



PENGURUS PUSAT IKATAN TUNANETRA MUSLIM INDONESIA (ITMI)

Komplek Cijerah II Blok I KSB 5 Sukaasih RT. 01 RW. 31 Kel. Melong Cimahi 40534
Kantor Harian: Jl. RS. Fatmawati Raya No. 20, Cilandak Barat, Kec. Cilandak Kota Jakarta Selatan,
DKI Jakarta 12430

Telp: (022) 6000-173 / 0819 3839 4492, Website: www.itmi.or.id E-mail: pp@itmi.or.id
Rekening : **BRI** No. 0673-01-000590-53-1 an. DPP ITMI, **BSI** No. 9900090808 a.n. Program PP ITMI

Berdasarkan Keputusan MENKUM NOMOR AHU-0002280.AH.01.08.TAHUN 2025 Tanggal 02 Desember 2025

Cimahi, 14 Rabiulawal 1448 H
27 Agustus 2026 M

Nomor : 007/SR/PP-ITMI/III/1448 H
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Rekomendasi Pelayanan Pemeriksaan dan Penerbitan
Surat Keterangan Disabilitas bagi Anggota ITMI**

Kepada Yth.

Kepala Puskesmas/Fasilitas Pelayanan Kesehatan di seluruh Indonesia

Di

Tempat

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Alhamdulillah Rabbil 'Alamin, segala puji hanya milik Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya kepada kita semua. Selawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada junjungan Nabi Muhammad Shallallahu 'Alaihi Wasallam, beserta keluarga, para sahabat, dan seluruh umatnya hingga akhir zaman.

Ikatan Tunanetra Muslim Indonesia (ITMI) merupakan organisasi kemasyarakatan yang menghimpun Tunanetra Muslim di Indonesia serta bergerak dalam bidang keagamaan, pendidikan, sosial, pemberdayaan, dan advokasi dalam rangka mendorong penghormatan, perlindungan, pemenuhan hak, serta peningkatan kesejahteraan Penyandang Disabilitas Netra. Pengurus Pusat Ikatan Tunanetra Muslim Indonesia dengan ini memberikan rekomendasi kepada anggota Ikatan Tunanetra Muslim Indonesia yang membawa surat ini, dengan menunjukkan Kartu Tanda Anggota Ikatan Tunanetra Muslim Indonesia (KTA ITMI) dan identitas kependudukan yang sesuai sebagai bukti identitas dan keanggotaannya.

Anggota ITMI yang membawa Surat Rekomendasi ini bermaksud memperoleh Surat Keterangan Disabilitas berdasarkan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan yang berwenang. Surat Keterangan Disabilitas tersebut diperlukan sebagai dokumen pendukung dalam proses pemutakhiran dan/atau verifikasi data Penyandang Disabilitas serta pengurusan Kartu Penyandang Disabilitas (KPD) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Berkenaan dengan hal tersebut, kami memohon kepada Kepala Puskesmas atau Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan beserta tenaga kesehatan yang berwenang agar kiranya dapat memberikan pelayanan pemeriksaan kepada anggota ITMI yang membawa Surat Rekomendasi ini dan, berdasarkan hasil pemeriksaan serta sesuai dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, menerbitkan Surat Keterangan Disabilitas yang menerangkan kondisi dan ragam disabilitas yang bersangkutan.

Adapun dasar dan pertimbangan yang berkaitan dengan keperluan tersebut antara lain:

1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas;
2. Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2021 tentang Kartu Penyandang Disabilitas; dan

3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2026 tentang Konsesi bagi Penyandang Disabilitas dan Insentif bagi Perusahaan, khususnya Pasal 30 yang mengatur penggunaan Surat Keterangan Disabilitas bagi penyandang disabilitas yang belum memiliki KPD dan bahwa surat tersebut dibuat berdasarkan hasil pemeriksaan oleh fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Untuk keperluan pelayanan tersebut, anggota ITMI yang menggunakan Surat Rekomendasi ini agar membawa:

1. Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau dokumen kependudukan lain yang sah;
2. Kartu Tanda Anggota Ikatan Tunanetra Muslim Indonesia (KTA ITMI) sebagai bukti keanggotaan; dan
3. Contoh/format umum Surat Keterangan Disabilitas yang disediakan oleh Pengurus Pusat ITMI sebagai bahan referensi bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Contoh atau format Surat Keterangan Disabilitas yang kami sertakan tidak bersifat baku dan tidak mengikat. Bentuk surat, redaksi, hasil pemeriksaan, penetapan kondisi dan ragam disabilitas, serta tata cara penerbitannya sepenuhnya menyesuaikan dengan ketentuan, kewenangan, prosedur, dan kebijakan Puskesmas atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan setempat.

Kami menegaskan bahwa Surat Rekomendasi yang diterbitkan oleh Pengurus Pusat Ikatan Tunanetra Muslim Indonesia ini bukan merupakan Surat Keterangan Disabilitas, bukan Surat Keterangan Medis, dan tidak menggantikan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan. Penetapan kondisi dan ragam disabilitas sepenuhnya menjadi kewenangan tenaga kesehatan dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan berdasarkan hasil pemeriksaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Apabila diperlukan verifikasi mengenai status keanggotaan yang bersangkutan dalam Ikatan Tunanetra Muslim Indonesia, Puskesmas atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat melakukan konfirmasi kepada Pengurus Pusat Ikatan Tunanetra Muslim Indonesia melalui kontak resmi organisasi.

Besar harapan kami kiranya Puskesmas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di seluruh Indonesia dapat memberikan pelayanan yang diperlukan kepada anggota ITMI sesuai dengan prosedur serta ketentuan pelayanan kesehatan yang berlaku.

Demikian Surat Rekomendasi ini kami sampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian, pelayanan, dan kerja sama yang baik, kami mengucapkan terima kasih.

والحمد لله رب العلمين

**Pengurus Pusat
Ikatan Tunanetra Muslim Indonesia (ITMI)**

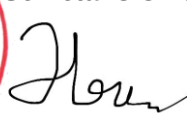
Ketua Umum



YOGI MAD SUNI



Sekretaris Umum



HERI MUJIANTO, S.H.I., M.Pd.

LAMPIRAN
SURAT REKOMENDASI PENGURUS PUSAT ITMI
CONTOH FORMAT UMUM SURAT KETERANGAN DISABILITAS

Nomor Surat : 007/SR/PP-ITMI/III/1448 H
Tanggal Surat : 14 Rabiulawal 1448 H / 27 Agustus 2026 M

Catatan: Format ini hanya merupakan contoh/referensi dan tidak bersifat baku. Bentuk, redaksi, hasil pemeriksaan, serta tata cara penerbitannya disesuaikan dengan ketentuan, kewenangan, prosedur, dan format yang berlaku pada Puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan masing-masing.

KOP SURAT PUSKESMAS/FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

SURAT KETERANGAN DISABILITAS

Nomor:

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Dokter :
NIP :
SIP :
Jabatan :
Puskesmas/Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama :
NIK :
Tempat/Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Alamat :
.....

Berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional yang dilakukan pada tanggal, yang bersangkutan teridentifikasi sebagai Penyandang Disabilitas, dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut:

1. Ragam Disabilitas

Pilih dan/atau jelaskan sesuai dengan hasil pemeriksaan:

- a. Disabilitas Fisik:
- b. Disabilitas sensorik:
Jika disabilitas sensorik netra: buta total / low vision / keterangan lain:
- c. Disabilitas intelektual:
- d. Disabilitas mental:
- e. Disabilitas ganda/multipel:
- f. Keterangan lain:

2. Kondisi/Hasil Pemeriksaan

.....
.....
.....

3. Waktu atau Riwayat Terjadinya Disabilitas

Sejak lahir / sejak tahun / lainnya:
Keterangan:
.....

4. Alat Bantu yang Digunakan

Tidak menggunakan alat bantu / menggunakan alat bantu berupa:

.....

5. Kemampuan Fungsional dan/atau Kebutuhan Dukungan

.....

.....

.....

6. Keterangan Tambahan

.....

.....

Surat keterangan ini dibuat berdasarkan hasil pemeriksaan untuk dipergunakan sebagai dokumen pendukung pemutakhiran dan/atau verifikasi data penyandang disabilitas, pengurusan Kartu Penyandang Disabilitas (KPD), dan/atau keperluan lain sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian Surat Keterangan Disabilitas ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., 20.....

Dokter Pemeriksa,

Nama:

NIP:

SIP:

Keterangan:

1. Format ini merupakan contoh umum dan tidak mengikat Puskesmas atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
2. Penetapan kondisi dan ragam disabilitas sepenuhnya didasarkan pada hasil pemeriksaan oleh tenaga kesehatan yang berwenang.
3. Puskesmas atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat menggunakan format resmi yang telah berlaku pada instansi masing-masing.
4. Bagian yang tidak sesuai dengan kondisi orang yang diperiksa dapat dihapus atau disesuaikan oleh tenaga kesehatan yang berwenang.