

DAFTAR ICD-10

ICD-10 SYMPTOM CHECKLIST FOR MENTAL DISORDERS

Psychoactive Substance Use Syndromes Module

The ICD-10 Symptom Checklist for Mental Disorders

© World Health Organization 2004

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications—whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Publications, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

Acknowledgements

Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization by Dr Ratna Mardiaty; Satya Joewana, Catholic University Atma Jaya, Jakarta; Dr Hartati Kurniadi; Isfandari, Indonesia Ministry of Health and Riza Sarasvita, Fatmawati Drug Dependence Hospital, Jakarta.

DAFTAR ICD-10

Psychoactive Substance Use Syndromes Module

Pertanyaan berikut ini adalah tentang gejala-gejala yang berhubungan dengan penggunaan heroin anda, untuk mana saat ini anda sedang diobati. **Pertanyaan ini mengacu pada masa sebulan sebelum anda memulai PRM.**

[Untuk item berikut ini, diperbolehkan nama pengganti yang sesuai dengan jenis zat yang digunakan]

1. Apakah dalam sebulan sebelum mengikuti program rumatan methadone anda memiliki hasrat yang sangat kuat untuk menggunakan heroin? ('suges/nagih') ya tidak
2. Apakah anda sulit atau tidak mungkin mengendalikan penggunaan heroin anda pada waktu sebulan sebelum mengikuti PRM? ya tidak
3. Apakah anda pernah mengalami gejala putus zat (sakau) bila tidak menggunakan heroin pada waktu sebulan sebelum mengikuti PRM? ya tidak
4. Apakah anda menggunakan heroin untuk menghilangkan atau menghindari gejala putus zat pada waktu sebulan sebelum mengikuti PRM? ya tidak
5. Apakah anda membutuhkan heroin lebih banyak lagi untuk dapat merasakan efek fisik dan mental yang sama (toleransi) pada waktu sebulan sebelum mengikuti PRM? ya tidak
6. Pada waktu sebulan sebelum mengikuti PRM, apakah anda cenderung untuk tidak mengganti-ganti pola penggunaan heroin anda pada waktu sebulan sebelum mengikuti PRM? ya tidak
7. Apakah anda semakin mengabaikan kesenangan dan minat lainnya demi memuaskan penggunaan heroin anda pada waktu sebulan sebelum mengikuti PRM? ya tidak
8. Apakah anda mengalami dampak buruk psikologis dan fisik akibat penggunaan heroin anda pada waktu sebulan sebelum mengikuti PRM? ya tidak
9. Apakah anda tetap menggunakan heroin sekalipun anda mengetahui dengan jelas dampak buruk yg ditimbulkannya pada waktu sebulan sebelum mengikuti PRM? ya tidak
10. Berapa lama anda mengalami pola penggunaan Heroin yang tersebut di atas?
a. dlm thn
b. dlm bln

Ketergantungan diindikasikan jika **3 atau lebih** gejala-gejala 1, 2, 3, 5, 7 dan 9 ada pada diri individu.

11. a. **Catat bila gejala ketergantungan opioida (F11.2) tampak** Ya Tidak
b. Jika "Ya", catat jenis opioidanya: _____