



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUBANG  
DINAS KESEHATAN  
UPTD LABKESDA

Jl. D. Kartawigenda Kel. Cigadung Email : [uptdlabkesdakabsubang@gmail.com](mailto:uptdlabkesdakabsubang@gmail.com)  
SUBANG 41213

**SURAT KETERANGAN DOKTER**

Nomor : 000.1/4304 /SKD/LABKES/ 1x /2025

Yang bertanda tangan dibawah, Dokter Pemeriksa menerangkan bahwa ;

Nama : APONG PUSPITA  
Tempat Tanggal Lahir : SUBANG 18-09-1981  
Jenis Kelamin : Laki-Laki/ Perempuan  
Alamat : KP. LALANGEN 001/001 PANGAREMBAN  
LEGONKOLON SUBANG - JABAR.

Telah dilakukan Pemeriksaan Kesehatan di UPTD Labkesda Kabupaten Subang

Pada Tanggal : 16 SEPTEMBER 2025


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

Keterangan :

Tinggi Badan	: 143 cm	RR	: 20 x/menit
Berat Badan	: 50 kg	Suhu	: 36 °C
Tekanan Darah	: 140/80 mmHg	Golongan Darah	: <u>O-A-B-AB</u>
Nadi	: 80 x/menit	Buta Warna	: <u>YA / TIDAK</u>

Surat Keterangan ini dipergunakan untuk keperluan : Persyaratan Pemberkasan  
PPG Dalam Jabatan.

Yang diperiksa

  
APONG PUSPITA

Subang, 16-09-2025  
Dokter Pemeriksa  
  
dr. Rima Karimah  
NIP. 198908302024212012



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUBANG  
DINAS KESEHATAN  
UPTD LABKESDA

Jl. D. Kartawigenda Kel. Cigadung Email : [uptdlabkesdakabsubang@gmail.com](mailto:uptdlabkesdakabsubang@gmail.com)  
SUBANG 41213

**SURAT KETERANGAN BEBAS NAPZA / BEBAS NARKOBA**

Nomor : 000.1/3759 /SKBN/LABKES/ 1 x /2025

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

Nama : APONG PUSPITA  
Umur : 43 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Dusun Lalanggen RT.001 RW.001 Desa Pangarengan,  
Kec. Legonkulon, Kab. Subang  
Tanggal Diperiksa : 16 September 2025  
Jam : 09.36 WIB

Telah dilakukan Pemeriksaan Laboratorium untuk Narkotika, Psikotropika 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 :

Persyaratan Pemberiksaan PPG dalam Jabatan

Yang Diperiksa

APONG PUSPITA

Dokter Pemeriksa



**dr. Rima Karimah**

NIP. 198908302024212012



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SUBANG  
DINAS KESEHATAN  
UPTD LABKESDA

Jl. D. Kartawigenda Kel. Cigadung Email : [uptdlabkesdakabsubang@gmail.com](mailto:uptdlabkesdakabsubang@gmail.com)  
SUBANG 41213

### HASIL PEMERIKSAAN

Keterangan : Untuk Pemeriksaan Bebas Narkoba  
Nama Dokter Pengirim : Dokter UPTD LABKESDA Kab. Subang  
Nama Pasien : APONG PUSPITA  
Umur : 43 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Dusun Lalanggan RT.001 RW.001 Desa Pangarengan, Kec. Legonkulon, 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 : 16 September 2025  
Tanggal Periksa : 16 September 2025  
Nomor Kode Laboratorium : 26/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](mailto:uptdlabkesdakabsubang@gmail.com)  
SUBANG 41213

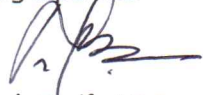
NAMA	: APONG PUSPITA	JENIS KELAMIN	: Laki-Laki / <u>Perempuan</u>
UMUR	: 44 Tahun	ALAMAT	: LALANGEN 001/001 PANGARENGAT

**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

  
APONE PUSPITA

Subang, 15-09-2025

Dokter yang memeriksa



**dr. Rima Karimah**

NIP. 198908302024212012