

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)
- 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) *

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 Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS) Pemerintah Kota Surabaya Tahun 2024.**

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