KOP RUMAH SAKIT PEMERINTAH / PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN DISABILITAS

NOMOR : ……………………………………

Penandatangan di bawah ini, Dokter Pemeriksa di Rumah Sakit/Puskesmas …………………………………… menerangkan bahwa:

N a m a :

Tempat / Tanggal Lahir :

Umur : …… Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan \*)

NIK :

Alamat : ……………………………………………………………………………….

Ada disabilitas : Ya/Tidak \*)

Lokasi Disabilitas :

* + - 1. Susunan syaraf pusat : (sebutkan)……………………………………………………………..
      2. Organ Penginderaan : (sebutkan)……………………………………………………………..
      3. Extremitas atas kanan/kiri/keduanya\*)
      4. Tangan dominan kanan/kiri\*)
      5. Extremitas bawah kanan/kiri/keduanya\*)
      6. Lain - lain : (sebutkan)……………………………………………………………..

**ANAMNESIS \*\*)**

* + - 1. Riwayat disabilitas :
* Sejak lahir, diagnosa……………….
* Sesudah kecelakaan, pada tahun ………diagnosa……….
* Sesudah kecelakaan, pada tahun ………diagnosa……….
  + - 1. Kemampuan mengurus diri :
* Mampu
* Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa………..
* Perlu bantuan penuh orang lain
  + - 1. Bepergian keluar rumah :

Bisa sendiri/perlu diantar anggota keluarga \*)

**HASIL PEMERIKSAAN \*\*)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Jenis / Ragam Disabilitas** | : |  |  |
| 1. Disabilitas Fisik |  |  |  |
| 1. Amputasi (Tangan / Kaki)\* | | |  |
| 1. Kelemahan bagian atas anggota gerak atas dan bawah | | |  |
| 1. *Paraplegi* (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai | | |  |
| dan organ panggul) | | |  |
| 1. *Celebral Palsy* (CP) | | |  |
| 1. Disabilitas Sensorik |  |  |  |
| 1. Netra |  |  |  |
| 1. Buta Total |  |  |  |
| 1. Persepsi Cahaya / *Low Vision* | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| 1. Rungu |  |  |  |
| 1. Wicara |  |  |  |
| 1. Disabilitas Intelektual | | |  |
| 1. Disabilitas Grahita | | |  |
| 1. *Down Syndrome* | | |  |
| 1. Disabilitas Mental | | |  |
| 1. Psikososial | | |  |
| (*Skizofrenia, Bipolar,* Depresi*, Anxietas*, dan Gangguan Kepribadian) \*) | | |  |
| 1. Disabilitas perkembangan ( Autis/Hiperaktif ) \*) | | |  |

* + - 1. Derajat disabilitas fisik:

Derajat 1: Mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitan.

Derajat 2: Mampu melaksanakan kegiatan atau mempertahankan sikap dengan bantuan alat bantu.

Derajat 3: Dalam melaksanakan aktivitas, sebagian memerlukan bantuan orang lain dengan atau tanpa alat bantu.

Derajat 4: Dalam melaksanakan aktivitas tergantung penuh terhadap pengawasan orang lain.

Derajat 5: Tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan penuh orang lain dan tersedianya lingkungan khusus.

Derajat 6: Tidak mampu penuh melaksanakan kegiatan sehari-hari meskipun dibantu penuh orang lain.

* + - 1. Kemampuan mobilitas :

Jalan/jalan perlahan/jalan dengan alat bantu/tidak mampu jalan \*)

Naik tangga/naik tangga perlahan/tidak mampu naik tangga \*)

* + - 1. Gangguan extrimitas atas:

Kanan : kekuatan 5/4/3/2/1/0

Kiri : kekuatan 5/4/3/2/1/0

* + - 1. Gangguan extrimitas bawah:

Kanan : kekuatan 5/4/3/2/1/0

Kiri : kekuatan 5/4/3/2/1/0

* + - 1. Alat bantu yang digunakan : Ada/Tidak \*), sebutkan :
      2. Penyakit lain : Ada/Tidak \*), sebutkan :
      3. Pengobatan : Ada/Tidak \*), sebutkan :
      4. Catatan tambahan lainnya : ………………………………………………………………………………………….

Surat keterangan ini untuk keperluan: Persyaratan Melamar Pegawai Aparatur Sipil Negara Tahun 2022.

Tempat, Tgl / Bln / Tahun

Dokter Pemeriksa,

Stempel

……………………………….

NIP.

SIP.

**Keterangan :**

\*) Coret Yang Tidak Perlu/Sesuai dengan keadaan

\*\*) wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas

🗸 Pada kolom yang **Sesuai** dengan keadaan

🗴 Pada kolom yang **Tidak Sesuai** dengan keadaan