

**Format Surat Keterangan Penyandang  
Disabilitas untuk Tenaga Kesehatan**

**FORMAT SURAT KETERANGAN PENYANDANG DISABILITAS**

**KOP SURAT RUMAH SAKIT PEMERINTAH/PUSKESMAS**

**SURAT KETERANGAN**

Nama : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin: Laki/Perempuan<sup>1)</sup>  
Umur : \_\_\_\_\_  
NIK : \_\_\_\_\_  
Ada Disabilitas : Ya/Tidak<sup>2)</sup>  
Lokasi Disabilitas : \_\_\_\_\_

- Susunan syaraf pusat;  
sebutkan \_\_\_\_\_
- Organ Penginderaan;  
sebutkan \_\_\_\_\_
- Extremitas atas kanan/kiri/keduanya<sup>3)</sup>
- Tangan dominan kanan/kiri<sup>3)</sup>
- Extremitas bawah kanan/kiri/keduanya<sup>3)</sup>
- Lain-lain \_\_\_\_\_

**ANAMNESIS<sup>4)</sup>**

1. Riwayat disabilitas :
  - Sejak lahir, diagnosa \_\_\_\_\_
  - Sesudah kecelakaan, pada tahun \_\_\_\_\_, diagnosa \_\_\_\_\_
  - Sesudah sakit, pada tahun \_\_\_\_\_, diagnosa \_\_\_\_\_
2. Kemampuan mengurus diri<sup>5)</sup>:
  - Mampu
  - Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa \_\_\_\_\_
  - Perlu bantuan penuh orang lain
3. Bepergian keluar rumah:
  - Bisa sendiri/perlu di antar anggota keluarga<sup>6)</sup>

**HASIL PEMERIKSAAN<sup>7)</sup>**

4. Jenis Disabilitas:
  - a. Disabilitas Fisik
    - 1) Amputasi (Tangan/Kaki)<sup>8)</sup>
    - 2) Kelemahan bagian atas anggota gerak atas dan bawah
    - 3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang 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 syndroma*