

**Kepada Yth.**

**Bapak Plt. Gubernur Jawa Tengah  
di Tempat**

**Hal: Mohon Bantuan Rehabilitasi untuk Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa dan Disabilitas**

Dengan hormat,

Dengan ini mengajukan permohonan kepada Bapak Plt. Gubernur Jawa Tengah untuk memberikan bantuan rehabilitasi terhadap kakak saya yang menderita gangguan jiwa skizofrenia, dengan identitas dibawah ini:

**Nama : MOHAMAD RIKKO ERISDA;**

**Umur : 29 Tahun;**

**Alamat : Jl.Werkudoro RT 01 RW 05 No. 13 Kelurahan Slerok , Kota Tegal;**

alamat rumah mapsnya disini : <https://maps.app.goo.gl/nhakNa5twMgCcKbG8>

Berikut adalah permasalahan yang kami hadapi:

### **1. Kondisi Kakak (Skizofrenia)**

Kakak saya telah menderita skizofrenia selama 4 (empat) tahun. Kondisi ini sering kali membahayakan dirinya sendiri maupun orang di sekitarnya. Pada saat kambuh, kakak saya kerap memukul ibu saya, yang saat ini adalah seorang janda setelah ayah meninggal dunia. Bahkan beberapa kali kakak saya mencoba melukai dirinya sendiri dengan benda tajam. Situasi ini membuat kami sangat khawatir atas keselamatan keluarga;

### **2. Kondisi Adik (Gangguan Pola Pikir)**

Adik saya memiliki disabilitas mental sejak lahir, dengan kemampuan berpikir yang masih seperti anak usia tiga tahun meskipun saat ini sudah bersekolah di SDLB kelas 1. Adik saya **memerlukan perhatian khusus dalam pendidikan dan kesehariannya;**

Mengacu pada kondisi ekonomi keluarga yang terbatas, di mana ibu saya seorang janda dan tidak bekerja tanpa penghasilan tetap, kami merasa sangat kesulitan untuk menangani kedua anggota keluarga yang memerlukan perawatan dan rehabilitasi. Oleh karena itu, kami dengan sangat hormat memohon agar **kakak saya dapat dititipkan di panti rehabilitasi untuk mendapatkan perawatan yang memadai selama satu tahun atau hingga kondisinya stabil;**

Kami percaya bahwa pemerintah daerah memiliki fasilitas dan program yang dapat membantu menangani masalah ini demi kebaikan keluarga kami dan masyarakat sekitar. Besar harapan kami agar pengaduan ini dapat segera ditindaklanjuti;

Demikian surat pengaduan ini kami sampaikan dengan penuh harap dan hormat. Atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu Gubernur, kami mengucapkan terima kasih; Surat dapat diajukan ke kantor gubernur atau dinas sosial setempat.

Saya sertakan bukti dukung foto KTP, KK dan Hasil Rekam Mediknya



RSU KARDINAH TEGAL Jl. AIP.KS.Tubun 2 RINGKASAN PULANG				
Nama Pasien : <b>MOHAMAD RIKKO ERISDA</b>		No RM : 03-36-53-08	Tgl Lahir : 14-01-1995	Jenis Kelamin : Laki-Laki
Tgl Masuk : 08-12-2024 17:00:21	Tgl Keluar: 17-12-2024 10:25:54	Lama Dirawat : 9	Ruang Rawat Terakhir : RI Puspanidra	
Penanggung Pembayaran : BPJS / JKN		Indikasi Rawat Inap : PENINGKATAN GEJALA		
Ringkasan Riwayat Penyakit :	<b>Ringkasan Penyakit Sekarang :</b> pasien datang dengan keluhan bicara tidak nyambung, kadang gelisah dan sulit tidur  <b>Ringkasan Penyakit Dahulu :</b> pasien riwayat ODGJ namun tidak kontrol dan tidak minum obat teratur			
Pemeriksaan Fisis :	Tidak Ada			
Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik Terpenting :	<b>Laboratorium :</b> Tgl Hasil 09-12-2024, Neutrofil %=70.2 %,Laju Endap Darah 1 JAM ( LED )=82 mm/jam,NLR=3.56 ul/ml,Neutrofil #=5.90 Testing Satuan,Limfosit #=1.66 10 <sup>3</sup> /ul,Basofil %=0.1 %,Eosinofil %=1.9 %,Monosit %=8.1 %,Limfosit %=19.7 %,Hemoglobin=15.8 gr/dl,MCHC=33.4 gr/dl,MCH=26.9 pg,MCV=80.6 fL,RDW=15.3 %,Eritrosit=5.89 10 <sup>6</sup> /ul,Trombosit=359 10 <sup>3</sup> /ul,Hematokrit=47.5 %,Leukosit=8.41 10 <sup>3</sup> /ul  <b>Radiologi :</b> Tidak Ada  <b>Penunjang Lainnya :</b> Tidak Ada			
Hasil Konsultasi :	Tidak ada			
<b>Diagnosis Utama</b> SKIZOFRENIA ytt	ICD 10 F20.3	<b>Terapi / Pengobatan selama di Rumah Sakit</b> CLOZAPIN 25 MG TAB TRIHENXYPHENIDYL 2 MG TAB TRIFLUOPERAZIN (TFP) 5 TAB CHLORPROMAZINE 100TAB	<b>Tindakan/Prosedur</b> Visite Rohaniawan Visite Dokter Umum Self Care Darah Rutin Lengkap + BBS + DIFF Psikoterapi Suportif Visite Dokter Spesialis Partial Care	ICD 9 CM
<b>Diagnosis Sekunder</b>	ICD 10	<b>Terapi / Pengobatan selama di Rumah Sakit</b>	<b>Tindakan/Prosedur</b>	ICD 9 CM
<b>Tindakan / Prosedur Lainnya</b>				ICD 9 CM

Alergi (Reaksi Obat) : TIDAK ADA																										
Kondisi Waktu Keluar RS : <input type="checkbox"/> SEMBUH <input type="checkbox"/> BELUM SEMBUH <input checked="" type="checkbox"/> MEMBAIK <input type="checkbox"/> MENINGGAL < 48 JAM <input type="checkbox"/> MENINGGAL > 48 JAM																										
Kondisi Umum : Tekanan Darah : 120/78 mmHg Nadi : 98 x/Menit Napas : 20 x/Menit Suhu : 36 °C Kesadaran : Sadar Baik / Alert Skala nyeri : Tidak Ada																										
Cara Keluar : <input checked="" type="checkbox"/> DIJINKAN PULANG <input type="checkbox"/> PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI <input type="checkbox"/> PINDAH RS <input type="checkbox"/> DIRUJUK KE <input type="checkbox"/> LAIN-LAIN																										
Layanan Lanjutan di : <input checked="" type="checkbox"/> POLIKLINIK RS <input type="checkbox"/> RS LAIN <input type="checkbox"/> PUSKESMAS <input type="checkbox"/> DOKTER LUAR <input type="checkbox"/> KOMUNITAS																										
Terapi Pulang																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nama Obat</th> <th>Jumlah</th> <th>Dosis</th> <th>Frekuensi</th> <th>Cara Pemberian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLOZAPIN 25 MG TAB</td> <td>6.00</td> <td>malam</td> <td>1 x sehari 1</td> <td>SESUDAH MAKAN</td> </tr> <tr> <td>TRIHEXYPHENIDYL 2 MG TAB</td> <td>12.00</td> <td>pagi-malam</td> <td>2 x sehari 1</td> <td>SESUDAH MAKAN</td> </tr> <tr> <td>TRIFLUOPERAZIN (TFP) 5 TAB</td> <td>12.00</td> <td>pagi-malam</td> <td>2 x sehari 1</td> <td>SESUDAH MAKAN</td> </tr> <tr> <td>CHLORPROMAZINE 100TAB</td> <td>6.00</td> <td>malam</td> <td>1 x sehari 1</td> <td>SESUDAH MAKAN</td> </tr> </tbody> </table>		Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian	CLOZAPIN 25 MG TAB	6.00	malam	1 x sehari 1	SESUDAH MAKAN	TRIHEXYPHENIDYL 2 MG TAB	12.00	pagi-malam	2 x sehari 1	SESUDAH MAKAN	TRIFLUOPERAZIN (TFP) 5 TAB	12.00	pagi-malam	2 x sehari 1	SESUDAH MAKAN	CHLORPROMAZINE 100TAB	6.00	malam	1 x sehari 1	SESUDAH MAKAN
Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekuensi	Cara Pemberian																						
CLOZAPIN 25 MG TAB	6.00	malam	1 x sehari 1	SESUDAH MAKAN																						
TRIHEXYPHENIDYL 2 MG TAB	12.00	pagi-malam	2 x sehari 1	SESUDAH MAKAN																						
TRIFLUOPERAZIN (TFP) 5 TAB	12.00	pagi-malam	2 x sehari 1	SESUDAH MAKAN																						
CHLORPROMAZINE 100TAB	6.00	malam	1 x sehari 1	SESUDAH MAKAN																						
Instruksi Tindak Lanjut : Kontrol Poliklinik Tanggal : 23-12-2024 Tujuan Poliklinik : Poli Kesehatan Jiwa Nomor : 018811 No Surat BPJS : 1107R0011224K007084																										
Rencana Diet : TKTP																										
Edukasi (Follow Up) : minum obat teratur dan kontrol ke poli jiwa bila obat habis Segera kembali ke Gawat Darurat jika terjadi : bila terjadi gaduh gelisah dapat dirawat kembali melalui IGD																										
Pasien/Keluarga KOTA TEGAL, 17-12-2024 10:25:54 Dokter Penanggung Jawab Pelayanan  dr. TRI SETYO NUGROHO, Sp.KJ																										



REPUBLIK INDONESIA

Nama Kepala Keluarga : ROSYIDAH  
 Alamat : JL. WERKUDORO  
 RT/RW : 001/005  
 Kode Pos : 52125

# KARTU KELUARGA

## No. 3376021812080002

Desa/Kelurahan : SLEROK  
 Kecamatan : TEGAL TIMUR  
 Kabupaten/Kota : KOTA TEGAL  
 Provinsi : JAWA TENGAH

No	Nama Lengkap	NIK	Jenis Kelamin	Tempat Lahir	Tanggal Lahir	Agama	Pendidikan	Jenis Pekerjaan	Golongan Darah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1	ROSYIDAH	3376026912660002	PEREMPUAN	TEGAL	29-12-1966	ISLAM	SLTA/SEDERAJAT	MENGURUS RUMAH TANGGA	TIDAK TAHU
2	MOHAMAD RIKKO ERISDA	3376021401950003	LAKI-LAKI	TEGAL	14-01-1995	ISLAM	BELUM TAMAT SD/SEDERAJAT	BURUH HARIAN LEPAS	TIDAK TAHU
3	SELLA SOLEKHA IMELDA	3376024611030002	PEREMPUAN	TEGAL	06-11-2003	ISLAM	SLTP/SEDERAJAT	PELAJAR/MAHASISWA	TIDAK TAHU
4	MOHAMAD MEGI FERNANDA	3376022303130002	LAKI-LAKI	TEGAL	23-03-2013	ISLAM	BELUM TAMAT SD/SEDERAJAT	PELAJAR/MAHASISWA	TIDAK TAHU
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-

  

No	Status Perkawinan	Tanggal Perkawinan /Perceraian	Status Hubungan Dalam Keluarga	Kewarganegaraan	Dokumen Imigrasi		Nama Orang Tua	
					No. Paspor	No. KITAP	Ayah	Ibu
(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
1	CERAI MATI	-	KEPALA KELUARGA	WNI	-	-	CASMADI	CARPI
2	BELUM KAWIN	-	ANAK	WNI	-	-	MOH. NUR SOLEH	ROSYIDAH
3	BELUM KAWIN	-	ANAK	WNI	-	-	MOH. NUR SOLEH	ROSYIDAH
4	BELUM KAWIN	-	ANAK	WNI	-	-	MOH. NUR SOLEH	ROSYIDAH
5	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-

Dikeluarkan Tanggal: 22-03-2024

KEPALA KELUARGA

Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil



ROSYIDAH  
 Tanda Tangan/Cap Jempol

ZAINAL ALI MUKTI, AP., M.Si  
 NIP. 197310281995011001