

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### a. Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 269/MENKES/PER/III/2008, rekam medis adalah berkas berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan. Selain itu, salah satu bentuk pendokumentasian dan pengolahan dokumen rekam medis adalah pemberian kode diagnosis(*coding*). Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 269/MENKES/PER/III/2008 menyebutkan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.

Rekam medis adalah berkas yang berupa rekaman atau perjalanan diagnosis pasien dalam bentuk sistem informasi (pemanfaatan elektronik). Informasi ini menunjukkan pelayanan yang diterima oleh pasien di fasilitas pelayanan kesehatan untuk kepentingan pengambilan keputusan tindakan pengobatan. Dapat digunakan sebagai bukti legal pelayanan yang telah diberikan kepada pasien, serta dapat digunakan sebagai bukti kinerja sumber daya manusia atau pemberi layanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (Budi, 2011).

b. Aspek Rekam Medis

Menurut (Muninjaya, 2004), ada 7 aspek kegunaan rekam medis di rumah sakit yaitu aspek administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan, dan dokumentasi.

Aspek administrasi rekam medis adalah aspek yang dilihat nilai administrasinya, isinya menyangkut kewenangan dan tanggungjawab tenaga medis dan paramedis untuk mencapai tujuan perawatan pasien. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa rekam medis merupakan sumber informasi pasien yang berobat/dirawat di sebuah Rumah Sakit maupun fasilitas kesehatan.

Aspek medis rekam medis adalah dasar untuk merencanakan rencana pengobatan/perawatan pasien, salah satunya juga untuk alat komunikasi antar dokter dan antara dokter dengan petugas kesehatan lainnya serta untuk evaluasi kualitas pelayanan rumah sakit.

Kaitan rekam medis dalam aspek hukum yaitu apabila dikemudian hari ada tuntutan terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Sedangkan dari aspek keuangan, rekam medis memiliki peran dalam penetapan biaya yang harus dibayar oleh pasien/pihak-pihak terkait yang bertanggung jawab menanggungnya. Manfaat lain data rekam medis rumah sakit yaitu dimanfaatkan untuk tujuan pendidikan, penelitian, dan sebagai dasar untuk menyusun laporan rutin.

c. ICD (*International Statistical Classification of Disease and Health Related Problems*)

Menurut PERMENKES No. 27 tahun 2014 Tentang Petunjuk teknis sistem *Indonesia Case Base Group* (INA-CBG's) menyebutkan bahwa ICD-10

*(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)* terdiri dari 3 volume dan 21 BAB.

Menurut WHO (2004), ICD-10 adalah klasifikasi statistik, yang terdiri dari kode *alpha-numerik* yang berbeda menurut kategori, dimana kode tersebut menggambarkan konsep setiap penyakit. ICD telah mengalami beberapa kali revisi dan terakhir adalah revisi ke-11 (ICD-11). Namun di Indonesia ICD yang masih berlaku adalah ICD revisi ke-10 (ICD-10). Salah satu tujuan penggunaan ICD adalah untuk memungkinkan pelaksanaan perekaman yang sistematis. Singkatnya, ICD digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya kedalam bentuk kode *alpha-numerik* yang mudah untuk disimpan, dicari dan dianalisis untuk data.

Dalam ICD Volume 2, ICD adalah standar klasifikasi internasional yang memiliki guna untuk epidemiologi umum dan manajemen kesehatan. ICD berguna untuk mengklasifikasi penyakit dan masalah kesehatan lain yang ada di beberapa macam rekaman mengenai kesehatan dan rekaman vital.

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (*World Health Organization*) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Sejak tahun 1993 WHO menetapkan suatu keharusan untuk Negara anggotanya termasuk Indonesia menggunakan klasifikasi penyakit revisi 10 (ICD-10, *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*). Namun, di Indonesia sendiri ICD-10 baru ditetapkan untuk menggantikan ICD-9 pada tahun 1998 melalui SK Menkes RI No. 50/MENKES/KES/SK/I/1998. (Budi, 2011).

d. *Mental and Behavioural Disorders*

Dalam ICD 10 untuk kodefikasi *mental and behavioural disorders* berada pada *chapter V* blok F00-F99. Dalam halaman pertama *chapter V* terdapat *include* dan *exclude*, dimana dalam *include* terdapat keterangan *disorders of psychological development*, sedang kan dalam *exclude* terdapat keterangan *symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified*(R00-R99).

Selain itu terdapat blok kategori asterik yaitu F00\* *Dementia in Alzheimer disease* dan F02\* *Dementia in other disease classified elsewhere*.

**Tabel 1 Blok Kategori V**

No	Blok Katagori	:	Deskripsi
1	F00-F09	:	<i>Organic, including symptomatic, mental disorders</i>
2	F10-F19	:	<i>Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use</i>
3	F20-F29	:	<i>Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders</i>
4	F30-F39	:	<i>Mood [affective] disorders</i>
5	F40-F48	:	<i>Neurotic, stress-related and somatoform disorders</i>
6	F50-F59	:	<i>Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors</i>
7	F60-F69	:	<i>Disorders of adult personality and behaviour</i>
8	F70-F79	:	<i>Mental retardation</i>
9	F80-F89	:	<i>Disorders of psychological development</i>
10	F 90-F98	:	<i>Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence</i>
11	F99-F99	:	<i>Unspecified mental disorder</i>

**Tabel 2 Blok Kategori V**

No	Blok Katagori F00-F09	:	Deskripsi
1	F00*	:	Penurunan daya ingat pada penyakit Alzheimer (G30.-†)
2	F00.0*	:	Serangan dini (G30.0†)- usia <65tahun
3	F00.1*	:	Serangan lanjut (G31.1†)- 65 tahun atau lebih
4	F00.2*	:	Tidak jelas atau campuran G30.8†)

5	F00.09*	:	Tidak dijelaskan/ tidak spesifik(G30.9†)
6	F01	:	Penerununan ingatan vaskuler
7	F01.0	:	Dengan permulaan serangan akut
8	F01.1	:	Dementia dengan banyak infark
9	F01.2	:	Dementia pada subkortikal vaskuler
10	F01.3	:	Campuran korteks dan subkorteks
11	F01.8	:	Jenis lain
12	F01.9	:	Tidak dijelaskan
13	F02*	:	Dementia pada penyakit yang klasifikasinya ada dibagian lain
14	F02.0*	:	pada penyakit Pick (G31.0†)
15	F02.1*	:	pada penyakit Creutzfeldt-Jakob (A81.0†)
16	F02.2*	:	pada penyakit Huntington (G10†)
17	F02.3*	:	pada penyakit Parkinson (G20†)
18	F02.4*	:	pada penyakit human immunodeficiency virus [HIV] (B22.0†)
19	F02.8*	:	pada penyakit lain yang klasifikasinya di tempat lain
20	F03	:	Dementia yang tidak dijelaskan
21	<i>Excludes</i>	:	dementia senilis (tua) dengan delirium atau kebingungan akut (F05.1) senility NOS (R54)
22	F04	:	Amnesia organik, tidak disebabkan oleh alkohol atau zat psikoaktif lain Amnesia adalah kegagalan ingatan baru dan lama, tapi ingatan terbaru masih ada. Kesanggupan belajar menurun dan orientasi waktu terganggu.
23	F05	:	Delirium yang tidak disebabkan oleh alcohol atau zat psikoaktif lain
24	<i>Includes</i>	:	sindroma otak, bingung (non alcoholic), psikosis akibat infeksi, reaksi organik, sindroma psiko-organik akut atau subakut

25	F05.0	:	Tidak menyertai demencia
26	F05.1	:	Menyertai demencia
27	F05.8	:	Jenis lain
28	F05.9	:	Tidak dijelaskan
29	F06	:	Kelainan jiwa lain akibat kerusakan otak atau penyakit badan Disini termasuk kondisi minor yang berhubungan dengan kelainan otak, baik penyakit otak primer, penyakit sistemik, zat-zat eksogen, kelainan endokrin, atau penyakit badan lain.
30	F06.0	:	Halusionis organik(diikuti banyak halusinasi)
31	F06.1	:	Kelainan katatonik organik- aktifitas psikomotor terganggu
32	F06.2	:	kelainan waham organik
33	F06.3	:	kelainan suasana hati organik
34	F06.4	:	kelainan anxiety organik – banyak kecemasan atau panik
35	F06.5	:	kelainan disosiasi organik – integrasi memori, identitas, dan gerakan putus
36	F06.6	:	kelainan emosi labil [asthenic] organik
37	F06.7	:	kelainan kognitif ringan
38	F06.8	:	kelainan jiwa lain akibat kerusakan otak atau penyakit badan, jenis lainnya
39	F06.9	:	kelainan jiwa lain akibat kerusakan otak atau penyakit badan, yang tidak dijelaskan
40	F07	:	Kelainan kepribadian dan tingkah-laku akibat kerusakan otak
41	F07.0	:	kelainan kepribadian organik
42	F07.1	:	sindroma pasca ensefalitis
43	F07.2	:	sindroma pasca-konkusio
44	F07.8	:	sindroma pasca-konkusio

45	F07.9	:	Tidak dijelaskan
46	F09	:	Kelainan organik atau simtomatik, tidak dijelaskan

F10-19 Kelainan jiwa dan tingkah laku akibat penggunaan zat psikoaktif  
Kelainan ini karena penggunaan zat psikoaktif secara legal maupun tidak. Karakter ketiga adalah jenis zat dan yang keempat adalah keadaan klinis. Dapat digunakan pada tiap zat yang diduga, tetapi tidak semua kode karakter keempat dapat digunakan untuk semua zat. Subdivisi keempat digunakan untuk kategori F10-F19:

.0 Intoksikasi akut zat psikoaktif, penyebab kacau kesadaran, pemahan, konsep, alam sadar atau tingkah-laku, atau fungsi dan respons psiko-fisiologis lain. Tidak dapat sembuh sempurna apabila terdapat jaringan yang rusak ataupun komplikasi lain. Komplikasi dapat berupa: trauma, inhalasi vomitus, delirium, koma, kejang, dan lain lain.

.1 Penggunaan yang berbahaya

Bentuk pemakaian zat psikoaktif yang merusak. Kerusakan dapat menyerang organ dan non-organ(mental).

.2 Sindroma kecanduan

Kombinasi fenomena tingkah-laku, kognitif, dan fisiologis yang hadir setelah konsumsi berulang. Ciri khas sindroma ini adalah timbulnya dorongan untuk terus menggunakan zat tersebut, sulit mengontrol konsumsinya meski mengetahui bahaya yang akan terjadi, dan terkadang timbul gejala fisik bila berhendti mengkonsumsi. Sindroma ini biasa terjadi pada pengguna tembakau, alkohol, atau diazepam, satu kelompok obat (opioid), atau jenis zat psikoaktif lain yang secara farmakologis berbeda.

### .3 Keadaan putus obat

Sekumpulan gejala akibat berhenti mengkonsumsi zat psikoaktif yang menetap. Perjalanan gejala tergantung jenis zat dan besar dosis yang digunakan. Kondisi gejala diperberat kejang-kejang.

### .4 Keadaan putus obat dengan delirium

Kondisi berhenti konsumsi obat yang diikuti oleh delirium (F05.-). Timbul kejang. Apabila penyebab yang diduga adalah faktor organik, maka harus diklasifikasikan pada F05.8.

Contohnya delirium tremens (diinduksi alkohol).

### .5 Kelainan psikosis

Kumpulan fenomena psikosis terjadi semasa atau setelah konsumsi zat psikoaktif. Tidak dapat dijelaskan dengan dasar intoksikasi akut saja juga bukan merupakan bentuk keadaan berhenti konsumsi obat. Cirinya yaitu halusinasi, distorsi persepsi, waham, dan alam perasaan abnormal berupa sangat takut atau sangat senang. Sensoris jernih, namun bisa terjadi penurunan kesadaran. Contohnya adalah halusinosis, cemburu, paranoia dan psikosis akibat alcohol.

### .6 Sindroma amnesia

Gejala kerusakan ingatan yang baru ataupun lama. Terkadang terdapat konfabulasi yang sangat menonjol. Tidak berpengaruh pada fisik.

### .7 Kelainan psikotik sisa (residual) dan mulainya terlambat (late-onset)

Berubahnya kognisi, alam perasaan, perangai, maupun tingkah laku akibat alkohol atau zat psikoaktif yang lebih lama. Kelainan yang terjadi setelah episode penggunaan zat yang dikonsumsi dikode sebagai efek sisa zat yang dikonsumsi.

.8 Gangguan jiwa dan tingkah laku lainnya

.9 Gangguan jiwa dan tingkah laku yang tidak dijelaskan

**Tabel 3 Blok Kategori V**

<b>No</b>	<b>Blok Katagori</b>	<b>:</b>	<b>Deskripsi</b>
	<b>F10-F19</b>		
1	F10.-	:	Akibat konsumsi alcohol
2	F11.-	:	Akibat konsumsi opioids
3	F12.-	:	akibat konsumsi kannabinoids
4	F13.-	:	akibat konsumsi sedatif atau hipnotik
5	F14.-	:	akibat konsumsi kokain
6	F15.-	:	akibat konsumsi stimulants lain, termasuk caffeine
7	F16.-	:	akibat konsumsi hallusinogens
8	F17.-	:	akibat konsumsi tembakau
9	F18.-	:	akibat konsumsi pelarut mudah menguap
10	F19.-	:	akibat konsumsi obat dan penggunaan zat psikoaktif lain yang banyak.  Digunakan apabila konsumsi dua atau lebih zat yang tidak mungkin diketahui zat mana yang pengaruhnya lebih dominan. Selain itu juga apabila zat yang digunakan tidak diketahui jenisnya karena konsumsi jenis zat terlalu banyak Includes: penggunaan obat secara salah NOS

F20-F29: Schizophrenia, schizotype dan waham

Gangguan berupa penyimpangan pikiran dan pemahan, dan alam perasaan.

Fenomena psikopatologisnya yaitu thought echo (pikiran yang diulang-ulang);

thought insertion or withdrawal (penyisipan atau penghapusan bagian pikiran);

thought broadcasting (menyuarakan pikirannya kemana-mana); persepsi waham

dan waham kuasa; senang mempengaruhi atau sebaliknya daim membisu; suara

halusinasi tentang yang suka menilai pasien; gangguan pikiran dan gejala-gejala negatif. Skizofrenia dapat terus-menerus terjadi dengan penurunan yang stabil, maupun satu masa dengan remisi sempurna atau tidak sempurna. Skizofrenia tidak digunakan jika ada gejala depresi manik luas yang muncul sebelum skizofrenia itu sendiri. Diagnosis skizofrenia tidak digunakan bila terdapat penyakit otak organik atau ketika keracunan atau memutus penggunaan obat.

**Tabel 4Blok Katagori V**

No	Blok Katagori	:	Deskripsi
	<b>F20</b>		
1	F20.0	:	Skizofrenia paranoid – perasaan curiga yang tidak wajar
2	F20.1	:	Skizofrenia hebefrenik – alam perasaan
3	F20.2	:	Skizofrenia katatonik – psikomotor: hiperkinensis atau stupor
4	F20.3	:	Skizofrenia ‘undifferentiated’ – gejala di atas tidak tegas
5	F20.4	:	Depresi pasca skizofrenia – tekanan perasaan
6	F20.5	:	Skizofrenia residual – kronis, gejala sisa
7	F20.6	:	Skizofrenia simplex – ringan tapi progresif
8	F20.8	:	Skizofrenia lain
9	F20.9	:	Skizofrenia, tidak dijelaskan

**F21 Kelainan schizotype**

Mirip skizofrenia, awal mula dan evolusi kelainan tidak jelas.

**F22 Kelainan waham persisten**

Gangguan waham jangka panjang sebagai gejala yang dominan, tapi tidak bisa diklasifikasikan sebagai organik, skizofrenik, atau afektif.

**Tabel 5 Blok Kategori V**

No	Blok Katagori F22	:	Deskripsi
1	F22.0	:	Kelainan waham – waham tunggal atau kelompok waham yang berhubungan
2	F22.8	:	Kelainan waham persisten lainnya
3	F22.9	:	Kelainan waham peristen, tidak dijelaskan

F23 Kelainan psikotik akut dan sementara

Kelainan dengan onset akut (perkembangan gambaran klinis dalam dua minggu atau kurang) gejala psikotik (waham, halusinasi, dan kekacauan persepsi), dan terhentinya tingkah laku yang biasa.

**Tabel 6 Blok Kategori V**

No	Blok Katagori F23	:	Deskripsi
1	F23.0	:	Kelainan psikotis polimorf akut tanpa gejala skizofrenia
2	F23.1	:	Kelainan psikotik polimorf akut dengan gejala skizofrenia
3	F23.2	:	Kelainan psikotik akut mirip-skizofrenia.
4	F23.3	:	Kelainan psikotik akut lain dengan waham sebagai gejala utama.
5	F23.8	:	Kelainan psikotik akut dan sementara lain
6	F23.9	:	Kelainan psikotik akut dan sementara lain, tidak dijelaskan

F24 Kelainan waham induksi

Kelainan waham yang terjadi karena hubungan emosi yang erat oleh dua orang atau lebih. Waham terinduksi ke orang lain dari seorang yang benar-benar menderita psikotik, induksi dapat dihentikan dengan cara memisahkan dua orang atau lebih tadi.

**F25 Kelainan skizo-afektif**

Gangguan dengan gejala afektif dan skizofrenia, tapi tidak memenuhi syarat diagnosis skizofrenia maupun depresi atau manik.

**Tabel 7 Blok Kategori V**

<b>No</b>	<b>Blok Kategori F25</b>	<b>:</b>	<b>Deskripsi</b>
1	F25.0	:	Kelainan skizoafektif, tipe manik
2	F25.1	:	Kelainan skizoafektif, tipe depresif
3	F25.2	:	Kelainan skizoafektif, tipe campuran
4	F25.8	:	Kelainan skizoafektif lain
5	F25.9	:	Kelainan skizoafektif, tidak dijelaskan

**F28 Kelainan psikotik non-organik lain**

Gangguan waham atau halusinasi, namun tidak cukup disebut skizofrenia (F20.-), kelainan waham persisten (F22.-), kelainan psikotik akut dan sementara (F23.-), episode manik jenis psikotik (F30.2), atau episode depresi berat (F32.3).

**F29 Psikosis non-organik yang tidak dijelaskan.**

**F30-F39: Kelainan alam perasaan (afektif/mood)**

Kelainan yang disertai perubahan alam perasaan menjadi tertekan atau menjadi sangat bebas. Biasanya diikuti oleh perubahan aktivitas menyeluruh, dimana hampir keseluruhan gejala lain adalah gejala sekunder, atau mudah dipahami dari perubahan mood dan aktivitas. Kelainan ini cenderung berulang yang timbul bersamaan dengan kondisi yang menekan sehingga seseorang stress.

#### F30 Episode mania

Hanya digunakan untuk hipomanik atau manik seseorang yang sebelumnya mempunyai episode afektif (depresif, hipomanik, manik, atau campuran) harus dikode sebagai gangguan afektif bipolar (F31.-).

*Includes:* kelainan bipolar, episode manik tunggal

**Tabel 8 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F30</b>		
1	F30.0	:	Kelainan skizoafektif, tipe manik
2	F30.1	:	Kelainan skizoafektif, tipe depresif
3	F30.2	:	Kelainan skizoafektif, tipe campuran
4	F30.8	:	Kelainan skizoafektif lain
5	F30.9	:	Kelainan skizoafektif, tidak dijelaskan

#### F31 Kelainan afektif bipolar

Gangguan mood dan aktivitas dengan dua episode atau lebih. Berupa peningkatan mood atau aktivitas (hipomania atau mania) maupun penurunan mood atau aktivitas (depresi).

Penyakit yang termasuk, psikosis, atau reaksi “manik-depresi”

**Tabel 9 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F31</b>		
1	F31.0	:	episode sekarang hipomania
2	F31.1	:	episode sekarang mania tanpa gejala psikotik
3	F31.2	:	episode sekarang mania dengan gejala psikotik
4	F31.3	:	episode sekarang depresi ringan atau sedang
5	F31.4	:	episode sekarang depresi berat tanpa gejala psikotik
6	F31.5	:	episode sekarang depresi berat dengan gejala psikotik
7	F31.6	:	episode sekarang campuran
8	F31.7	:	sekarang dalam remisi
9	F31.8	:	kelainan afektif bipolar lain
10	F31.9	:	kelainan afektif bipolar, tidak dijelaskan

F32 Episode depresi

Penurunan daya tarik untuk menikmati, dan rasa lelah setelah kegiatan atau usaha ringan. Rasa percaya diri turun, sering merasa tidak berguna dan mudah merasa bersalah, pola tidur dan makan terganggu. Perubahan penurunan mood berbeda dari hari ke hari dan seringkali diikuti gejala somatik.

**Tabel 10 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F32</b>		
1	F32.0	:	episode sekarang hipomania

2	F32.1	:	episode sekarang mania tanpa gejala psikotik
3	F32.2	:	episode sekarang mania dengan gejala psikotik
4	F32.3	:	episode sekarang depresi ringan atau sedang
5	F32.8	:	episode sekarang depresi berat tanpa gejala psikotik
6	F32.9	:	episode sekarang depresi berat dengan gejala psikotik

### F33 Depresi berulang

Depresi yang terjadi berulang. Dapat dirasakan pada semua usia, awal mulanya perlahan, dan berlangsung hingga beberapa minggu maupun bulan.

**Tabel 11 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F33</b>		
1	F33.0	:	Depresi berulang, episode sekarang ringan
2	F33.1	:	Depresi berulang, episode sekarang sedang
3	F33.2	:	Depresi berulang, episode sekarang berat tanpa gejala psikotik
4	F33.3	:	Depresi berulang, episode sekarang berat dengan gejala psikotik
5	F33.4	:	Depresi berulang, sedang dalam remisi
6	F33.8	:	Depresi berulang lainnya
7	F33.9	:	Depresi berulang, tidak dijelaskan

### F34 Kelainan afektif persisten

Kelainan alam perasaan ringan yang persisten dan biasanya naik turun. Berlangsung bulanan, terkadang pada sebagian hidup dewasa. Terkadang, episode tunggal manik atau depresi muncul.

**Tabel 12 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F34</b>		
1	F34.0	:	Cyclothymia – mood tidak stabil; depresi dan perasaan senang ringan
2	F34.1	:	Dysthymia – depresi mood kronis, berlangsung sekurangnya beberapa tahun
3	F34.8	:	Kelainan afektif persisten lainnya
4	F34.9	:	Kelainan afektif persisten, tidak dijelaskan

F38 Kelainan afektif lainnya

Gangguan mood yang tidak berat dan tidak lama.

**Tabel 13 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F38</b>		
1	F38.0	:	Kelainan afektif tunggal lainnya
2	F38.1	:	Kelainan afektif berulang lainnya
3	F38.8	:	Kelainan afektif lainnya

F40-F49: Neurosis, dengan stress dan somatoformis

F40 Cemas fobia (phobic anxiety)

Timbul cemas pada situasi yang tidak jelas dan tidak bahaya; jika bisa dihindari, atau jika terpaksa dihadapi dengan rasa takut. Gejala khawatir berupa

berdebar atau terasa akan jatuh, takut akan kematian, hilang kontrol, atau gila. Memikirkan situasi fobia yang sudah menimbulkan cemas, dimana cemas karena fobia biasanya diiringi dengan depresi.

**Tabel 14 Blok Kategori V**

No	Blok Katagori	:	Deskripsi
	<b>F40-F49</b>		
1	F40.0	:	Agoraphobia – takut berada di tempat terbuka
2	F40.1	:	Fobia-fobia sosial – anthropophobia atau neurosis social
3	F40.2	:	Fobia spesifik (isolated) – acrophobia (takut ketinggian), claustrophobia (takut tempat tertutup), fobia binatang, fobia sederhana
4	F40.8	:	Cemas fobia lainnya
5	F40.9	:	Cemas fobia, tidak dijelaskan
6	<b>F41</b>	:	Kelainan cemas lainnya
7	F41.0	:	Panik [cemas paroksismal secara episodik]
8	F41.1	:	Kecemasan umum
9	F41.2	:	Cemas campur depresi
10	F41.3	:	Cemas campur lainnya
11	F41.8	:	Cemas lain yang dijelaskan
12	F41.9	:	Cemas, tidak dijelaskan
13	<b>F42</b>	:	<p>Kelainan obsesi-kompulsi</p> <p>Gambaran penting adalah pikiran obsesi dan tindakan kompulsi yang timbul berulang-ulang. Pikiran obesesi hamper selalu menekan pasien dan serng gagal dalam usaha untuk melawannya.</p> <p>Kompulsi dilakukan berulang dengan tujuan mencegah atau menghindari kejadian yang mengancam walaupun secara objektif mustahil</p>

			<p>untuk terjadi.</p> <p>Biasanya, perilaku ini diketahui pasien sebagai tidak berdasar, dan akan berusaha terus-menerus melawan.</p> <p>Istilah lain keadaan ini: neurosis anankastik atau neurosis obsesif-kompulsif</p>
14	F42.0	:	Pikiran dengan obsesi yang menonjol
15	F42.1	:	Tindakan kompulsi yang menonjol
16	F42.2	:	Pikiran dan tindakan obsesi campuran
17	F42.8	:	Kelainan obsesi-kompulsi lainnya
18	F42.9	:	Kelainan obsesi-kompulsi, tidak dijelaskan
19	<b>F43</b>	:	<p><b>Reaksi terhadap stress berat, dan gangguan penyesuaian</b></p> <p>Dikenal dengan peristiwa yang sangat menekan perasaan yang menimbulkan reaksi stress akut yang menimbulkan gangguan penyesuaian.</p> <p>Gangguan ini dianggap ‘maladaptive’ atau ‘adaptasi jelek’ terhadap stress berkepanjangan.</p>
20	F43.0	:	Reaksi stress akut – reaksi sementara terhadap stress fisik dan mental
21	F43.1	:	Stress setelah trauma – respons lama terhadap stress fisik dan mental
22	F43.2	:	Gangguan penyesuaian
23	F43.8	:	Reaksi lain terhadap stress berat
24	F43.9	:	Reaksi yang tidak dijelaskan terhadap stress berat
25	<b>F44</b>	:	<p><b>Kelainan-kelainan disosiasi (konversi)</b></p> <p>Tema umum yaitu hilangnya integrasi normal antara memori masa lalu, kesadaran identitas dan sensasi langsung, serta pengendalian gerak tubuh. Kelainan yang kronis, yaitu paralisis dan anestesia, dapat timbul kalau onsetnya berhubungan dengan masalah yang tidak dapat diselesaikan dan kesusahan</p>

			interpersonal. Gejala kelainan sering mewakili konsep pasien tentang timbulnya penyakit. Pemeriksaan medis tidak menunjukkan kelainan fisik atau neurologis, karena hilangnya fungsi tubuh merupakan ekspresi konflik atau kebutuhan emosi. Kelompok ini hanya melibatkan kelainan fungsi fisik yang biasanya di bawah kontrol normal.
26	F44.0	:	<p>Amnesia disosiasi</p> <p>Gejala utama adalah terhapusnya ingatan mengenai kejadian penting yang baru terjadi, bukan sekedar lupa atau lelah. Pusat amnesia pada kejadian yang menyakitkan, seperti kecelakaan atau duka-cita, dan biasanya bersifat partial (sebagian) dan selektif.</p>
27	F44.1	:	<p>Fugue disosiasi</p> <p>Fugue disosiasi (kehilangan ingatan dan meninggalkan rumah) memiliki semua gejala amnesia disosiasi, tambah berkelana melebihi aktifitas harian biasa.</p>
28	F44.2	:	<p>Stupor disosiasi</p> <p>Stupor disosiasi (keadaan setengah sadar) yaitu berkurangnya atau hilangnya gerakan sadar dan respons terhadap rangsangan luar misalnya cahaya, suara, dan rabaan.</p>
29	F44.3	:	<p><i>Trance and possession disorders</i></p> <p>Trance (keadaan seperti dalam mimpi, tapi tidak tidur) yaitu kehilangan sementara identitas pribadi dan kesadaran akan sekitar. Disini termasuk hanya trance yang tidak disadari atau tidak diinginkan, di luar situasi keagamaan atau kebudayaan yang dianutnya.</p>
30	F44.4	:	<p>Gangguan motorik disosiasi</p> <p>Kehilangan kemampuan menggerakkan semua atau sebagian anggota tubuh. Dapat sangat mirip dengan variasi ataxia (gerak tak terkontrol), apraxia (tak mampu bergerak dengan pantas), akinesia (gerakan sadar berkurang), aphonia (tak bisa bersuara), dysarthria (susah mengeluarkan</p>

			kata-kata dengan jelas), dyskinesia (tidak sanggup mengontrol gerakan sadar), seizures, atau paralysis.
31	F44.5	:	Konvulsi disosiasi  Mirip dengan epilepsi, tapi jarang diiringi lidah tergigit, lecet jatuh, atau inkontinensia urin, kesadaran bisa dipertahankan atau diganti oleh stupor atau trance.
32	F44.6	:	Anestesia disosiasi dan kehilangan sensoris  Kehilangan kepekaan rasa pada kulit memiliki batas yang sesuai pendapat pasien mengenai fungsi tubuh, bukan pendapat medis. Kehilangan sensasi diikuti keluhan paresthesi (kesemutan). Jarang diikuti oleh kehilangan total penglihatan atau pendengaran.
33	F44.7	:	Kelainan disosiasi (konversi) campuran – gabungan kelainan F44.0-F44.6
34	F44.8	:	Kelainan disosiasi (konversi) lainnya
35	F44.9	:	Kelainan disosiasi (konversi), tidak dijelaskan
36	<b>F45</b>		Kelainan somatoformis  Bentuk utama yaitu berulang kali menyatakan keluhan fisik bersamaan permintaan agar dilakukan pemeriksaan medis, meski hasilnya negative dan menurut dokter tidak memiliki dasar fisik. Jika ada, kelainan tidak memiliki hubungan dengan yang dikeluhkan pasien. Kalau pun ada, kelainan fisik tidak berhubungan dengan gejala dan keyakinan pasien.
37	F45.0	:	Kelainan somatisasi  Banyak gejala fisik, berulang, dan sering berubah selama minimal dua tahun. Apabila gejala jelas dan terjadinya selama dibawah dari dua tahun, klasifikasikan pada F45.1.
38	F45.1	:	Gangguan somatisasi tidak khas  Keluhan somatoformis banyak, bervariasi, dan terus menerus, namun klinis kelainan somatisasi

			tidak jelas.
39	F45.2	:	<p>Kelainan hipokondriak</p> <p>Bentuk utama yaitu keyakinan persisten adanya kelainan fisik yang serius dan progresif. Perhatiannya terfokus pada satu atau dua organ atau sistem tubuh.</p>
40	F45.3	:	<p>Gangguan fungsi otonom, somatoformis</p> <p>Keluhan pasien seolah-olah disebabkan penyakit sistem atau organ yang dikontrol oleh syaraf otonom, seperti kardiovaskuler, pencernaan, pernafasan, dan urogenital. Gejala biasanya dua jenis, tanpa kelainan pada sistem atau organ tersebut. Pertama, keluhan berdasarkan tanda-tanda objektif rangsangan otonom seperti berdebar-debar, keringat, panas-panas, tremor, dan takut akan kemungkinan kelainan fisik. Kedua, keluhan subjektif dan berubah-ubah mengenai sakit dan nyeri, rasa terbakar, rasa beban berat, rasa terjepit, dan perasaan desakan dari dalam, yang dikatakan oleh pasien akibat organ atau sistem tertentu.</p>
41	F45.4	:	<p>Nyeri somatoformis persisten</p> <p>Keluhan utama adalah nyeri persisten, berat, dan menekan perasaan, tapi tidak berdasarkan kelainan fisiologis atau fisik, namun berhubungan dengan konflik emosi atau masalah psikososial yang cukup besar.</p>
42	F45.8	:	<p>Gangguan somatoformis lain</p> <p>Kelainan sensasi, fungsi, dan tingkah-laku yang tidak disebabkan kelainan fisik, tidak melalui syaraf otonom, terbatas pada sistem atau bagian spesifik tubuh.</p>
43	F45.9	:	<p>Gangguan somatoformis yang tidak dijelaskan – kelainan psikosomatik NOS</p>
44	<b>F48</b>	:	<b>Neurosis lainnya</b>
45	F48.0	:	<p>Neurasthenia</p> <p>Kelelahan mudah terjadi setelah usaha mental</p>

			atau setelah usaha fisik minimal. Sering terdapat perasaan fisik umum yang tidak menyenangkan seperti pusing, sakit kepala, dan rasa tidak stabil. Nama lain penyakit ini adalah sindroma kelelahan (Fatigue syndrome)
46	F48.1	:	Sindroma depersonalisasi – derealisasi  Pasien mengeluhkan perubahan mutu aktifitas mental, tubuh, dan lingkungan, sehingga terasa seperti tidak nyata, jauh, dan serba otomatis di luar kontrol. Pasien sering mengeluh tentang hilangnya emosi dan merasa terasing dari pikiran, tubuh, atau dunia nyata.
47	F48.8	:	Gangguan neurosis lain
48	F48.9	:	Gangguan neurosis, tidak dijelaskan – Neurosis NOS

F50-F59: Sindroma akibat gangguan fisiologis dan fisik

**Tabel 15 Blok Kategori V**

<b>No</b>	<b>Blok Kategori</b>	<b>:</b>	<b>Deskripsi</b>
	<b>F50-59</b>		
1	F50	:	Kelainan makan
2	F50.0	:	Anorexia nervosa  Khas dengan diet, kebanyakan adalah wanita muda, terkadang pria muda, anak menuju pubertas dan wanita menuju menopause. Gejalanya pembatasan makanan, olahraga berlebihan, merangsang muntah dan ‘cuci perut’, serta konsumsi obat penekan selera dan diuretika.
3	F50.1	:	Anorexia nervosa tidak khas  Mirip anorexia nervosa tetapi gambaran klinis keseluruhan tidak sesuai. Misal, tidak ada gejala amenorrhea atau sangat takut menjadi gemuk, walau pun berat badannya sangat berkurang dan ia menunjukkan tingkah-laku menurunkan berat

			badan.
4	F50.2	:	Bulimia nervosa  Makan berlebihan tapi ingin mengontrol berat badan, sehingga makan berlebih disusul muntah atau menggunakan pencahar. Nama lainnya Bulimia, dan Hyperorexia nervosa
5	F50.3	:	Bulimia nervosa tidak khas  Mirip bulimia nervosa, namun gambaran klinis keseluruhan tidak sesuai. Misal ada makan berlebih dan penggunaan pencahar namun tidak ada perubahan berat badan yang nyata.
6	F50.4	:	Makan berlebihan akibat kekacauan psikologis lain  Makan berlebihan karena stress akibat keadaan yang tidak diinginkan, seperti ditinggal mati, kecelakaan, melahirkan, dsb. Nama lainnya adalah Psychogenic overeating
7	F50.5	:	Muntah akibat kekacauan psikologis lain  Muntah berulang pada gangguan disosiasi (F44.-) dan hipokondriaka (F45.2). Subkategori ini bisa sebagai tambahan pada O21.- (muntah berlebihan waktu hamil). Nama lainnya adalah Psychogenic vomiting.
8	F50.8	:	Kelainan makan lainnya  Pica (keinginan memakan yang bukan makanan seperti kayu atau kertas) pada dewasa; nama lain adalah Psychogenic loss of appetite. Kecuali: pica pada bayi dan anak kecil (F98.3)
9	F50.9	:	Kelainan makan, tidak dijelaskan

#### F51 Kelainan tidur non-organik

Apabila kelainan tidur merupakan salah satu keluhan utama dan pasien yakin bahwa merupakan gejala penyakit tersendiri, maka kode ini harus diikuti

diagnosis lain yang menguraikan psikopatologi dan patofisiologi yang terkait.

Kategori ini hanya mencakup yang faktor primer gangguan adalah emosi.

**Tabel 16 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
1	F51.0	:	Insomnia non-organik Keadaan tidur yang tidak nyenyak, misal tidak bisa tidur, bangun lebih awal dan berlangsung lama.
2	F51.1	:	Hypersomnia non-organik Hipersomnia merupakan keadaan dimana ketika siang sering merasa mengantuk, apabila tidak terdapat penyebab yang nyata maka dianggap kelainan jiwa.
3	F51.2	:	<i>Nonorganic disorder of the sleep-wake schedule</i> Jadwal tidur yang tidak sesuai keinginan, sehingga mengakibatkan insomnia atau hypersomnia.
4	F51.3	:	Sleepwalking [somnambulism] Perubahan kesadaran dimana fase bangun dan tidur terjadi bersamaan, sehingga pasien dapat berjalan ketika tidur. Sering terjadi pada sepertiga pertama tidur malam, dengan rendahnya tingkat keawasan, reaksi dan keterampilan otot. Saat bangun seringnya ia tidak mengingat kejadian tersebut.
5	F51.4	:	Sleep terrors [night terrors] Biasanya pasien terbangun pada sepertiga pertama tidur malam, dengan teriakan panik. Sering berlari kearah pintu seolah ingin melepaskan diri namun tidak meninggalkan kamar. Ingatannya tentang hal itu terbatas (biasanya satu atau dua bayangan yang tidak

			utuh).
6	F51.5	:	Nightmares – mimpi buruk  Memimpikan hal-hal buruk seperti ancaman yang menimbulkan rasa cemas. Biasanya terdapat aktifitas otonom, tetapi suara atau gerak tubuh tidak jelas. Ketika bangun ia dengan cepat sadar dan berorientasi ke kenyataan.
7	F51.8	:	Kelainan tidur nonorganik lainnya
8	F51.9	:	Kelainan tidur nonorganik, tidak dijelaskan

#### F52 Gangguan fungsi seksual tanpa kelainan atau penyakit organik

Ketidakkampuan dalam melakukan hubungan seksual yang tidak sesuai keinginan, hal ini juga melibatkan kelainan psikologis dan somatik. Respons seksual merupakan proses psikosomatik.

**Tabel 17 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F52</b>		
1	F52.0	:	Kurang atau hilangnya keinginan seksual – frigiditas, nafsu sex hipoaktif
2	F52.1	:	Penghindaran sex dan kurangnya kenikmatan seksual – anhedonia (sexual)
3	F52.2	:	Kegagalan respons genital – gangguan ereksi atau kekeringan vagina
4	F52.3	:	Gangguan fungsi orgasme – orgasme tidak terjadi atau tercapai sangat lama
5	F52.4	:	Ejakulasi premature
6	F52.5	:	Vaginismus nonorganik – kejang otot sekitar sehingga vagina tertutup
7	F52.6	:	Dyspareunia nonorganik – nyeri selama hubungan seksual

8	F52.7	:	Nafsu seksual berlebihan – nymphomania (perempuan), satyriasis (laki-laki)
9	F52.8	:	Disfungsi seksual nonorganik lain
10	F52.9	:	Disfungsi seksual nonorganik, tidak dijelaskan

F53 Kelainan jiwa dan tingkah-laku pada puerperium, not elsewhere classified

Gangguan jiwa yang berkaitan dengan puerperium (muncul dalam waktu enam minggu setelah melahirkan) yang tidak dapat diklasifikasikan di tempat lain pada bab ini, baik dikarenakan informasi tidak memadai, atau karena adanya gambaran klinis khusus yang mengakibatkan klasifikasi di tempat lain tidak sesuai.

**Tabel 18 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F53</b>		
1	F53.0	:	Kelainan ringan – depresi postpartum
2	F53.1	:	Kelainan berat – psikosis puerperium NOS
3	F53.8	:	Kelainan lain
4	F53.9	:	Kelainan yang tidak dijelaskan

F54 Kelainan psikologis pada kelainan yang klasifikasinya di tempat lain

Dugaan psikologis memiliki pengaruh munculnya kelainan fisik dan klasifikasi pada bab yang lain.

Contoh: asthma F54 dan J45.-; dermatitis F54 dan L23-L25; gastric ulcer F54 dan K25.-; mucous colitis F54 dan K58.-; ulcerative colitis F54 dan K51.-; urticaria F54 dan L50.-.

F55 Penyalahgunaan zat yang tidak menyebabkan kecanduan  
 F59 Sindroma tingkah-laku akibat faktor fisiologis dan fisik yang tidak dijelaskan  
 F60-F69: Gangguan kepribadian dan tingkah laku dewasa

Secara nyata dalam klinis menunjukkan pola perilaku yang menetap. Gaya hidup dan cara berhubungan dengan dirinya juga dengan orang lain adalah gejala yang muncul. beberapa muncul sejak dini, dan ada juga yang lambat. Kelainan kepribadian spesifik (F60), campuran (F61), dan perubahan kepribadian (F62) adalah tingkah yang tertanam dalam serta muncul sebagai respons untuk menghadapi banyak situasi. merupakan pola tingkah-laku yang tertanam dalam, dan muncul sebagai respons terhadap berbagai situasi yang melambungkan pembelokan (dalam pemahaman, pemikiran, perasaan dan membandingkan diri dengan orang lain). Sering berhubungan dengan distress subjektif juga masalah penampilan sosial.

**F60 Kelainan kepribadian spesifik**

Kepribadian dan tingkah laku yang kacau berat yang melibatkan beberapa daerah kepribadian yang berkesinambungan dengan ketegangan pribadi dan rusaknya hubungan sosial dimana muncul sejak kanak-kanak atau remaja. Bukan dari gangguan otak ataupun gangguan psikiatrik lain.

**Tabel 19 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F60</b>		
1	F60.0	:	Gangguan kepribadian paranoid

			<p>Merasa sangat penting dan membandingkan segala hal dengan dirinya. Sensitif terhadap kemunduran, tidak dapat mentolerir hinaan, curiga berlebih, sikap “siap tempur” dan menjaga hak pribadi.</p> <p>Sangat sensitif akan kemunduran, tidak bisa memaafkan hinaan, curiga berlebihan, bersikap ‘siap tempur’ dan sangat menjaga hak-hak pribadi.</p>
2	F60.1	:	<p>Gangguan kepribadian schizoid</p> <p>Menjauh dari keakraban, sosial, dan lainnya. Lebih menyukai menyendiri, berkhayal, dan intropeksi diri.</p>
3	F60.2	:	<p>Gangguan kepribadian antisosial</p> <p>Tidak peduli perasaan orang lain dan kewajiban sosial. Disebut juga kepribadian amoral, anti sosial, asosial, psikopatik atau sosiopatik</p>
4	F60.3	:	<p>Kepribadian emosi labil</p> <p>Tendensi bertindak tanpa berpikir, perasaan mudah berubah, emosi mudah meluap tanpa terkontrol. Gejalanya seperti <i>self-harm</i>, <i>suciede</i>. Disebut juga kepribadian agresif atau eksplosif</p>
5	F60.4	:	<p>Kepribadian histrionic</p> <p>Alam perasaan dangkal dan labil, mendramatisir, ekspresi, mudah disugesti, egosentris, mudah tersinggung, dan selalu mencari pujian, rangsangan, serta perhatian. Disebut juga kepribadian histeris dan psikoinfantil</p>
6	F60.5	:	<p>Kepribadian anankastik</p> <p>Selalu ragu-ragu, perfeksionis, berlebihan dalam memperhatikan hal detail, bandel, sangat berhati-hati dan kaku. Disebut sebagai kepribadian kompulsif, obsesif, obsesif-kompulsif.</p>
7	F60.6	:	<p>Kepribadian hindaran atau cemas</p> <p>Pasien memiliki perasaan tegang dan enggan, tidak percaya diri dan rendah diri. Selalu ingin disenangi dan diterima, sangat sensitif akan</p>

			kritikan, dan bertendensi menghindari aktifitas rutin tertentu dengan membesar-besarkan bahaya atau resikonya.
8	F60.7	:	Kepribadian tergantung Tergantung pada orang lain dalam mengambil keputusan, patuh pada keinginan orang yang lebih tua, dan respons yang lemah terhadap tuntutan kehidupan harian.
9	F60.8	:	Kelainan kepribadian lainnya Kepribadian eksentrik, narcissistic, immatur, pasif agresif, psikoneurotik
10	F60.9	:	Kelainan kepribadian, tidak dijelaskan

F61 Kelainan kepribadian campuran dan lainnya

Kelainan spesifik faktor munculnya gangguan tapi tidak mempunyai pola spesifik dari gejala-gejala pada F60.-.

F62 Perubahan kepribadian menetap, bukan karena kelainan otak

Gangguan setelah stress berat atau penyakit jiwa. Perubahan terjadi setelah kejadian dan jelas.

**Tabel 20 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori F60	:	Deskripsi
1	F62.0	:	Perubahan kepribadian menetap setelah stress berat
2	F62.1	:	Perubahan kepribadian menetap setelah sakit jiwa
3	F62.8	:	Perubahan kepribadian menetap lainnya

F63 Kelainan kebiasaan dan dorongan

Tindakan berulang tanpa alasan yang rasional, tidak terkontrol, dan kebanyakan merusak kepentingan diri sendiri juga orang lain.

**Tabel 21 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F63</b>		
1	F63.0	:	Judi yang patologis  Hidupnya dipenuhi perjudian sampai merusak nilai-nilai dan kewajiban sosial, pekerjaan, dan keluarga.
2	F63.1	:	Pembakaran yang patologis [pyromania]  Berusaha membakar dan orientasi pikiran kepada api serta kebakaran. Diawali ketegangan meningkat, namun setelah melakukan tindakan merasa puas.
3	F63.2	:	Mencuri yang patologis [kleptomania]  Tidak dapat menahan diri untuk mencuri barang yang tidak dibutuhkan. Hasil curian biasanya dibuang, diberikan kepada orang lain, atau dikoleksikan. Tegang sebelum melaksanakan dan puas setelah melaksanakan tindakan.
4	F63.3	:	Menarik rambut yang patologis (trichotillomania)  Botak karena tidak dapat menahan diri untuk tidak menjambak rambut sendiri. Tegang bila belum menjambak dan puas setelah menjambak.
5	F63.8	:	Kelainan kebiasaan dan dorongan lainnya
6	F63.9	:	Kelainan kebiasaan dan dorongan, tidak dijelaskan

F64 Kelainan identitas kelamin

**Tabel 22 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F64</b>		
1	F64.0	:	Transsexualisme Tidak nyaman dengan jenis kelaminnya sendiri dan berharap bisa berubah menjadi jenis kelamin yang berlawanan.
2	F64.1	:	Transvestisme peran-ganda Memakai pakaian jenis seks lain tanpa hasrat pergantian seks dan tidak diikuti oleh kepuasan seksual. Hanya sekedar ingin merasakan menjadi anggota lawan jenis seks.
3	F64.2	:	Kelainan identitas kelamin kanak-kanak Kali pertama muncul pada kanak-kanak, kesal dengan seks sendiri dan ingin menjadi lawan seks. Gejalanya yang jelas memikirkan pakaian lawan jenis.
4	F64.8	:	Kelainan identitas kelamin lainnya.
5	F64.9	:	Kelainan identitas kelamin, tidak dijelaskan

F65 Kelainan nafsu seksual

**Tabel 23 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F65</b>		
1	F65.0	:	Fetishisme Rangsangan dan kepuasan seksual yang mengandalkan benda mati (fetish). Umumnya fetish merupakan bagian tambahan tubuh, misalnya pakaian atau sepatu, contohnya partner seks memakai pakaian tertentu.
2	F65.1	:	Transvestisme fetish Berbeda dari transvestisme trans-seksual, transvestisme fetish mempunyai hubungan

			rangsangan seksual yang jelas. Transvetisme fetish adalah penggunaan pakaian lawan jenis seks. Keadaan ini bisa terjadi pada fase awal perkembangan trans-seksualisme.
3	F65.2	:	Exhibitionisme  Tendensi memperlihatkan alat kelamin kepada lawan jenis atau orang banyak di tempat umum. Tidak bermaksud melakukan kontak seksual. Biasanya, tapi tidak selalu, rangsangan seksual pada waktu itu diikuti oleh masturbasi..
4	F65.3	:	Voyeurisme  Tendensi mengintip orang membuka baju ataupun berhubungan seksual. Dilakukan tanpa setahu objek, dan diikuti oleh rangsangan seksual dan masturbasi.
5	F65.4	:	Paedophilia  Nafsu seks pada anak kecil ataupun awla pubertas.
6	F65.6	:	Kelainan ganda nafsu seksual  Lebih dari satu preferensi seksual abnormal dan tidak ada yang lebih menonjol. Kombinasi yang sering adalah fetishisme, transvestisme, dan sadomasochisme.
7	F65.8	:	Kelainan nafsu seksual lainnya  Melakukan telpon mesum, menggeserkan badan pada orang lain untuk rangsangan seks di tempat ramai; aktifitas seksual dengan binatang (zoophilia), mayat (necrophilia), dan penggunaan cekikan atau anoksia untuk meningkatkan rangsangan seksual.
8	F65.9	:	Kelainan nafsu seksual, tidak dijelaskan

F66 Kelainan yang berhubungan dengan perkembangan dan orientasi seksual

Note: Orientasi seksual saja tidak dianggap sebagai kelainan.

**Tabel 24 Blok Kategori V**

<b>No</b>	<b>Blok Kategori</b>	<b>:</b>	<b>Deskripsi</b>
	<b>F66</b>		
1	F66.0	:	Gangguan pematangan seksual  Tidak yakin dengan identitas dan orientasi seksualnya. Kebanyakan pada remaja yang tidak pasti apakah ia homo-, hetero- atau bi-seksual, atau pada orang dewasa yang setelah orientasi seksualnya terlihat stabil, menemukan bahwa orientasi seksualnya itu berubah.
2	F66.1	:	Orientasi seksual egodystonik Identitas gender atau preferensi seksual (heteroseksual, homoseksual, bisexual, atau prepubertal) tidak diragukan, namun mengharapkan hal yang berbeda, dan mungkin mencari pengobatan untuk mengubah.
3	F66.2	:	Gangguan hubungan seksual  Identitas gender atau orientasi seksual (hetero-, homo-, atau bi-sexual) mengakibatkan sulit menciptakan atau mempertahankan hubungan dengan pasangannya.
4	F66.8	:	Kelainan perkembangan psikoseksual lainnya
5	F66.9	:	Kelainan perkembangan psikoseksual, tidak dijelaskan

F68 Kelainan kepribadian dan tingkah laku dewasa lainnya

**Tabel 25 Blok Kategori V**

<b>No</b>	<b>Blok Kategori</b>	<b>:</b>	<b>Deskripsi</b>
	<b>F68</b>		
1	F68.0	:	Penonjolan gejala fisik untuk alasan psikologis Gejala-gejala fisik yang sudah pasti terlihat dan lama karena keadaan psikologis. Pasien biasanya tertekan oleh gejala ini. Disebut sebagai neurosis kompensasi

2	F68.1	:	Menciptakan gejala atau cacad fisik atau psikologis Menciptakan gejala sendiri secara berulang bahkan melukai diri sendiri untuk meyakinkan tanpa alasan yang jelas. Ingin melarikan diri atau mengambil peran orang sakit. Disebut juga sindroma Munchhausen.
3	F68.8	:	Kelainan kepribadian dan tingkah laku dewasa lainnya yang dijelaskan.

F69 Kelainan kepribadian dan tingkah laku dewasa , tidak dijelaskan

F70-F79: Retardasi Mental

Berhentinya perkembangan pemikiran yang ditandai kegagalan keterampilan. Keterampilan ikut menentukan level kecerdasan umum (kognitif (pengenalan), bahasa, gerakan, dan sosial). Dapat terjadi dengan atau tanpa kondisi mental dan fisik lainnya.

Derajat retardasi mental diukur dengan alat uji kecerdasan yang distandarisasi. Diagnosis harus didasarkan pada tingkat kemampuan fungsi saat pemeriksaan.

Subdivisi berikut digunakan untuk menunjukkan luasnya kerusakan tingkah laku.

.0 Kerusakan perilaku tidak ada atau minimal

.1 Kerusakan perilaku nyata dan memerlukan perhatian dan pengobatan.

.8 Kerusakan perilaku lain

.9 Kerusakan tingkah laku tidak disebutkan

Kode tambahan digunakan untuk keadaan lain yang berhubungan seperti autisma, gangguan perkembangan lain, epilepsi, kelainan perangai, atau cacad fisik yang berat.

#### F70 Retardasi mental ringan

IQ 50–69 (pada dewasa, usia mental 9–12 tahun). Cenderung sulit belajar di sekolah. Tidak sedikit orang dewasa dengan IQ ini mampu bekerja dan mempertahankan hubungan sosial sekaligus berguna untuk masyarakat.

#### F71 Retardasi mental sedang

IQ 35–49 (pada dewasa, usia mental 6-9 tahun). Lambatnya masa perkembangan di masa kanak-kanak. Tetap bisa mengurus diri sendiri dan berkomunikasi, namun memerlukan sokongan untuk hidup dan bekerja.

#### F72 Retardasi mental berat

IQ 20-34 (pada dewasa, usia mental 3-6 tahun), cenderung memerlukan sokongan terus menerus.

#### F73 Retardasi mental sangat berat

IQ di bawah 20 (pada dewasa, usia mental di bawah 3 tahun). Kesulitan mengurus diri sendiri dan perlu sokongan hidup.

#### F78 Retardasi mental lain

#### F79 Retardasi mental tidak dijelaskan

#### F80-F89: Kelainan perkembangan psikologis

Dimulai ketika masa bayi atau kanak-kanak, berkaitan mengenai pematangan sistem syaraf pusat, dan arah tetap tanpa remisi atau relaps. Fungsi yang terganggu mencakup bahasa, keterampilan visuo-spatial (penglihatan ruang),

dan koordinasi gerak. Kerusakan akan berkurang saat bertumbuh dan dewasa defisitnya sedikit.

F80 Kelainan perkembangan bicara dan bahasa

Sejak awal perkembangan pola bahasa terganggu. Kesulitan membaca dan mengeja, kelainan hubungan antar-pribadi, serta kelainan emosi dan tingkah laku.

**Tabel 26 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori F80	:	Deskripsi
1	F80.0	:	Gangguan artikulasi (membuat kata) waktu bicara Kesulitan berbicara, tapi keterampilan bahasa normal. Disebut juga dyslalia
2	F80.1	:	Gangguan bahasa ekspresif Pemahaman bahasa normal namun kurang ekspresif. Dapat disertai kelainan artikulasi. Disebut juga dysphasia atau aphasia perkembangan jenis ekspresif
3	F80.2	:	Gangguan bahasa reseptif Pemahaman bahasa rendah, diikuti gangguan bahasa ekspresi dan artikulasi. Disebut juga dysphasia, aphasia perkembangan jenis reseptif, aphasia Wernicke, dan “tuli kata-kata”
4	F80.3	:	Aphasia didapat dengan epilepsy [Landau-Kleffner] Perkembangan bahasa mulanya normal, lalu kemampuan bahasa reseptif dan ekspresif menghilang, dengan inteligensia umum baik. Awalnya disertai oleh kelainan otak atau epilepsi. Onset biasanya antara usia 3-7 tahun.
5	F80.8	:	Kelainan perkembangan bicara dan bahasa lainnya Lispings (susah mengeluarkan huruf ‘s’ dan menggantinya dengan ‘ts’)
6	F80.9	:	Kelainan perkembangan bicara dan bahasa, tidak dijelaskan

## F81 Kelainan perkembangan keterampilan sekolah

Kelainan dengan gejala gangguan keterampilan sedari awal pertumbuhan. Bukan karena kurang kesempatan belajar, retardasi mental, dan tidak akibat trauma atau penyakit otak.

**Tabel 27 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori F81	:	Deskripsi
1	F81.0	:	Kelainan khusus membaca – dyslexia perkembangan
2	F81.1	:	Kelainan khusus mengeja
3	F81.2	:	Kelainan khusus keterampilan berhitung
4	F81.3	:	Kelainan keterampilan sekolah campuran
5	F81.8	:	Kelainan perkembangan keterampilan sekolah lainnya
6	F81.9	:	Kelainan perkembangan keterampilan sekolah, tidak dijelaskan

## F82 Kelainan perkembangan fungsi gerak

Kegagalan perkembangan koordinasi motorik bukan hanya karena retardasi intelektual umum atau kelainan neurologis konginetal.

## F83 Kelainan perkembangan campuran

Campuran gangguan perkembangan spesifik bicara dan bahasa, keterampilan belajar, dan fungsi motoris, tapi tidak ada yang dapat dijadikan diagnose utama karena tidak ada salah satu yang menonjol. Kategori ini dipakai

apabila gangguan fungsi memenuhi kriteria untuk dua atau lebih dari F80, F81, dan F82.

#### F84 Kelainan perkembangan ‘pervasif’

Kelainan interaksi sosial timbal-balik dan cara komunikasi, dan oleh minat dan aktifitas yang terbatas, berciri khusus, dan berulang. Merupakan bentuk pervasif fungsi seseorang dalam segala situasi.

**Tabel 28 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori F84	:	Deskripsi
1	F84.0	:	Autisma kanak-kanak Perkembangan abnormal sebelum usia tiga tahun, memiliki ciri khusus fungsi abnormal di tiga area psikopatologi (interaksi sosial timbal-balik, komunikasi, dan tingkah laku yang terbatas, khas dan berulang).
2	F84.1	:	Autisma tidak khas Tidak terpenuhinya ketiga set kriteria diagnose
3	F84.2	:	Sindroma Rett Penderita anak perempuan, awal perkembangan normal normal lalu diikuti penurunan kemampuan bicara, keterampilan gerakan dan penggunaan tangan, bersama dengan perlambatan pertumbuhan kepala, biasanya dengan onset antara usia 7-24 bulan.
4	F84.3	:	Kelainan disintegrasi kanak-kanak lainnya Periode perkembangan yang normal sebelum onset kelainan, diikuti oleh hilangnya keterampilan yang telah diperoleh dalam waktu beberapa bulan saja.
5	F84.4	:	Kelainan overaktif sehubungan dengan retardasi mental dan gerakan stereotype Kategori ini melibatkan anak-anak dengan retardasi mental berat (IQ <34) dengan masalah

			utama pada hiperaktifitas dan perhatian, di samping tingkah laku stereotype.
6	F84.5	:	Sindroma Asperger Interaksi sosial seperti autisma, minat dan aktifitas terbatas, stereotype, dan berulang. Tidak terdapat retardasi perkembangan bahasa atau kognitif. Kelainan ini sering berhubungan dengan gerakan yang kacau.
7	F84.8	:	Kelainan perkembangan ‘pervasif’ lainnya
8	F84.9	:	Kelainan perkembangan ‘pervasif’, tidak dijelaskan

F88 Gangguan perkembangan psikologis lainnya – agnosia perkembangan

F89 Gangguan perkembangan psikologis yang tidak dijelaskan

F90-F98: Kelainan tingkah laku dan emosi dengan awal biasanya pada masa kanak-kanak dan remaja

F90 Kelainan hiperkinetik

Biasanya balita, usaha aktifitas kognitif kurang, mengganti aktifitas tanpa penyelesaian, dan aktifitas tidak teratur serta berlebihan. Tidak punya sungkan pada orang dewasa dan dijauhi anak lain. Fungsi kognitif umum gagal, dan terlambat dalam perkembangan motoric dan bahasa.

**Tabel 29 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F90</b>		
1	F90.0	:	Kekacauan aktifitas dan perhatian
2	F90.1	:	Kelainan hiperkinetik disertai kelainan perangai
3	F90.8	:	Kelainan hiperkinetik lain.

4	F90.9	:	Kelainan hiperkinetik, tidak dijelaskan
---	-------	---	---

F91 Kelainan perangai (conduct disorders)

Kelakuan hiperaktif, dissosial, bandel dan persisten, yang lebih parah daripada kenakalan anak-anak atau remaja, berlangsung lama (enam bulan atau lebih). Contohnya berkelahi atau menjajah ('bullying') yang berlebihan, kasar pada orang lain atau binatang, merusak harta benda, membakar, mencuri, berbohong, bolos sekolah dan lari dari rumah, temper tantrum sangat sering dan berat, dan tidak patuh. Salah satu tingkah yang menonjol cukup untuk menegakkan diagnosis.

**Tabel 30 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F91</b>		
1	F91.0	:	Kelainan perangai yang hanya di dalam keluarga  Agresif (juga melawan, bandel dan disruptif [menghambat kegiatan]) yang hampir selalu terjadi di rumah dan dengan anggota keluarga inti atau anggota di rumah tangga
2	F91.1	:	Kelainan perangai tanpa sosialisasi Khas dengan kombinasi tingkah laku dissosial atau agresif dengan pervasif yang nyata dalam hubungannya dengan anak-anak lain
3	F91.2	:	Kelainan perangai sosialisasi Mencakup tingkah laku dissosial atau agresif pada orang-orang yang umumnya menyatu dengan baik dengan teman sebayanya.
4	F91.3	:	Kelainan bandel oposisional Kelainan perangai khas dengan tingkah laku melawan, tidak patuh atau disruptif tapi tidak melibatkan tindakan yang lebih ekstrim

5	F91.8	:	Kelainan perangai lainnya
6	F91.9	:	Kelainan perangai, tidak dijelaskan

F92 Kelainan campuran perangai dan emosi

Kelompok kelainan yang khas dengan kombinasi tingkah laku agresif, dissosial atau bandel, dengan gejala-gejala nyata depresi, cemas atau gangguan emosi lain.

**Tabel 31 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori F92	:	Deskripsi
1	F92.0	:	Kelainan perangai depresif Kombinasi kelainan perangai (F91.-) dengan depresi (F32.-), kehilangan minat akan aktifitas, menyalahkan diri, dan putus asa. Bisa terdapat gangguan tidur atau selera makan.
2	F92.8	:	Kelainan perangai dan emosi campuran, tidak dijelaskan

F93 Kelainan emosi dengan onset pada masa kanak-kanak

Terutama pemberatan terhadap trend perkembangan normal, bukan fenomena abnormal itu sendiri. Kesesuaian perkembangan digunakan sebagai gambaran kunci dalam perbedaan kelainan emosi ini dari kelainan neurosis (F40-F48).

**Tabel 32 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori F93	:	Deskripsi
----	----------------------	---	-----------

1	F93.0	:	Kelainan cemas perpisahan pada anak didiagnosis kalau takut berpisah merupakan fokus kecemasan dan kecemasan tersebut muncul pertama kali pada tahun-tahun awal masa kanak-kanak
2	F93.1	:	Kelainan cemas fobia pada anak Ketakutan masa kanak-kanak yang menunjukkan kespesifikan fase perkembangan dan terdapat pada sebagian besar anak, tapi derajatnya abnormal.
3	F93.2	:	Kelainan cemas sosial anak Disini terdapat kekhawatiran akan orang asing dan keengganan sosial, atau cemas kalau bertemu dengan situasi yang baru, asing, atau secara sosial mengancam. Misalnya kelainan hindaran masa kanak-kanak dan remaja.
4	F93.3	:	Kelainan persaingan pada saudara Kekacauan emosi yang biasanya mengikuti kelahiran adik diperlihatkan oleh sebagian besar anak yang masih kecil. Disebut juga "Sibling jealousy"
5	F93.8	:	Kelainan emosi kanak-kanak lainnya
6	F93.9	:	Kelainan perangai dan emosi campuran, tidak dijelaskan

F94 Kelainan fungsi sosial yang dimulai di masa kanak-kanak atau remaja

Merupakan kelompok yang memiliki kelainan fungsi sosial sama yang dimulai sewaktu perkembangan, tapi tidak melibatkan semua area fungsi sosial. Distorsi lingkungan yang serius mungkin memainkan peranan penting dalam etiologi sebagian besar kasus.

**Tabel 33 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F94</b>		

1	F94.0	:	Mutisme elektif Keadaan ‘bisu elektif’ ini khas dengan selektifnya kemampuan bicara yang ditentukan oleh emosi, misalnya anak mampu berbicara pada satu situasi namun tidak bisa bicara pada situasi (tertentu) lainnya.
2	F94.1	:	Kelainan tambahan bersifat reaktif pada anak Dimulai pada usia balita dan khas dengan kelainan persisten hubungan sosial.
3	F94.2	:	Kelainan tambahan anak-anak bersifat disinhibisi (tanpa hambatan) Merupakan pola fungsi sosial abnormal yang muncul pada usia balita dan cenderung bertahan walau pun keadaan lingkungan telah berubah.
4	F94.8	:	Kelainan fungsi sosial masa kanak-kanak lainnya
5	F94.9	:	Kelainan fungsi sosial masa kanak-kanak, tidak dijelaskan

#### F95 Kelainan Tic

Manifestasi utama suatu bentuk ‘tic’, yaitu gerakan motor yang tidak berirama atau suara tiba-tiba dan tanpa tujuan. Tic motorik umum sederhana hanya melibatkan pengedipan mata, getaran leher, mengangkat bahu, dan mengerutkan wajah. Tic vokalis umum sederhana mencakup pembersihan tenggorok, menghardik, membau-bau, dan mendesis.

**Tabel 34 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori	:	Deskripsi
	<b>F95</b>		
1	F95.0	:	Kelainan tic sementara Tic berlangsung kurang dari 12 bulan. biasanya berbentuk kedipan mata, kerutan wajah, dan getaran kepala.

2	F95.1	:	Kelainan tic motor atau vocal kronis Berupa tic motorik atau vokal tapi tidak keduanya, yang masing-masing bisa tunggal atau ganda, dan berlangsung lebih dari satu tahun.
3	F95.2	:	Kelainan tic motor atau vocal gabungan [de la Tourette] Suatu bentuk kelainan tic dengan satu atau lebih tic vokal, yang tidak harus muncul bersamaan. Biasanya makin berat selama remaja dan cenderung menetap di usia dewasa. Tic vokal sering muncul ganda dengan vokalisasi berulang yang meledak-ledak, pembersihan tenggorokan, dan menyumpah, dan bisa dengan penggunaan kata-kata atau ungkapan cabul. Bisa terdapat 'echopraxia' dengan gerakan badan yang bisa saja bersifat cabul (copropraxia).
4	F95.8	:	Kelainan tic lainnya
5	F95.9	:	Kelainan tic, tidak dijelaskan

F98 Kelainan tingkah laku dan emosi lain dengan awalnya anak atau remaja

Kelompok kelainan heterogen yang memiliki onset di masa kanak-kanak. Beberapa dari keadaan ini mewakili sindroma yang sudah jelas, namun pada yang lain tidak lebih daripada kompleks gejala yang perlu dimasukkan karena keseringannya dan hubungannya dengan masalah psikososial, dan karena tidak bisa dimasukkan ke dalam sindroma lain.

**Tabel 35 Blok Kategori V**

No	Blok Kategori F98	:	Deskripsi
1	F98.0	:	Enuresis non-organik Khas dengan kencing di luar kesadaran baik siang atau malam, tidak sesuai dengan usia mentalnya, dan tidak karena kurangnya

			kontrol ‘bladder’ akibat kelainan neurologis, serangan epilepsi, atau kelainan struktur saluran kencing.
2	F98.1	:	Enkopresis nonorganis Berak berulang baik sadar atau tidak, dengan kepadatan normal atau mendekati normal, pada tempat yang tidak sesuai dengan setting sosiokultural.
3	F98.2	:	Feeding disorder of infancy and childhood Kelainan pemberian makanan pada masa bayi atau kanak-kanak kecil..
4	F98.3	:	Pica pada bayi dan anak Memakan zat-zat bukan makanan (seperti tanah, cat, pecahan kayu, dsb.) secara persisten. Ini bisa merupakan bagian dari kelainan psikiatrik yang lebih luas (misalnya autisme), atau tingkah laku psikopatologis terpisah seperti pada klasifikasi ini.
5	F98.4	:	Kelainan gerakan stereotypical Gerakan sadar, berulang, stereotype, tanpa fungsi (dan sering berirama) yang bukan bagian dari keadaan psikiatrik atau neurologis yang dikenal. Gerakan yang tidak membahayakan diri sendiri antara lain ‘body-rocking’, ‘head rocking’, mencabut rambut, memutar rambut, ‘finger-flicking’, dan ‘hand-flapping’.
6	F98.5	:	Stuttering [stammering] – gagap Bicara khas dengan pengulangan atau pemanjangan suara suku kata atau kata, atau oleh seringnya keraguan atau penghentian yang mengganggu alur irama bicara.
7	F98.6	:	Cluttering Bicara yang cepat dengan gangguan kelancaran, tapi tidak disertai pengulangan atau keraguan, yang beratnya sampai menyebabkan pembicaraan tidak bisa dimengerti. Bicara sering salah dan tidak berirama, dengan getaran-getaran cepat yang biasanya menunjukkan pola kalimat yang tidak benar.

8	F98.8	:	Kelainan emosi dan tingkah laku dengan onset kanak-kanak dan remaja
9	F98.9	:	Kelainan emosi dan tingkah laku dengan onset kanak-kanak dan remaja  F98.9 Kelainan emosi dan tingkah laku dengan onset kanak-kanak dan remaja Kelainan tingkah laku dan emosional yang tidak dijelaskan, dengan onset biasanya di masa kanak-kanak dan remaja

F99: Kelainan Mental yang Tidak dijelaskan

F99 Kelainan mental, tidak dijelaskan

Menurut (Huffman, 1994) sebelum melakukan coding, ada baiknya petugas mengerti komponen apa saja yang harus diperhatikan dalam dokumen rekam medis, seperti diantaranya yaitu: *Assesment* pasien, rencana tindakan, tujuan rencana tindakan.

*Assesment* pasien untuk pasien mental dan kelainan perilaku diantaranya assesmen fisik, assesmen emosi dan perilaku, assesmen social, assesmen rekreasi, assesmen hukum, assesmen pendidikan, assesmen nutrisi, dan assesmen lainnya. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi tatalaksana yang dibutuhkan oleh pasien baik dari segi medis maupun dari pasien secara individu.

a. Assesmen Fisik

Pada pemeriksaan ini meliputi riwayat medis, alcohol, obat-obatan/narkoba, dan hasil laboratorium yang berkaitan.

b. Assesmen emosi dan perilaku

Item yang harus terdokumentasi diantaranya yaitu:

1. Riwayat dan masalah terkait emosi, perilaku, penyalahgunaan zat-zat tertentu (narkoba) sebelumnya dan tindakannya
2. Kondisi emosi pasien saat ini dan fungsi perilaku
3. Evaluasi langsung dari psikiatrik, apabila terindikasi
4. Pemeriksaan status mental yang tepat sesuai dengan usia pasien, apabila terindikasi
5. Pemeriksaan psikologi, apabila terindikasi
6. Evaluasi lain dari fungsi bahasa, kepedulian pada diri sendiri, kecenderungan dalam social dan fungsi visual-motor, apabila terindikasi

c. Asesmen sosial

Memuat informasi yang berhubungan dengan lingkungan pasien dan rumah, agama, riwayat masa kecil, riwayat dinas militer, status ekonomi, lingkup pertemanan, keadaan keluarga termasuk kondisi keluarga saat ini.

d. Asesmen rekreasi

Asesmen aktivitas yang berhubungan dengan kemampuan pasien, bakat, ketangkasan dan ketertarikan.

e. Asesmen hukum

Asesmen ini hanya dilakukan apabila terdapat riwayat hukum (tindakan criminal).

f. Asesmen pendidikan

Hanya dilakukan apabila terdapat riwayat menyangkut pendidikan akademik maupun non akademik.

g. Asesmen nutrisi

Asesmen ini tidak selalu dilakukan, hal ini mencatat mengenai makanan atau program diet yang harus dilaksanakan oleh pasien.

h. Asesmen lainnya

Hanya untuk keadaan dimana pasien membutuhkan asesmen khusus.

Contohnya :

1. Persetujuan untuk dilakukan pengasingan
2. Persetujuan untuk dilakukan penahanan/pasung
3. Persetujuan untuk dilakukan tindakan *electroconvulsive*
4. Tindakan sesudah pengobatan

i. Rencana tindakan

j. Isi/format rencana tindakan

Berisi tujuan dan objektivitas: rencana tindakan harus sesuai dengan kebutuhan pasien yang berdasarkan pada asesmen dan saling berhubungan dengan tujuan dari diberikannya tindakan perawatan kepada pasien.

e. Pengkodean (*coding*)

Kegiatan pengkodean adalah pemberian penetapan kode diagnosis penyakit dan tindakan medis berupa huruf dan angka atau kombinasi keduanya yang dapat dilihat di ICD-10 maupun ICD-9CM. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode

memiliki tanggung jawab atas keakuratan kode diagnosis dalam rekam medis (Budi, 2011).

Berikut adalah Sembilan langkah dasar dalam menentukan kode (Hatta, 2008):

1. Menentukan pernyataan yang akan dikode, buka ICD-10 volume 3. Untuk istilah penyakit atau cedera, kode yang digunakan adalah Bab I-XIX dan Bab XXI. Sedangkan untuk penyebab luar cedera (*external cause*), kode yang digunakan adalah pada Bab XX.
2. *Leadterm* untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda yang menunjukkan kondisi patologisnya. Tidak dianjurkan kata benda anatomi, kata sifat, ataupun kata keterangan sebagai *leadterm*.
3. Baca dengan teliti dan ikuti petunjuk catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih di volume 3.
4. Baca istilah dalam kurung “()” setelah *leadterm* dan istilah lain dibawah *leadterm* karena dapat mempengaruhi nomer kode.
5. Mengikuti setiap rujukan silang dengan hati-hati (*cross references*).
6. Melihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mendapatkan nomer kode paling tepat.
7. Mengikuti pedoman inklusi dan eksklusipada kode yang telah dipilih atau bagian bawah suatu bab, blok, kategori atau subkategori.
8. Menentukan kode yang dipilih.
9. Melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif.

Menurut (Budi, 2011), ketepatan dan kecepatan *coding* dari suatu diagnosis dipengaruhi oleh tulisan dokter yang tidak mudah dibaca, diagnosis yang tidak spesifik, dan ketrampilan serta kemampuan petugas *coding* dalam pemberian kode. Pengaruh hasil pengkodean berasal dari petugas medis dan petugas *coding*. Petugas medis menetapkan diagnosis tanpa boleh diubah oleh siapapun termasuk petugas rekam medis di unit rekam medis, dan petugas rekam medis hanya bertanggung jawab memberi kode diagnosis yang telah ditegakkan oleh petugas medis tanpa boleh melakukan perubahan.

Dalam aturan ICD, pasien yang kontrol terhadap kasus yang sama atau untuk monitoring kesehatan setelah mendapat perawatan/ tindakan, maka kode yang digunakan harus kode Z, bukan kode penyakit. Dalam aturan morbiditas ICD Vol. 2 menyebutkan bahwa apabila terdapat pasien yang meminta atau mendapatkan layanan kesehatan meskipun tidak dalam keadaan sakit; kondisi yang berkaitan tetap harus tercatat pada dokumen rekam medis. Kode yang digunakan adalah kode Bab 21 (Z00-Z99).

Adapun dalam melaksanakan kodifikasi tugas dokter dan koder berbeda menurut PERMENKES No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesia Case Base Group* (INA-CBG's) menyebutkan bahwa tugas dan tanggungjawab dokter adalah menuliskan diagnosis primer dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD 10, menulis seluruh tindakan/prosedur sesuai dengan ICD 9-CM yang telah dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap dan jelas selama pasien dirawat di rumah sakit.

Menurut PERMENKES No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesia Case Base Group* (INA-CBG's) menyebutkan bahwa tugas dan tanggungjawab koder adalah melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD9-CM untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien. Apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan /prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter. Apabila klarifikasi gagal dilakukan maka koder dapat menggunakan aturan (*rule*)MB 1 hingga MB 5.

f. Kelengkapan Rekam Medis

Menurut Permenkes no. 269 tahun 2008 menyebutkan bahwa dokumen rekam medis rawat jalan pada saran pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- i. Untuk pasien khusus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik, dan
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

1. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Secara Kuantitatif

Analisis kuantitatif rekam medis adalah untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan pasien di suatu pelayanan kesehatan yaitu dengan cara memperhatikan kelengkapan dan ketepatan isi formulir sesuai format (Hatta, 2013).

Melakukan *review* kelengkapan dan ketepatan pengisian dokumen rekam medis. *Review* yang dinilai menurut Huffman E.K (1994) diantaranya yaitu *review* identifikasi pasien, autentifikasi dokter/pemberi layanan medis, pencatatan perkembangan pasien, dan pelaporan tindakan yang telah dilaksanakan atau diberikan kepada pasien.

## 2. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Secara Kualitatif

Analisis kualitatif dokumen rekam medis bertujuan untuk menghindari pengisian yang tidak konsisten maupun pelanggaran pengisian rekam medis yang akan berdampak pada keakuratan dan kelengkapan rekam medis berupa rekam medis tidak akurat dan tidak lengkap (Hatta,2013).

Menurut Huffman E.K, dalam analisa kualitatif dapat dinilai dengan 6 *review*, yaitu *review* kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis, kekonsistenan dan kelengkapan pencatatan, pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan, adanya *informed consent*, cara atau praktik pencatatan, dan hal-hal yang dapat menyebabkan ganti rugi.

Menurut IFHIMA (2012), kualitas pencatatan dokumentasi yang prima mencakup 7 kriteria yaitu dapat dibaca, dapat dipercaya, tepat, lengkap, konsisten, jelas, dan tepat waktu.

### 1. Dapat dibaca */legible*

- a. Tulisan dokter dapat dibaca dan ditafsirkan
2. Dapat dipercaya /*reliable*
  - a. Aman, memberikan hasil yang sama saat diulang
3. Tepat /*precise*
  - a. Akurat, pasti
  - b. Terperinci, jika tersedia dan secara klinis tepat
4. Lengkap /*complete*
  - a. Memiliki isi yang maksimum (termasuk ketepatan autentikasi dokter, termasuk tanggal dan tandatangan)
  - b. Teliti
  - c. Pendokumentasian diagnostik meliputi:
    - i. Menuliskan keluhan pasien
    - ii. Mengintruksikan pemeriksaan
    - iii. Menuliskan hasil pemeriksaan
5. Konsisten /*consistent*
  - a. Tidak saling bertentangan
6. Jelas /*clear*
  - a. Jelas, tidak mengandung makna yang membingungkan, dimengerti, dan tidak diragukan
7. Tepat waktu /*timely*
  - a. Tepat waktu sesuai saat pelayanan

g. Keakuratan *coding*

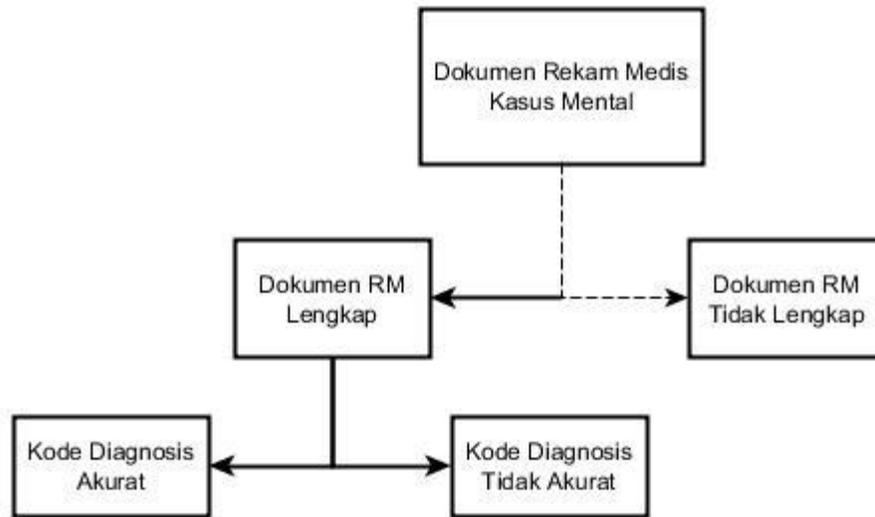
Dalam jurnal yang ditulis oleh Antik Pujihastuti, dkk pada tahun ( 2014) menyebutkan bahwa kode akan dikatakan akurat apabila *leadterm* dan teknik penelusuran dilakukan dengan benar sesuai dengan buku panduan ICD 10 Vol 2.

Faktor lain yang mempengaruhi keakuratan kode adalah ketepatan kode dari hasil penelusuran dokumen rekam medis. Hasil penelusuran yang baik memerlukan bahan penelusuran yang baik dalam bentuk dokumen rekam medis yang lengkap. Kelengkapan pengisian informasi penunjang dalam dokumen rekam medis merupakan penilaian terhadap tepat tidaknya penentuan diagnosis sebelum menelusuri kode pada ICD-10(Antik Pujihastuti, 2014).

Menurut WHO tahun 2004 dalam ICD Vol.2, kode yang dianggap akurat yaitu memiliki kesesuaian dengan kondisi pasien beserta segala tindakan yang terlaksana, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang berlaku. Kebanyakan kategori yang dibagi akan diberikan 4 karakter kode nomor pada indeks. Suatu *dash* pada urutan ke-4 (misal F10.-) memiliki makna bahwa kategori sudah dibagi dan karakter ke-4 merujuk kepada daftar tabular. Penggunaan sistem *degger* (†) dan *asterisk* (\*) memiliki aplikasi pada pernyataan yang akan mendapat dua kode.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keakuratan kode diantaranya yaitu kelengkapan diagnosis penyakit, kemampuan petugas *coding* membaca diagnosis dengan benar guna menentukan kode dengan *leadterm* yang benar(Sudra, 2008).

## B. Kerangka Konsep



**Gambar 1 Kerangka Konsep**

Keterangan :

.....▶ : Tidak diteliti

————▶ : Diteliti

Dalam penelitian ini peneliti meneliti kelengkapan dokumen rekam medis rawat jalan dengan kasus kode *mental and behavioural disorders*. Komponen kelengkapan yang akan diteliti diantaranya yaitu:

1. Keterisian identifikasi pasien berupa nama, usia dan jenis kelamin.
2. Adanya autentifikasi pemberi layanan dalam hal ini dokter berupa tandatangan dan nama terang dokter.
3. Adanya laporan penunjang berupa hasil pemeriksaan fisik.
4. Penegakkan diagnose atau assasmen dari dokter.
5. *Planning* tindakan yang akan diberikan kepada pasien.

6. Pencatatan atau cara pencatatan pemberi layanan kepada pasien apakah sudah jelas sesuai dengan 7 kriteria pencatatan yang berkualitas.

Keakuratan kode diteliti dengan melihat diagnosis yang ditegakkan oleh dokter dengan kode yang diberikan. Setelah dapat membaca diagnosis yang ditegakkan oleh dokter, berikutnya yaitu ditelusuri kesesuaian dan keakuratan kode berdasarkan *leadterm* yang digunakan.

### **C. Hipotesis**

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ho: Tidak ada hubungan antara kelengkapan dokumen rekam medis dengan keakuratan kode diagnosis *mental and behavioural disorders*.

Ha: Ada hubungan antara kelengkapan dokumen rekam medis dengan keakuratan kode diagnosis *mental and behavioural disorders*