

# CONTOH DAN KETENTUAN FORMAT

## 1. Contoh Surat Permohonan/ Lamaran Kerja

POKOK : PERMOHONAN .....2022  
KEPADA YTH.  
BUPATI GORONTALO UTARA  
DI  
KWANDANG

DENGAN HORMAT,

YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI :

NAMA :  
TEMPAT/TANGGALLAHIR :  
JENISKELAMIN :  
PEKERJAAN :  
AGAMA :  
PENDIDIKAN TERAKHIR :  
ALAMAT :  
NOMOR TELEPON/ HP :

DENGAN INI MENGAJUKAN PERMOHONAN KEPADA BAPAK KIRANYA SAYA DAPAT DIANGKAT MENJADI PEGAWAI PEMERINTAH DENGAN PERJANJIAN KERJA DI LINGKUNGAN PEMERINTAH KABUPATEN GORONTALO UTARA DALAM JABATAN.....UNIT KERJA PENEMPATAN.....)\*

SEBAGAI BAHAN PERTIMBANGAN, BERSAMA INI DILAMPIRKAN DOKUMEN PERSYARATAN SEBAGAI BERIKUT:

1. SCAN ASLI KARTU TANDA PENDUDUK (KTP) ELEKTRONIK ATAU SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN REKAMAN KEPENDUDUKAN;
2. SCAN ASLI SURAT PERNYATAAN 5 POIN;
3. SCAN ASLI IJAZAH;
4. SCAN ASLI TRANSKRIP NILAI;
5. SCAN ASLI SURAT TANDA REGISTRASI (KHUSUS BAGI PELAMAR PADA JABATAN FUNGSIONAL TENAGA KESEHATAN YANG DIWAJIBKAN);
6. SCAN ASLI SURAT KETERANGAN/ REKOMENDASI PENGALAMAN KERJA DAN BERKINERJA BAIK;
7. SCAN ASLI SURAT KETERANGAN DOKTER TERKAIT JENIS/ TINGKATAN DISABILITAS (BAGI PELAMAR PENYANDANG DISABILITAS).

APABILA DOKUMEN YANG SAYA SAMPAIKAN TIDAK SESUAI DENGAN ASLINYA, MAKA SAYA BERSEDIA MENERIMA SANKSI SESUAI KETENTUAN YANG BERLAKU.

DEMIKIAN PERMOHONAN INI, ATAS PERTIMBANGAN BAPAK DIUCAPKAN TERIMA KASIH.



YANG BERMohon

(\_\_\_\_\_)

## 2. Format Surat Pernyataan 5 (lima) Poin

### SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :  
Tempat dan Tanggal Lahir :  
Agama :  
Alamat :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa saya :

1. Tidak pernah dipidana dengan pidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum yang tetap karena melakukan tindak pidana dengan pidana penjara 2 (dua) tahun atau lebih;
2. Tidak pernah diberhentikan dengan hormat tidak atas permintaan sendiri atau tidak dengan hormat sebagai Calon PNS atau PNS, PPPK, prajurit Tentara Nasional Indonesia, anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia, atau diberhentikan tidak dengan hormat sebagai pegawai swasta atau pegawai lainnya antara lain pegawai Badan Usaha Milik Negara dan Badan Usaha Milik Daerah;
3. Tidak berkedudukan sebagai Calon PNS, PNS, PPPK, prajurit Tentara Nasional Indonesia, anggota Kepolisian Negara Republik Indonesia;
4. Tidak menjadi anggota atau pengurus partai politik atau terlibat politik praktis;
5. Bersedia ditempatkan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia atau negara lain yang ditentukan oleh Instansi Pemerintah;

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, dan saya bersedia dituntut di pengadilan serta bersedia menerima segala tindakan yang diambil oleh Instansi Pemerintah apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya ini tidak benar.

....., .....2022

Yang membuat pernyataan,



(\_\_\_\_\_)

LAMPIRAN IV  
PERATURAN DIREKTUR JENDERAL TENAGA  
KESEHATAN  
NOMOR HK.01.03/F/**2268**/2022 TENTANG  
PETUNJUK TEKNIS TATA CARA VERIFIKASI  
PENAMBAHAN NILAI SELEKSI KOMPETENSI  
TEKNIS PEGAWAI PEMERINTAH DENGAN  
PERJANJIAN KERJA UNTUK JABATAN  
FUNGSIONAL KESEHATAN PADA INSTANSI  
PUSAT DAN DAERAH TAHUN 2022.

BUKTI PENGABDIAN

A. PEGAWAI TIDAK TETAP (PTT) PUSAT

Untuk PTT Kementerian Kesehatan:

- 1) yang telah melaksanakan pengabdian adalah Surat Selesai Masa Bakti/Penugasan dari Pemerintah Daerah;

**CONTOH YANG TELAH MELAKSANAKAN PENGABDIAN (PTT)**

**PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jl. INDRAGIRI NO. 2 PADANG HARAPAN BENGKULU 38225  
TEL.P. (0736) 25236, 34349 FAX. 0736 - 347341, 25236, 347341  
LANGSUNG KADINKES 21008

**SURAT KETERANGAN SELESAI MASA BAKTI**  
NOMOR 5164 / ..... / 19

Berdasarkan peraturan pemerintah Nomor 1 Tahun 1988 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1988 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3366) dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 132/MENKES/SK/III/2005, bahwa kepada :

Nama : .....  
Tempat/Tanggal Lahir : .....  
Pendidikan/Lulusan : .....  
Tempat/Bertugas : Puskesmas Bermani Hulu Kabupaten Rejang Lebong

Terhitung Mulai Tanggal 01 SEPTEMBER 2017 Dinyatakan telah selesai melaksanakan Masa Bakti Sebagai :

**DOKTER PEGAWAI TIDAK TETAP**

Dan kepada yang bersangkutan kami ucapkan terima kasih serta penghargaan atas jasa-jasanya selama melaksanakan Masa Bakti tersebut.

DIKELUARKAN DI : BENGKULU  
PADA TANGGAL : 29 NOVEMBER 2019  
AN. MENTERI KESEHATAN RI  
KEPALA DINAS KESEHATAN  
PROVINSI BENGKULU

H. HILWAN ANTONI, SKM, M.Kes, M.Si  
PEMIBA UTAMA MUDA  
NIP. 197410081997021001

2) yang sedang melaksanakan pengabdian adalah SK Penugasan dari Kementerian Kesehatan

**CONTOH YANG SEDANG MELAKSANAKAN PENGABDIAN (PTT)**

	<p><b>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b></p> <p>Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9 Jakarta 12950 Telepon (021) 5201590 (<i>Hunting</i>)</p>	
<p><b>KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b> <b>NOMOR .....</b> <b>TENTANG</b> <b>PENGANGKATAN DOKTER GIGI SEBAGAI PEGAWAI TIDAK TETAP</b> <b>MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b></p>		
<b>Membaca</b>	: Surat Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua Nomor 800/2340 tanggal 29 April 2021;	
<b>Menimbang</b>	: a. bahwa untuk kelancaran tugas di dalam pelayanan kesehatan dianggap perlu mengadakan pengangkatan Dokter Gigi sebagai Pegawai Tidak Tetap; b. bahwa yang namanya tersebut dalam lampiran keputusan ini memenuhi syarat dan dipandang cakap untuk diangkat sebagai Dokter Gigi Pegawai Tidak Tetap Kementerian Kesehatan RI;	
<b>Mengingat</b>	: 1. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004; 2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009; 3. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014; 4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014; 5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014; 6. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2018 tentang Manajemen Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja; 7. Keputusan Presiden Nomor 77 Tahun 2000; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2013 tanggal 9 Januari 2013; 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tanggal 29 September 2015; 10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/412/2015 tanggal 2 November 2015;	
<b>MEMUTUSKAN</b>		
<b>Menetapkan</b>	:	
<b>KESATU</b>	: Terhitung mulai tanggal 1 September 2021 mengangkat kembali Dokter Gigi sebagai Pegawai Tidak Tetap Pusat:	
	Nama	:
	Tempat/Tanggal Lahir	:
	NRPTT	:
	Jenis Kelamin	:
	Lulusan	:
	Unit Kerja	: Dinas Kesehatan Provinsi Papua untuk ditempatkan pada Kabupaten Merauke Kriteria Sangat Terpencil
<b>KEDUA</b>	: a. Masa penugasan sampai dengan 31 Agustus 2023 terhitung mulai tanggal Surat Pernyataan Melaksanakan Tugas dari Bupati/Walikota u.p. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi setempat; b. Penghasilan bersih gaji sebesar Rp.2.847.280,- (dua juta delapan ratus empat puluh tujuh ribu dua ratus delapan puluh rupiah) dan insentif sebesar Rp. 7.659.950,- (tujuh juta enam ratus lima puluh sembilan ribu sembilan ratus lima puluh rupiah) yang berkaitan dengan Keputusan ini dibebankan pada Anggaran Belanja Pemerintah Cq Kementerian Kesehatan RI;	
<b>KETIGA</b>	: Dalam melaksanakan tugas sebagai Pegawai Tidak Tetap tunduk pada ketentuan yang berlaku;	
<b>KEEMPAT</b>	: Keputusan ini berlaku sejak terhitung mulai tanggal TMT ditetapkan;	
<b>KELIMA</b>	: Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya;	
Asli Keputusan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.		
<p>Ditetapkan di : Jakarta Pada tanggal : 28 Agustus 2021 a.n. MENTERI KESEHATAN R.I. Sekretaris Jenderal  KUNTA WIBAWA DASA NUGRAHA</p>		
Tembusan :		
1. Menteri Keuangan u.p. Direktur Jenderal Anggaran di Jakarta;		
2. Gubernur Papua di Jayapura;		
3. Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI di Jakarta;		
4. Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI di Jakarta;		
5. Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Jakarta;		
6. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua di Jayapura;		
7. Kepala Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara Jakarta VII di Jakarta;		
8. Kepala Biro Umum Setjen Kementerian Kesehatan di Jakarta;		
9. Bendaharawan Gaji PTT Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terkait.		

B. WAJIB KERJA DOKTER SPESIALIS (WKDS) / PENDAYAGUNAAN DOKTER SPESIALIS (PGDS)

Untuk Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS)/Pendayagunaan Dokter Spesialis (PGDS) yang telah melaksanakan pengabdian adalah Surat Selesai Pengabdian dari Kementerian Kesehatan

  
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**SURAT KETERANGAN SELESAI MELAKSANAKAN**  
**PENDAYAGUNAAN DOKTER SPESIALIS**  
Nomor : DG.02.03/III/1081/12022

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2019 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 98) dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2019 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1121), Bahwa:

Peserta Pendayagunaan Dokter Spesialis penempatan di RS Umum Daerah M. Th. Djaman Sanggau, Sanggau, Kalimantan Barat  
Periode 01 Juni 2021 s.d. 31 Mei 2022  
NRPGDS :

Dinyatakan telah selesai melaksanakan Pendayagunaan Dokter Spesialis. Kepada yang bersangkutan disampaikan terima kasih dan penghargaan atas jasa-jasanya.

Jakarta, 27 Mei 2022  
a.n. Menteri Kesehatan  
Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan  
  
drg. Arianti Anaya, MKM



C. PENUGASAN KHUSUS NUSANTARA SEHAT

Untuk Nusantara Sehat, baik Nusantara Sehat Individu (NSI) maupun Nusantara Sehat Berbasis Tim (NST) adalah Surat Keterangan Selesai Masa Tugas dari Pemerintah Daerah.

  
**PEMERINTAH KABUPATEN LUWU TIMUR**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jl. Ki Hajar Dewantara, No. Telp (0474) 32-489 , Fax (0474) 321489  
**M A L I L I, 92981**

---

**SURAT KETERANGAN SELESAI MASA TUGAS**  
Nomor : 440 /1796 / DINKES

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :   
Nip :   
Jabatan :   
Instansi : Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Timur

Menerangkan Bahwa Tenaga Kesehatan Nusantara Sehat Individu Periode V Tahun 2020 sesuai SK Pengangkatan Tenaga Kesehatan Penugasan Khusus Program Nusantara Sehat Individu Tahun 2020 yang tersebut di bawah ini:

Nama :   
NRPK :   
Jabatan : Tenaga Kefarmasian  
Tempat Tugas : Puskesmas Parumpanai Kabupaten Luwu Timur

Telah nyata selesai mengabdikan dan selesai melaksanakan tugas mulai tanggal penugasan 01 Oktober 2020 s/d 30 September 2022 dan melaksanakan tugas dengan baik di puskesmas tempat bertugas dan kepadanya di berikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya

Demikian surat keterangan selesai masa tugas ini kami buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.


Malili, 30 September 2022

An.Kepala Dinas Kesehatan  
Kabid Fasilitas Pelayanan Kesehatan

  
**Lutfi SKM**  
Pangkat : Pembina  
Nip. 317805081996031003

D. PENUGASAN KHUSUS DI DAERAH TERPENCIL, PERBATASAN DAN KEPULAUAN (PENSUS DTPK)

Untuk Penugasan Khusus Kementerian Kesehatan di DTPK (Pensus DTPK) yang telah melaksanakan pengabdian adalah SK Penugasan dari Kementerian Kesehatan.

  
**KEMENTERIAN KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**  
**PETIKAN  
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR KP.01.02.1.2.2488  
TENTANG  
PENGANGKATAN PENUGASAN KHUSUS TENAGA KESEHATAN DI PUSKESMAS  
DAERAH TERPENCIL, TERTINGGAL, PERBATASAN DAN PULAU-PULAU KECIL TERLUAR  
DAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN  
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Membaca : dst;  
Menimbang : dst;  
Mengingat : dst;  
Memperhatikan : dst;


**MEMUTUSKAN**

Menetapkan :  
KESATU : Terhitung mulai tanggal 1 April 2011 mengangkat Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan nomor Urut 12 :  
Nama :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
NRPK :  
Jenis Kelamin :  
Pendidikan : D-III Keperawatan  
Unit Kerja : Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara untuk ditempatkan pada Kabupaten Kolaka Utara Puskesmas Pakue  
Keterangan :

KEDUA : Menugaskan Tenaga Kesehatan yang dimaksud untuk melaksanakan tugas pelayanan kesehatan pada Puskesmas dan Jaringannya, selesai penugasan Terhitung Mulai Tanggal 31 Desember 2011;  
KETIGA : Kepada Tenaga Kesehatan yang dimaksud, diberikan biaya perjalanan dari provinsi keberangkatan ke lokasi penugasan (pergi-pulang) dan insentif sebesar Rp. 2.500.000,00 (dua juta lima ratus ribu rupiah)/orang/bulan dikurangi pajak penghasilan (PPH);  
KEEMPAT : Insentif dan biaya perjalanan Tenaga Kesehatan yang ditugaskan dibayarkan melalui bendahara Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota lokasi penugasan;  
KELIMA : Semua biaya yang timbul akibat keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan Belanja Negara yang tersedia dan digunakan sesuai ketentuan yang berlaku;  
KEENAM : Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Petikan Keputusan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jakarta  
Pada tanggal : 15 Juni 2011  
a.n. MENTERI KESEHATAN R.I.  
Kepala Biro Kepegawaian  
  
ttd  
  
dr. H. Abdul Rival, M.Kes  
NIP. 19520312 198103 1 004

UNTUK PETIKAN YANG SAH:  
Kepala Bagian Pendidikan Pegawai  
  
ARIYANTI ANAYA, SH, MM  
NIP. 19630128 198711 2 001

DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,



ARIYANTI ANAYA

FORMULIR I

>>KOP SURAT<<

SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA<sup>1)</sup>  
Nomor: ...

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :  
NIP :  
Jabatan :  
Unit Kerja :

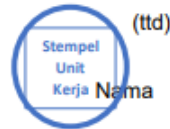
dengan ini menerangkan bahwa:

Nama :  
Tempat/tanggal lahir :  
Pendidikan :  
Unit Kerja/Instansi :

telah melaksanakan tugas sebagai ..... selama ..... tahun  
..... bulan, terhitung mulai tanggal ..... sampai dengan tanggal .....  
dan berkinerja baik.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya  
untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

..... 2022  
Jabatan .....<sup>2)</sup>



(ttd)

<sup>1)</sup> Syarat wajib  
<sup>2)</sup> Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/ Kepala Rumah Sakit/ Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat administrator/Direktur/Kepala divisi yang membidangi sumber daya manusia



FORMULIR II

>>KOP SURAT<<

SURAT KETERANGAN PENGALAMAN KERJA BAGI PELAMAR JABATAN FUNGSIONAL KESEHATAN YANG BERUSIA 35 TAHUN KE ATAS DENGAN MEMILIKI MASA KERJA PALING SINGKAT 3 TAHUN SECARA TERUS MENERUS SERTA MELAMAR DI FASILITAS KESEHATAN TEMPAT BEKERJA SAAT INI

Nomor: ...

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
NIP : .....  
Jabatan : .....  
Unit Kerja : .....

dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : .....  
Tempat/tanggal lahir : .....  
Usia : .....  
Pendidikan : .....  
Unit Kerja/Instansi : .....

telah melaksanakan tugas sebagai ..... selama ..... tahun ..... bulan **secara terus menerus**, mulai terhitung tanggal..... bulan..... tahun ..... sampai dengan surat keterangan ini Saya buat.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

....., ..... 2022

Jabatan .....<sup>1)</sup>



Nama

1) Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/ Kepala Rumah Sakit/ Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat administrator/Direktur/Kepala divisi yang membidangi sumber daya manusia

FORMULIR III

>>KOP SURAT<<

**SURAT KETERANGAN**

**BAGI PELAMAR JABATAN FUNGSIONAL KESEHATAN**

**YANG BEKERJA DI FASILITAS KESEHATAN MILIK PEMERINTAH**

**DAN MELAMAR DI TEMPATNYA BEKERJA SAAT INI**

Nomor: ...

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....

NIP : .....

Jabatan : .....

Unit Kerja : .....

dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : .....

Tempat/tanggal lahir : .....

Usia : .....

Pendidikan : .....


Unit Kerja/Instansi : .....

masih melaksanakan tugas sebagai ..... di ..... dan yang bersangkutan melamar sebagai ..... di..... sampai dengan surat keterangan ini Saya buat.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

....., ..... 2022

Jabatan .....<sup>1)</sup>



Nama

1) Bagi jabatan fungsional kesehatan, ditandatangani oleh Kepala Puskesmas/ Kepala Rumah Sakit/ Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama/Pejabat administrator/Direktur/Kepala divisi yang membidangi sumber daya manusia

FORMULIR IV

FORMAT SURAT KETERANGAN PENYANDANG DISABILITAS	
<b>KOP SURAT RUMAH SAKIT PEMERINTAH/PUSKESMAS</b>	
<b>SURAT KETERANGAN</b>	
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 _____
<b>ANAMNESIS<sup>4)</sup></b>	
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>
<b>HASIL PEMERIKSAAN<sup>7)</sup></b>	
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) <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 :

- 1) Derajat 1: mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitan
- 2) Derajat 2: mampu melaksanakan kegiatan atau mempertahankan sikap dengan bantuan alat bantu
- 3) Derajat 3: mampu melaksanakan aktivitas, sebagian memerlukan bantuan orang lain, dengan atau tanpa alat bantu
- 4) Derajat 4: dalam melaksanakan aktivitas, tergantung penuh terhadap pengawasan orang lain
- 5) Derajat 5: tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan penuh orang lain dan tersedianya lingkungan khusus
- 6) Derajat 6: tidak mampu penuh melaksanakan kegiatan sehari-hari meskipun dibantu penuh orang lain

6. Kemampuan Mobilitas:

- 1) Jalan/ jalan perlahan/jalan dengan alat bantu/tidak mampu jalan\*)
- 2) Naik tangga/naik tangga perlahan/tidak mampu naik tangga\*)

7. Gangguan Extremitas atas: \_\_\_\_\_

- 1) Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0
- 2) Kiri: Kekuatan 5/4/3/2/1/0

Gangguan Extremitas bawah: \_\_\_\_\_

- 1) Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0
- 2) Kiri kekuatan 5/4/3/2/1

8. Alat Bantu yang digunakan : Ada/Tidak\*), sebutkan \_\_\_\_\_

9. Penyakit lain : Ada/Tidak\*), sebutkan \_\_\_\_\_

10. Pengobatan : Ada/Tidak\*), sebutkan \_\_\_\_\_

Catatan tambahan lainnya :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tempat dan Tanggal Pemeriksaan

Dokter yang memeriksa

Nama  
NIP.

Keterangan:

\*) = coret yang tidak perlu

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