

CONTOH FORMAT SURAT
KETERANGAN DISABILITAS

KOP SURAT RUMAH SAKIT PEMERINTAH/PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN

Nama	:
Umur	:
NIK	:
Ada Disabilitas	: Ya/Tidak(*)
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 penuh orang lain
3. Bepergian keluar rumah: Bisa sendiri/perlu diantar anggota keluarga (*	
HASIL PEMERIKSAAN (**	
4. Jenis Disabilitas:	
a. Disabilitas Fisik	
1) Amputasi (Tangan/kaki) (*)	
2) Kelemahan bagian atas anggota gerak atas dan bawah	
3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul)	
4) <i>Cerebral Palsy</i> (CP)	
b. Disabilitas Sensorik	
1) Netra	
a) Buta total	
b) Persepsi cahaya/ <i>low vision</i>	
2) Rungu	
3) Wicara	
c. Disabilitas Intelektual	
1) Disabilitas grahita	
2) <i>Down syndrome</i>	
d. Disabilitas Mental	
1) Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas, dan Gangguan Kepribadian)*)	
2) Disabilitas perkembangan (Autis/Hiperaktif)	

5. Derajat Disabilitas Fisik:	
a. Derajat 1	: mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitan
b. Derajat 2	: mampu melaksanakan kegiatan atau mempertahankan sikap dengan bantuan alat bantu
c. Derajat 3	: mampu melaksanakan aktivitas, sebagian memerlukan bantuan orang lain, dengan atau tanpa alat bantu
d. Derajat 4	: dalam melaksanakan aktivitas, tergantung penuh terhadap pengawasan orang lain
e. Derajat 5	: tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan penuh orang lain dan tersedianya lingkungan khusus
f. Derajat 6	: tidak mampu penuh melaksanakan kegiatan sehari-hari meskipun dibantu penuh orang lain
6. Kemampuan mobilitas:	
a.	Jalan/jalan perlahan/jalan dengan alat bantu/tidak mampu jalan (*)
b.	Naik tangga/naik tangga perlahan/tidak mampu naik tangga (*)
7. Gangguan Extremitas atas:	
a.	Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0
b.	Kiri: kekuatan 5/4/3/2/1/0
8. Alat bantu yang digunakan : Ada/Tidak (*, sebutkan.....)	
9. Penyakit lain : Ada/Tidak (*, sebutkan.....)	
10. Pengobatan : Ada/Tidak (*, sebutkan.....)	
Catatan tambahan lainnya	
.....	
.....	
.....	

....., 2024

Dokter yang memeriksa

Nama Lengkap
NIP.....

Catatan:

(* Coret yang tidak sesuai

(** Wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas