – 5 – 6 kali  7 – 8 kali / >

	Kapan terakhir keluar <i>perawatan inap</i> RSJ	Bln.....	Tahun.....	di .....
3	Periksa kesehatan jiwa di dokter/Puskesmas/RS	<input type="checkbox"/> Rutin	<input type="checkbox"/> Kadang2	<input type="checkbox"/> Tidak pernah
4	Minum obat psikiatris/jiwa sampai saat ini	<input type="checkbox"/> Rutin <input type="checkbox"/> putus obat	<input type="checkbox"/> Kadang2	<input type="checkbox"/> Tidak pernah
5	Gejal a/ perilaku saat mengalami kekambuhan	<input type="checkbox"/> Berdiam diri/ melamun <input type="checkbox"/> Berbicara sendiri	<input type="checkbox"/> Mondar-mandir <input type="checkbox"/> Marah <sup>2</sup> /mengancam	<input type="checkbox"/> Merusak/membahayakan org lain <input type="checkbox"/> Melukai/membahayakan dirinya sendiri
<i>Perilaku lainnya</i> .....				
6	Pernah Menerima Pelayanan di panti / lembaga sosial lain	<input type="checkbox"/> Pernah	<input type="checkbox"/> Tidakpernah	
	JikaPernah di lembaga mana	.....		
7	Pencetus / penyebab awal mengalami disabilitas mental (gangguan jiwa)	<input type="checkbox"/> Fisik biologis / penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> ritual	<input type="checkbox"/> Tekanan ekonomi <input type="checkbox"/> Konflik keluarga <input type="checkbox"/> kekecewaan	<input type="checkbox"/> Korban kekerasan <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat/alkohol
<i>Penyebab lainnya</i> .....				
8	Orang terdekat menurut CPM di lingkungan rumahnya	.....		
9	Kejadian / ketakutan terhadap sesuatu, yaitu	.....		
10	CPM tinggal serumah dgn siapa saja	<input type="checkbox"/> Sendirian	<input type="checkbox"/> Salah satuortu	<input type="checkbox"/> Keduaortu
		<input type="checkbox"/> Tinggal bersama saudara kandung	<input type="checkbox"/> Tinggal bersama saudara lain	<input type="checkbox"/> Tinggal bersama orang lain
		<input type="checkbox"/> Lainnya .....		

### **III. KONDISI UMUM CALON PENERIMA MANFAAT**

- |   |                                   |   |                                       |  |
|---|-----------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| 1 | Penampilan/kebersihan diri        | <input type="checkbox"/> Baik           | <input type="checkbox"/> Cukup baik   | <input type="checkbox"/> Kurang bersih |
| 2 | Geraktubuh                        | <input type="checkbox"/> Baik dan aktif | <input type="checkbox"/> Cukup        | <input type="checkbox"/> Kurang        |
| 3 | Keberfungsian mata /penglihatan   | <input type="checkbox"/> Normal         | <input type="checkbox"/> Tidak normal |  |
| 4 | Keberfungsian telinga/pendengaran | <input type="checkbox"/> Normal         | <input type="checkbox"/> Tidak normal |  |
| 5 | Keberfungsian tangan kaki         | <input type="checkbox"/> Normal         | <input type="checkbox"/> Tidak normal |  |
| 6 | Kemampuan berbicara               | <input type="checkbox"/> Normal         | <input type="checkbox"/> Tidak normal |  |
| 7 | Memiliki penyaki berat            | <input type="checkbox"/> Ya             | <input type="checkbox"/> Tidak        |  |

*Bila Ya, sebutkan* .....

- 8 *Penyakit menahun/menular (Kulit\_Diabetes\_Hepatitis\_TBC\_HIV/AIDS\_Jantung dan lainnya)*  
Ada/tidak ada.....

- |    |   |  |  |   |
|----|---|--|--|---|
| 9  | Rutinitas melakukan Mandi, cuci, BAB dll            | <input type="checkbox"/> Baik                  | <input type="checkbox"/> Cukup               | <input type="checkbox"/> Kurang           |
| 10 | Kondisi emosi                                       | <input type="checkbox"/> Stabil                | <input type="checkbox"/> Cukup stabil        | <input type="checkbox"/> Kurang stabil    |
| 11 | Semangat/motivasi diri                              | <input type="checkbox"/> Baik                  | <input type="checkbox"/> Cukup baik          | <input type="checkbox"/> Kurang           |
| 12 | Kemampuan baca,tulis&hitung                         | <input type="checkbox"/> Baik                  | <input type="checkbox"/> Cukup baik          | <input type="checkbox"/> Kurang baik      |
| 13 | Kebiasaan melamun / berhayal                        | <input type="checkbox"/> Sering                | <input type="checkbox"/> Kadang - kadang     | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah     |
| 14 | Kemampuan melawan halusinasi/bisikan                | <input type="checkbox"/> Baik                  | <input type="checkbox"/> CukupBaik           | <input type="checkbox"/> Kurang           |
| 15 | Pelaksanaan menjalankan ibadah                      | <input type="checkbox"/> Rajin                 | <input type="checkbox"/> Jarang              | <input type="checkbox"/> Kurang sekali    |
| 16 | Pemahaman agama                                     | <input type="checkbox"/> Baik                  | <input type="checkbox"/> Cukup baik          | <input type="checkbox"/> Kurang baik      |
| 17 | Kemampuanber Komunikasi dgn orang lain              | <input type="checkbox"/> Bisa                  | <input type="checkbox"/> Cukup               | <input type="checkbox"/> Kurang           |
| 18 | Kemampuan bergauldengan orang lain                  | <input type="checkbox"/> Baik                  | <input type="checkbox"/> Cukup               | <input type="checkbox"/> Kurang           |
| 19 | Kemampuan memahami dan menjalankan perintah/nasehat | <input type="checkbox"/> Baik                  | <input type="checkbox"/> Cukup               | <input type="checkbox"/> Kurang           |
| 20 | Sikap dan perilaku                                  | <input type="checkbox"/> Baik                  | <input type="checkbox"/> Cukup               | <input type="checkbox"/> Kurang           |
| 21 | Kepatuhan aturan/norma                              | <input type="checkbox"/> Baik                  | <input type="checkbox"/> Cukup               | <input type="checkbox"/> Kurang           |
| 22 | Peran serta kegiatan di masy                        | <input type="checkbox"/> Aktif                 | <input type="checkbox"/> Jarang              | <input type="checkbox"/> Tidak pernah     |
| 23 | Kemampuan melakukan Pekerjaan rumah tangga          | <input type="checkbox"/> Bisa sendiri          | <input type="checkbox"/> Dgn perintah        | <input type="checkbox"/> Tidak mau        |
| 24 | Pelaksanaan tugas/perintah                          | <input type="checkbox"/> Langsung dilaksanakan | <input type="checkbox"/> Lambat dilaksanakan | <input type="checkbox"/> Tidak terlaksana |
| 25 | Kemauan/ Kemampuan dlm bekerja kerja                | <input type="checkbox"/> Baik                  | <input type="checkbox"/> Cukup               | <input type="checkbox"/> Kurang           |
| 26 | Pengalaman dalam bekerja                            | <input type="checkbox"/> Ada                   | <input type="checkbox"/> Tidak               |   |
| 27 | Pengalaman bekerja yg dimiliki                      | .....  |  |   |

.....,.....20.....

---

Orangtua / Wali