

Format 1
IDENTITAS ANAK DAN ORANGTUA
(Diisi oleh Orang tua/Kader/Guru)

Petunjuk :

Isilah daftar berikut pada kolom yang tersedia sesuai dengan kondisi anak yang sebenarnya.

A. Identitas Anak :

- 1. Nama
- 2. Tempat dan tanggal lahir/umur
- 3. Jenis kelamin
- 4. Agama
- 5. Status anak
- 6. Anak ke dari jumlah saudara
- 7. Nama Sekolah
- 8. Kelas
- 9. Alamat rumah

B. Identitas orangtua/wali

- 1. Nama
- 2. Umur
- 3. Agama
- 4. Pendidikan Tertinggi
- 5. Pekerjaan Pokok
- 6. Alamat tinggal

**C. Keterangan lain yang dianggap penting
Kelainan/masalah yang menonjol**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diisi Tanggal,
Petugas,

(.....)

ALAT IDENTIFIKASI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS USIA PRASEKOLAH (0-6 TAHUN)

(Diisi oleh: Kader/Guru TK/Guru PG)
(FORMAT 2A)

Nama Lembaga :
(Posbang/Posyandu/Play Group/TK/Diniyah,
lainnya)

Alamat Desa :
Kecamatan :
Kabupaten/Kota :

Gejala Yang diidentifikasi	Nama Anak						
1	2	3	4	5	6	7	Dst
Umur 0 – 12 Bulan							
1. Bentuk dan besarnya mata kanan dan kiri tidak sama							
2. Biji mata menonjol ke luar atau cekung ke dalam							
3. Bagian mata yang berwarna coklat ada lapisan berwarna putih							
4. Mata keruh							
5. Tidak memberikan reaksi ke arah sumber cahaya							
6. Bentuk dan besar kedua daun telinga kanan dan kiri tidak sama							
7. Lubang telinga sempit/kecil/keluar cairan							
8. Anak tidak terkejut ketika ada tepuk tangan di samping kepalanya							
9. Bibir atas dan bawah tidak dapat menutup							
10. Suara tangis anak lemah/parau/melengking							
13. Ketika ditimang/disayang anak diam saja/tidak kelihatan senang							
11. Kepala bagian kanan dengan kiri bentuk/besarnya tidak sama							
12. Ukuran kepala terlalu besar atau terlalu kecil							
13. Tulang belakang terdapat benjolan/melengkung (kanan/kiri/depan)							
14. Tangan/kaki/jari-jari kanan dengan							

<p>kiri bentuk/jumlahnya tidak sama</p> <p>15. Terdapat benjolan/bentuk tubuh anak yang tidak wajar.</p> <p>16. Salah satu/kedua tangan/kaki kurang berfungsi</p> <p>17. Waktu lapar/sakit/kencing anak selalu menangis</p> <p>18. Tidak tertawa/berteriak melihat benda yang menarik</p> <p>19. Belum dapat mengatakan “pa-pa”, atau “mama”</p> <p>20. Tidak takut ketika diajak orang yang belum dikenal</p>							
Umur 12-24 Bulan							
<p>1. Bentuk dan besarnya mata kanan dan kiri tidak sama</p> <p>2. Biji mata menonjol ke luar atau cekung ke dalam</p> <p>3. Mata juling/gerakan biji mata tak sama</p> <p>4. Bagian mata yang berwarna coklat ada lapisan berwarna putih</p> <p>5. Mata keruh</p> <p>6. Tidak memberikan reaksi ke arah sumber cahaya</p>							
<p>7. Bentuk dan besar kedua daun telinga kanan dan kiri tidak sama</p> <p>8. Lubang telinga sempit/kecil/keluar cairan</p> <p>9. Bibir atas dan bawah tidak dapat menutup</p> <p>10. Kepala dan mata anak tidak menoleh ke sumber suara</p> <p>11. Kalau menangis suaranya lemah atau melengking</p> <p>12. Anak tidak mengoceh saat umur 24 bl</p>							
<p>13. Kepala bagian kanan dengan kiri bentuk/besarnya tidak sama</p> <p>14. Tulang belakang terdapat benjolan/melengkung (kanan/kiri/depan)</p> <p>15. Tangan/kaki/jari-jari kanan dengan kiri bentuk/jumlahnya tidak sama</p> <p>16. Bentuk tubuh anak yang tidak wajar.</p> <p>17. Salah satu/kedua tangan/kaki kaku/lemah/kurang berfungsi</p> <p>18. Jari-jari tangan kanan/kiri tidak dapat menggenggam/membuka</p> <p>19. Umur 12 bulan anak belum dapat duduk sendiri</p> <p>20. Umur 18 bulan anak belum dapat</p>							

berjalan sendiri. 21. Waktu didudukan dan ditinggal pergi ibu/pengasuhnya, anak diam di tempat dalam waktu lama. 22. Belum dapat menunjuk bagian tubuh dengan benar							
Umur 24-36 Bulan							
1. Bentuk dan besarnya mata kanan dan kiri tidak sama 2. Biji mata menonjol ke luar atau cekung ke dalam 3. Mata juling/gerakan biji mata tak sama 4. Bagian mata yang berwarna coklat ada lapisan berwarna putih 5. Tidak memberikan reaksi terhadap sumber cahaya							
1. Bentuk dan besar kedua daun telinga kanan dan kiri tidak sama 2. Lubang telinga sempit/kecil/keluar cairan 3. Bibir atas dan bawah tidak dapat menutup 4. Waktu anak ditanya, ia diam saja/ menjawab dengan kata-kata yang sulit difahami maksudnya							
5. Jari-jari tangan anak selalu menggenggam/membuka							
6. Kepala bagian kanan dengan kiri bentuk/besarnya tidak sama 7. Bentuk/besar dan panjang tubuh bagian kanan dan kiri tidak sama 8. Tulang belakang terdapat benjolan/ melengkung (kanan/kiri/depan) 9. Tangan/kaki/jari-jari kanan dengan kiri bentuk/jumlahnya tidak sama 10. Salah satu/kedua tangan/kaki kaku/ lemah/kurang berfungsi 11. Jari-jari tangan kanan/kiri tidak dapat menggenggam/membuka 12. Anak tidak senang berkumpul/ bermain dengan temannya 13. Anak sukar mengerti penjelasan/ pertanyaan/pembicaraan orang lain 14. Tidak dapat menyebut nama sendiri							
Umur 37-60 Bulan							
1. Bentuk dan besarnya mata kanan dan kiri tidak sama							

2. Biji mata menonjol ke luar atau cekung ke dalam 3. Mata juling/gerakan biji mata tak sama 4. Bagian mata yang berwarna coklat ada lapisan berwarna putih 5. Tidak memberikan reaksi ke arah sumber cahaya 6. Anak sering mengerutkan dahi/menekan biji mata waktu melihat							
7. Bentuk dan besar kedua daun telinga kanan dan kiri tidak sama 8. Lubang telinga sempit/kecil/keluar cairan 9. Bibir atas dan bawah tidak dapat menutup 10. Waktu anak ditanya, ia diam saja/ menjawab dengan kata-kata yang sulit difahami/gugup/tersendat-sendat 11. Anak berusaha menggerakkan kepala/tangan untuk mendekati sumber suara							
12. Bentuk/besar dan panjang tubuh bagian kanan dan kiri tidak sama 13. Tulang belakang terdapat benjolan/ melengkung (kanan/kiri/depan) 14. Tangan/kaki/jari-jari kanan dengan kiri bentuk/jumlahnya tidak sama 15. Salah satu/kedua tangan/kaki kaku/ lemah/kurang berfungsi 16. Jari-jari tangan kanan/kiri tidak dapat menggenggam/membuka							
17. Anak tidak senang berkumpul/ bermain dengan temannya/suka menyendiri 18. Anak belum dapat berceritera apa yang dikerjakan/dilihatnya 19. Belum mengenal angka dan huruf 20. Belum dapat mematuhi peraturan sederhana (mis. Aturan permainan)							

....., tgl

Petugas,

(.....)

Lampiran 3

**PETUNJUK PENGISIAN ALAT IDENTIFIKASI ANAK
BERKEBUTUHAN KHUSUS USIA PRASEKOLAH**

1. Gunakan Alat Identifikasi Anak Luar Biasa ini untuk mengidentifikasi anak usia prasekolah
2. Pilih salah satu alat identifikasi anak usia prasekolah yang sesuai dengan umur anak yang akan diidentifikasi. (misal usia 0-3 tahun saja atau umur 37-60 bulan saja)
3. Usahakan untuk melihat gejala-gejala yang tampak pada setiap anak dengan seksama, mungkin memerlukan waktu beberapa hari, jangan tergesa-gesa;
4. Agar gejala mudah dikenali, pada beberapa gejala, anak dapat terlebih dahulu diberi tugas tertentu baru kemudian diamati pada saat mereka mengerjakan tugas tersebut;
5. Tiap gejala yang ditemukan pada setiap anak diberi tanda centang (v); sedangkan yang tidak ditemukan diberi tanda minus (-)
6. Banyak sedikitnya gejala yang mendapat tanda centang (v) menunjukkan jumlah gejala adanya kelainan/masalah seseorang anak.
7. Setelah semua anak diidentifikasi, buatlah rekapitulasi nama-nama anak yang berindikasi berkelainan dan membutuhkan program penanganan lebih lanjut.

**DAFTAR ANAK USIA PRASEKOLAH
YANG BERINDIKASI BERKEBUTUHAN KHUSUS
Format 3A**

10. Gangguan Kesehatan dan Gizi																	
a. Sering mengalami kejang-kejang di sekolah																	
b. Sering pingsan tanpa sebab yang jelas																	
c. Sering merasa pusing, mengantuk, penglihatan kabur																	
d. Sering mengeluh sakit dan tidak masuk sekolah																	
e. Sering batuk, pilek berkepanjangan																	
f. Menderita sakit kronis, seperti asma, alergi, luka bakar																	
g. Berat badan tidak sebanding dengan tinggi badan																	
NILAI STANDAR : 5																	
Anak yang disarankan untuk ditindaklanjuti																	

Dilaporkan tanggal.....
 Guru,

(.....)

**PETUNJUK PENGISIAN ALAT IDENTIFIKASI ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS
USIA SEKOLAH (TK/SD/MI/SMP/MTs/SMA/MA)**

1. Gunakan Alat Identifikasi Anak berkebutuhan khusus ini untuk anak usia sekolah (TK/SD/MI/SMP/MTs/SMA/MA)
2. Usahakan untuk melihat gejala-gejala yang tampak pada setiap anak dengan seksama, mungkin memerlukan waktu beberapa hari, jangan tergesa-gesa;
3. Agar gejala mudah dikenali, pada beberapa pernyataan, anak dapat terlebih dahulu diberi tugas tertentu baru kemudian diamati pada saat mereka mengerjakan tugas tersebut;
4. Tiap gejala yang ditemukan pada setiap anak diberi nilai 1 (satu); sedangkan yang tidak ditemukan diberi nilai 0 (nol);
5. Setelah diberi nilai keseluruhan, jumlahkan nilai yang diperoleh pada setiap jenis kelainan;
6. Setelah diperoleh jumlah nilai dari setiap jenis kelainan, kemudian bandingkan hasilnya dengan nilai standar setiap jenis kelainan yang tertera instrument ini;
7. Apabila nilai yang diperoleh sama dengan atau lebih tinggi dari nilai standar yang tertera pada setiap jenis kelainan, maka anak tersebut dapat dikategorikan tergolong anak yang mengalami suatu jenis kelainan tertentu;
8. Terdapat kemungkinan bahwa seorang anak mengalami lebih dari satu jenis kelainan (kelainan ganda), karena hal ini dapat terjadi.

Lampiran 7

DAFTAR ANAK USIA SEKOLAH YANG BERINDIKASI BERKEBUTUHAN KHUSUS FORMAT 3B

Kelas/Sekolah :
Alamat Desa/ Kecamatan/Kabupaten/Kota :

NO	NAMA	KELAS	JENIS KELAINAN								
			Gangguan penglihatan	Gangguan pendengaran	Tunadaksa/kelainan alat gerak	Anak berbakat	Tunagrahita	Lambat belajar	Kesulitan belajar	Gangguan komunikasi	Tunalaras

Dibuat Tanggal :
Guru Kelas/Kepala Sekolah,
(.....)

Lampiran 8

CONTOH LAPORAN HASIL PERTEMUAN KASUS ANAK YANG MEMERLUKAN PELAYANAN KHUSUS Format 4

1. Sekolah :
2. Kelas :

No.	Nama Anak	Uraian kasus/masalah	Saran Pemecahan
1.	Amin	1. Kesulitan Belajar Matematika 2. Gangguan penglihatan 3. Sering tidak masuk karena sakit	1. Remedial matematika dengan program khusus 2. Periksa kesehatan/ Pindahkan tempat duduknya ke depan 3. Perlu perhatian orang tua
2.	Raberta	1. Kes.. hampir semua MP (lamban belajar) 2. Keluarga miskin, penghasilan rata-rata perbulan Rp. 300.000,- dengan jumlah tanggungan keluarga 8 orang. Dst.	1. Perlu tes IQ, susun program layanan khusus dengan penambahan waktu belajar. 2. Perlu les khusus MP pokok 3. Perlu carikan OT asuh
3.	Dst.		

Keterangan :

1. Tgl. pertemuan kasus:
2. Tempat:
3. Peserta: 1.
2.
3.
4.
5.

Dilaporkan Tgl.:
Guru Kelas,

(.....)

DAFTAR ANAK BERKEBUTUHAN KHUSUS FORMAT 5

Nama Instansi/Lembaga :
 (diisi oleh: RT/RW/Kal/Desa/Kec./Kab./Kota/SLB/Pusat/Panti/Sasana/
 Balai/Balai Besar Rehabilitasi)
 Alamat :

NO	NAMA	Kelas/umur	JENIS KELAINAN								
			Gangguan penglihatan	Gangguan pendengaran	Tunadaksa/kelainan alat gerak	Anak berbakat	Tunagrahita	Lambat belajar	Kesulitan belajar	Gangguan komunikasi	Tunalaras

Dibuat Tanggal :
 Kepala/Ketua,
 (.....)