



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUBANG
DINAS KESEHATAN
UPTD LABKESDA

Jl. D. Kartawigenda Kel. Cigadung Email : uptdlabkesdakabsubang@gmail.com
SUBANG 41213

SURAT KETERANGAN BEBAS NAPZA / BEBAS NARKOBA

Nomor : 000.1/ *3484* /SKBN/LABKES/ *K* /2025

Yang bertanda tangan dibawah ini, dokter UPTD Laboratorium Kesehatan Daerah Kabupaten Subang. Dengan Ini Menerangkan Sesungguhnya Bahwa :

Nama : DEDE IDIN
Umur : 26 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Kp. Cijoged RT.026 RW.001 Desa Cikadu, Kec. Cijambe, Kab. Subang
Tanggal Diperiksa : 19 September 2025
Jam : 10.50 WIB

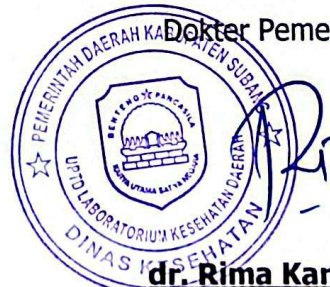
Telah dilakukan Pemeriksaan Laboratorium untuk Narkotika, Psicotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui sampel urine dengan kesimpulan bahwa yang bersangkutan BEBAS DARI ZAT ADIKTIF / NARKOBA tersebut .

Surat Keterangan Bebas Narkoba ini dipergunakan untuk : PENDIDIKAN PROFESI GURU (PPG)

Yang Diperiksa

DEDE IDIN

Dokter Pemeriksa



dr. Rima Karimah

NIP. 198908302024212012



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUBANG
DINAS KESEHATAN
UPTD LABKESDA

Jl. D. Kartawigenda Kel. Cigadung Email : uptdlabkesdakabsubang@gmail.com
SUBANG 41213

HASIL PEMERIKSAAN

Keterangan : Untuk Pemeriksaan Bebas Narkoba
Nama Dokter Pengirim : Dokter UPTD LABKESDA Kab. Subang
Nama Pasien : DEDE IDIN
Umur : 26 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Kp. Cijoged RT.026 RW.001 Desa Cikadu, Kec. Cijambe, Kab. Subang
Bahan Pemeriksaan : Urine
: 1. *Amphetamine (Sabu-sabu)*
: 2. *Benzodiazepine (Obat Penenang)*
: 3. *Cocaine (COC)*
: 4. *Methamphetamine (Ecstasy)*
: 5. *Opiates, Morphine, Heroin (Putauw)*
: 6. *Marijuana / Tetrahydrocannabinol (Ganja)*
Tanggal Terima : 19 September 2025
Tanggal Periksa : 19 September 2025
Nomor Kode Laboratorium : 60/NK/IX/2025
Metode Pemeriksaan : Immunochromatographic
Pendapatan Pemeriksaan :
1. *Amphetamine (Sabu-sabu)* : Negatif
2. *Benzodiazepine (Obat Penenang)* : Negatif
3. *Cocaine (COC)* : Negatif
4. *Methamphetamine (Ecstasy)* : Negatif
5. *Opiates, Morphine, Heroin (Putauw)* : Negatif
6. *Marijuana / Tetrahydrocannabinol (Ganja)* : Negatif

Mengetahui,

Penanggungjawab Laboratorium Klinik
UPTD Laboratorium Kesehatan Daerah Kab. Subang



dr. Rima Karimah

NIP. 198908302024212012

Pemeriksa

Zariana, AMAK

NIP. 198112112003122002



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUBANG
DINAS KESEHATAN
UPTD LABKESDA

Jl. D. Kartawigenda Kel. Cigadung Email : uptdlabkesdakabsubang@gmail.com
SUBANG 41213

SURAT KETERANGAN DOKTER

Nomor : 000.1/4445/SKD/LABKES/ 1A /2025

Yang bertanda tangan dibawah, Dokter Pemeriksa menerangkan bahwa ;

Nama : DEDE IDIN
Tempat Tanggal Lahir : Subang, 01 NOVEMBER 1998
Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan
Alamat : Kp. Cigadung RT 026 RW 001 Desa Cikadu
Kec. Cidambe Kab Subang

Telah dilakukan Pemeriksaan Kesehatan di UPTD Labkesda Kabupaten Subang

Pada Tanggal : 19 September 2024

Dinyatakan dalam keadaan : **SEHAT JASMANI DAN ROHANI**

Keterangan :

Tinggi Badan	: 159 cm	RR	: 20 x/menit
Berat Badan	: 54 kg	Suhu	: 36 °C
Tekanan Darah	: 110/70 mmHg	Golongan Darah	: O+A-(B) AB
Nadi	: 80 x/menit	Buta Warna	: YA / (TIDAK)

Surat Keterangan ini dipergunakan untuk keperluan : PENDIDIKAN PROFESI (GURU CPPG)

Yang diperiksa

.....DEDE IDIN.....

Subang, 19 September 2025

Dokter Pemeriksa



dr. Rima Karimah

NIP. 198908302024212012



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUBANG
DINAS KESEHATAN
UPTD LABKESDA

Jl. D. Kartawigenda Kel. Cigadung Email : uptdlabkesdakabsubang@gmail.com
SUBANG 41213

NAMA	: DEDE IDIN	JENIS KELAMIN	: Laki-Laki / -Perempuan
UMUR	: 26 Tahun	ALAMAT	: Kp. Cigadung RT 026 RW 01

Self Rating Questionnaire (SRQ)-20

Petunjuk: Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda **selama 30 hari terakhir**. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom **Ya**. Sebaliknya apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak Anda alami dalam **30 hari terakhir**, berilah tanda silang (X) pada kolom **Tidak**. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Ya dan Tidak. Jawaban Anda bersifat rahasia.

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda sering merasa sakit kepala?		✓
2	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?		✓
3	Apakah tidur Anda tidak nyenyak?		✓
4	Apakah Anda mudah merasa takut?		✓
5	Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir?		✓
6	Apakah tangan Anda gemetar?		✓
7	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?		✓
8	Apakah Anda merasa sulit berpikir jernih?		✓
9	Apakah Anda merasa tidak bahagia?		✓
10	Apakah Anda lebih sering menangis?		✓
11	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?		✓
12	Apakah Anda merasa kesulitan untuk mengambil keputusan?		✓
13	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai?		✓
14	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini?		✓
15	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal?		✓
16	Apakah Anda merasa tidak berharga?		✓
17	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?		✓
18	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu?		✓
19	Apakah Anda merasa tidak enak di perut?		✓
20	Apakah Anda mudah lelah?		✓

Yang diperiksa

DEDE IDIN



Subang, 19 September 2025

Dokter yang memeriksa

dr. Rima Karimah

NIP. 198908302024212012