

KOP SURAT
RUMAH SAKIT / PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN DISABILITAS
NOMOR :

Penandatanganan di bawah ini, Dokter Pemeriksa di Rumah Sakit / Puskesmas
..... menerangkan bahwa :

Nama :
Tempat / Tgl Lahir :
NIK :
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *)

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional adalah benar
Penyandang Disabilitas / Bukan Penyandang Disabilitas. *)

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 orang lain

- Berpergian keluar rumah:

- Bisa sendiri/ perlu diantar anggota keluarga *)

HASIL PEMERIKSAAN **)

1. Jenis / Ragam Disabilitas :

a. Disabilitas Fisik

- 1) Amputasi (Tangan / Kaki)*
- 2) Lumpuh layuh atau kaku (Tangan / Kaki)*
- 3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah meliputi kedua tungkai dan organ panggul)

4) Cerebral Palsy (CP)	<input type="checkbox"/>
b. Disabilitas Sensorik	
1) Netra	
a) Buta Total	<input type="checkbox"/>
b) Persepsi Cahaya / Low Vision	<input type="checkbox"/>
2) Rungu	<input type="checkbox"/>
3) Wicara	<input type="checkbox"/>
c. Disabilitas Intelektual	
1) Disabilitas Grahita	<input type="checkbox"/>
2) Down Syndrome	<input type="checkbox"/>
d. Disabilitas Mental	
1) Psikososial	<input type="checkbox"/>
(Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas, dan Gangguan Kepribadian) *	
2) Disabilitas perkembangan (Autis / Hiperaktif) *	<input type="checkbox"/>

2. Derajat Disabilitas :

3. Kemampuan mobilitas : 1) Jalan/ jalan perlahan/ jalan dengan alat bantu/ tidak mampu berjalan *)
2) Naik tangga/ naik tangga perlahan/ tidak mampu naik tangga *

4. Alat Bantu yang Digunakan : Ada / Tidak *), sebutkan

5. Penyakit lain : Ada / Tidak *), sebutkan

6. Pengobatan : Ada / Tidak *), sebutkan

Surat keterangan ini untuk keperluan : **Persyaratan Melamar Sebagai Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja (PPPK) Pemerintah Kota Surabaya Tahun 2023.**

Tempat, Tgl / Bln / Tahun
Dokter Pemeriksa,

Ttd + Stempel

.....
NIP.
SIP.

Keterangan :

- *) Coret Yang Tidak Perlu/Sesuai dengan keadaan
√ Pada kolom yang **Sesuai** dengan keadaan
X Pada kolom yang **Tidak Sesuai** dengan keadaan