

PERBANDINGAN ANTARA DIAGNOSIS YANG SERING DITEGAKKAN DAN POSSIBLE DIAGNOSIS YANG DIPREDIKSIKAN OLEH PERAWAT PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA

THE DIFFERENCE BETWEEN DIAGNOSES ESTABLISHED AND POSSIBLE DIAGNOSES PREDICTED BY NURSES ON CLIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Intansari Nurjannah¹, Dewi Retno Pamungkas², Sri Warsini¹

¹Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

²Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Akhmad Yani, Yogyakarta

Korespondensi: intansarin@ugm.ac.id

ABSTRACT

Background: There is not enough information related to the accuracy of nursing and collaborative diagnoses established by nurses in psychiatric setting in Indonesia.

Objective: The objective of this study was to identify the correspondence between nursing and collaborative diagnoses established and predicted by nurses.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study which employed 81 nurse respondents. Data were collected in 2013 using two types of questionnaires. The first questionnaire was used to identify the most frequent nursing and collaborative diagnoses encountered by the nurses. The second questionnaire was used to identify data which were most frequently identified by the nurses. The second questionnaire was developed based on the sequence in the Intan's Screening Diagnosis Assessment (ISDA).

Results: The results indicated that there were 46 nursing diagnosis labels established by the nurses. Of the 46 nursing diagnosis labels, only 13 (28.26%) corresponded precisely to the labels in North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) taxonomy (2012-2014) of nursing diagnoses. As many as 11 diagnoses (23.91%) could be included as key concepts (or diagnostic foci) in NANDA taxonomy. However, these nursing diagnosis labels did not written correctly as in NANDA labels. There were also 22 diagnosis (47%) labels not listed in NANDA taxonomy.

Conclusion: The majority of nursing diagnosis labels did not match with nursing diagnosis labels in NANDA taxonomy.

Keywords: nursing diagnoses, possible diagnoses, mental disorders

INTISARI

Latar Belakang: Belum banyak informasi terkait akurasi diagnosis keperawatan dan kolaboratif yang dibuat perawat dalam setting keperawatan jiwa di Indonesia.

Tujuan: Tujuan dari penelitian ini untuk mengidentifikasi kesesuaian antara diagnosis keperawatan dan kolaboratif yang sudah ditegakkan dan yang diduga oleh perawat.

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* yang melibatkan 81 responden perawat. Data dikumpulkan pada tahun 2013 menggunakan 2 kuesioner. Kuesioner pertama digunakan untuk mengetahui diagnosis keperawatan dan kolaboratif yang paling sering ditegakkan oleh perawat. Kuesioner kedua digunakan untuk mengidentifikasi data yang paling sering ditemukan oleh perawat. Kuesioner kedua dikembangkan berdasarkan Intan's Screening Diagnosis Assessment (ISDA).

Hasil: Dari hasil penelitian didapati terdapat 46 label diagnosis keperawatan dibuat oleh perawat. Dari 46 label diagnosis keperawatan hanya 14 label diagnosis (28,26%) yang sesuai dengan label diagnosis berdasarkan taxonomi *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA) (2012-2014). Sebanyak 11 diagnosis (23,91%) dapat tercakup sebagai konsep penting (atau fokus diagnostik) dalam taksonomi NANDA. Namun label diagnosis keperawatan tersebut tidak dituliskan secara benar sesuai label NANDA. Selain itu ada juga 22 label diagnosis yang dituliskan tidak sesuai taksonomi NANDA.

Kesimpulan: Mayoritas label diagnosis keperawatan yang dituliskan perawat tidak sesuai dengan label diagnosis keperawatan dalam taksonomi NANDA.

Kata kunci: diagnosis keperawatan, kemungkinan diagnosis, gangguan jiwa

PENDAHULUAN

Kebutuhan pelayanan psikiatri terus meningkat setiap tahun. Salah satu contohnya adalah peningkatan kunjungan poliklinik di Yogyakarta dimana pada tahun 2004 meningkat sebanyak 50% dibandingkan dengan tahun 2003.¹

Bertambahnya jumlah peningkatan kebutuhan ini tentunya perlu diantisipasi dengan peningkatan jumlah dan kualitas pelayanan pada penderita gangguan jiwa. Faktor yang mempengaruhi penyediaan pelayanan psikiatri contohnya adalah tidak cukupnya pembiayaan dari pemerintah, fasilitas yang kurang dan sumber daya manusia. (1)² Kurangnya sumber daya manusia di sini meliputi jumlah dan kualitas dari petugas kesehatan professional misalnya dokter dan perawat.

Indonesia hanya memiliki 51 rumah sakit jiwa dengan kapasitas tempat tidur pada tahun 2006 adalah sebanyak 8.630.³ Saat ini hanya lima rumah sakit yang dikelola oleh departemen kesehatan pusat, sisanya dikelola oleh pemerintah daerah setiap provinsi. Kebijakan desentralisasi sejak tahun 2001 menyebabkan adanya variasi dalam praktek dan standard dalam pelayanan psikiatri di seluruh Indonesia.⁴

Setiap institusi psikiatrik memiliki standar protokol sendiri untuk pasien pada saat pasienditerima di rumah sakit, ditangani dan dipulangkan. Proses pelayanan di rumah sakit utamanya adalah oleh perawat yang bertugas 24 jam penuh mengawasi klien.

Perawat, sebagai salah satu ujung tombak pemberi pelayanan kesehatan saat memberikan asuhan keperawatan pada klien menggunakan proses keperawatan. Pengkajian keperawatan adalah salah satu tahap dalam proses keperawatan yang sangat penting karena dari hasil pengkajian keperawatan perawat akan mampu menentukan apa masalah/diagnosis keperawatan dan masalah kolaboratif/diagnosis risiko komplikasi⁵ yang dialami oleh pasien. Selain itu, memungkinkan perawat untuk mampu secara tepat membuat perencanaan dalam merawat pasien.

Berdasarkan pengalaman peneliti selama ini didapati data bahwa perawat tidak mempunyai

urutan yang runut saat melakukan pengkajian dan penegakan diagnosis keperawatan. Fenomena lain yang dijumpai adalah perawat mempunyai data tertentu tetapi kebingungan untuk menentukan data tersebut mendukung diagnosis keperawatan yang mana. Atau sebaliknya, perawat mempunyai prediksi pasien mempunyai diagnosis tertentu tetapi tidak tahu data apa yang perlu dikaji untuk mendukung diagnosis tersebut muncul.⁶

Dokumentasi hasil Konferensi Nasional (KONAS) perawat jiwa VII di Bali pada tahun 2010 menunjukkan bahwa beberapa diagnosis keperawatan yang diangkat oleh perawat dalam beberapa makalah tidak sesuai dengan kaidah penulisan diagnosis keperawatan yang tepat dalam hal ini taksonomi NANDA.⁷ Padahal sejak KONAS jiwa yang ketiga di Yogyakarta tahun 2006 disebutkan bahwa NANDA digunakan dalam keperawatan jiwa di Indonesia. NANDA adalah salah satu *Standardized Nursing Language (SNL)* yang digunakan secara luas di dunia dan telah diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa yaitu bahasa Indonesia, *Basque, Orthodox Chinese, Czech, Dutch, English, Estonian, French, German, Italian, Japanese, Portuguese, Spanish (European and Hispanoamerican edition), dan Swedish.*⁸

Hasil KONAS perawat jiwa VII juga menetapkan hanya terdapat sepuluh urutan diagnosis utama dalam keperawatan jiwa. Penentuan sepuluh urutan diagnosis keperawatan ini pada dasarnya tidak sesuai dengan falsafah ilmu keperawatan sendiri dimana diagnosis keperawatan adalah merupakan respon terhadap stimulus.⁹

Berdasarkan hal tersebut, sangat mendesak dilakukan penelitian untuk menemukan informasi terkait dengan diagnosis keperawatan yang dialami klien dengan masalah kesehatan jiwa. Informasi ini bisa ditelusuri melalui pengidentifikasian data yang dialami klien yang diobservasi oleh perawat. Pengetahuan perawat mengenai diagnosis keperawatan juga perlu ditelusuri untuk melihat adakah kesesuaian/ketidaksesuaian antara data yang sebenarnya terdapat pada klien dibandingkan dengan diagnosis keperawatan apa yang dialami oleh klien.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi perbedaan antara diagnosis keperawatan dan kolaborasi yang sering ditegakkan oleh perawat dengan prediksi diagnosis keperawatan dan kolaborasi berdasarkan data yang paling banyak ditemukan oleh perawat.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dengan jenis deskriptif *cross-sectional*. Responden dalam penelitian ini adalah 81 orang perawat di salah satu rumah sakit jiwa di Indonesia. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Februari – Maret 2013. Pengumpulan data dilakukan dengan cara mendistribusikan kuesioner pada calon responden. Sebelumnya pada peserta diberikan lembar informasi dan juga lembar persetujuan (*informed consent*). Apabila peserta bersedia menjadi responden maka kepada peserta diberikan lembar kuesioner.

Dua instrumen digunakan dalam pengumpulan data. Instrumen pertama adalah instrumen yang berisi pertanyaan data demografi dan pertanyaan terbuka untuk mengetahui diagnosis keperawatan dan kolaboratif apa yang paling sering ditegakkan oleh perawat sesuai dengan pengalaman perawat selama bekerja. Instrumen kedua merupakan instrumen dengan untuk mengetahui berdasarkan pengalaman perawat, data pasien apa saja yang paling sering diidentifikasi oleh perawat. Persetujuan etik didapatkan dari komite etik Fakultas Kedokteran UGM.

Analisis data terdiri dari: 1) Pengidentifikasian diagnosis keperawatan yang sering ditemui oleh perawat dari instrumen pertama. 2) Data yang paling sering diidentifikasi oleh perawat dari pasien dari instrumen kedua kemudian dikembangkan prediksi kemungkinan diagnosis keperawatan dan diagnosis kolaborasi. 3) Kedua kelompok diagnosis keperawatan dan kolaborasi dari tahap pertama (yang paling sering ditegakkan oleh perawat) dan kedua (*possible diagnosis* berdasarkan data yang paling sering ditemui) kemudian dibandingkan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Responden penelitian mayoritas wanita (n= 50; 61,73%). Tingkat pendidikan responden paling banyak adalah level D3 yaitu sebanyak 45 perawat (55,56%). Informasi hasil penelitian juga menunjukkan bahwa usia rata-rata responden adalah 35,44 dengan standar deviasi $\pm 5,69$ tahun dan lama rata-rata bekerja adalah 11,23 tahun dengan standar deviasi $\pm 7,98$.

Diagnosis Keperawatan Yang Ditegakkan Oleh Perawat (Kuesioner Pertama)

Total keseluruhan jenis diagnosis yang pernah ditegakkan oleh perawat adalah sebanyak 46 jenis diagnosis keperawatan yang dapat dilihat dalam Tabel 1.

Dari 46 jenis diagnosis keperawatan yang diidentifikasi oleh perawat hanya terdapat 13 diagnosis keperawatan (28,26%) yang sesuai penulisan labelnya dengan kaidah taksonomi NANDA tahun 2012-2014 oleh Herdman (2011) Selebihnya, dari 33 diagnosis 11 diantaranya (23,91%) ditulis menggunakan ketentuan yang tidak sesuai dengan taksonomi NANDA namun dapat dikategorikan sesuai taksonomi NANDA karena masih termasuk dalam *diagnostic foci* dalam taksonomi NANDA. Bahkan sisanya (n=22, 47,83%) tidak terdapat dalam label diagnosis sesuai taksonomi NANDA.

Kelompok pertama yaitu diagnosis yang sesuai dengan label NANDA. Label diagnosis keperawatan yang ditulis perawat yang sesuai dengan label NANDA adalah:

1. Risiko bunuh diri
2. Isolasi sosial
3. Kerusakan komunikasi verbal
4. Kerusakan Interaksi Sosial
5. Ketidakberdayaan
6. Cemas
7. Koping tidak efektif
8. Kurang pengetahuan

Tabel 1. Label Diagnosis Keperawatan yang Teridentifikasi

No	Label Diagnosis Keperawatan	Jumlah Responden
1	Perilaku kekerasan	43
2	Risiko perilaku kekerasan	43
3	Risiko bunuh diri	37
4	Isolasi sosial	36
5	Gangguan proses pikir	30
6	Gangguan persepsi sensori	28
7	Harga diri rendah	22
8	Defisit perawatan diri	20
9	Kerusakan komunikasi verbal	16
10	Sindrom defisit perawatan diri	9
11	Gangguan persepsi sensori: halusinasi	9
12	Kerusakan Interaksi Sosial	7
13	Gangguan proses pikir: waham	7
14	Ketidakterdayaan	5
15	Perubahan proses pikir	5
16	Perubahan persepsi sensori	4
17	Berduka disfungsi	3
18	Menarik diri	3
19	Cemas	3
20	Gangguan konsep diri: harga diri rendah	2
21	Koping tidak efektif	2
22	Gangguan proses pikir: waham bersalah	1
23	Sindrom Defisit Perawatan diri	1
24	Kurang pengetahuan	1
25	Keputusan	1
26	Kesiapan peningkatan pengetahuan tentang:...	1
27	Koping individu tidak efektif	1
28	Manajemen regimen terapeutik tidak efektif	1
29	Ketidakterdayaan	1
30	Kesiapan meningkatkan... kesehatan (wellness)	1
31	Discharge Planning	1
32	Risiko bunuh diri (risk suicide)	1
33	Powerlessness	1
34	Gangguan konsep diri	1
35	Kurang pengetahuan tentang...	1
36	Koping individu tidak efektif	1
37	Regimen terapi tidak efektif	1
38	Kecemasan	1
39	Defisit Self Care/syndroma	1
40	Gangguan persepsi sensori halusinasi	1
41	Defisit perawatan diri dan sindrom	1
42	Persepsi sensori halusinasi	1
43	Defisit perawatan diri: ...	1
44	Gangguan proses pikir: waham kebesaran	1
45	Gangguan proses pikir waham	1
46	Waham	1

9. Keputusan
10. Ketidakterdayaan
11. Risiko bunuh diri (*Risk for Suicide*)
12. Powerlessness
13. Kecemasan

Kelompok kedua merupakan diagnosis keperawatan yang diidentifikasi perawat yang terdapat di NANDA, akan tetapi penulisan labelnya tidak sesuai dengan label dalam NANDA 2012-2014. Daftar diagnosis yang diidentifikasi perawat tersebut adalah:

1. Risiko perilaku kekerasan
2. Harga diri rendah
3. Defisit perawatan diri
4. Gangguan konsep diri: harga diri rendah
5. Kesiapan peningkatan pengetahuan tentang:
6. Koping individu inefektif
7. Kurang pengetahuan tentang...
8. Koping individu tidak efektif
9. Defisit *Self Care*/syndroma
10. Defisit perawatan diri dan sindrom
11. Defisit perawatan diri:

Sementara label diagnosis di bawah ini merupakan diagnosis keperawatan yang diidentifikasi responden akan tetapi tidak ada di NANDA 2012-2014, yaitu:

1. Gangguan persepsi sensori
2. Gangguan persepsi sensori: halusinasi
3. Perubahan persepsi sensori
4. Perilaku kekerasan
5. Gangguan proses pikir
6. Sindrom defisit perawatan diri
7. Gangguan proses pikir: waham
8. Perubahan proses pikir
9. Berduka disfungsi
10. Menarik diri
11. Gangguan proses pikir: waham bersalah
12. Sindrom defisit perawatan diri
13. Manajemen regimen terapeutik tidak efektif
14. Kesiapan — meningkatkan — kesehatan
15. Discharge planning
16. Gangguan konsep diri
17. Regimen terapi tidak efektif
18. Gangguan persepsi sensori halusinasi
19. Persepsi sensori halusinasi
20. Gangguan proses pikir: waham kebesaran
21. Gangguan proses pikir waham
22. Waham

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden menuliskan label diagnosis yang tidak sesuai dengan taksonomi NANDA 2012-2014. Hal ini menimbulkan pertanyaan yaitu rujukan apakah yang digunakan oleh responden perawat dalam menegakkan diagnosis keperawatan. Sedikitnya label diagnosis keperawatan yang

sesuai dengan taxonomi NANDA menunjukkan bahwa responden perawat belum menggunakan SNL yang bisa diterima secara internasional. Responden perawat mempertimbangkan bahwa label diagnosis yang ditegaskan tersebut dikenal dan dimengerti oleh kolega di rumah sakit tempat mereka bekerja. Akan tetapi, penggunaan label tanpa rujukan yang terstandar memungkinkan terjadinya miskomunikasi antara petugas kesehatan khususnya sesama perawat. Hal ini telah disebutkan oleh McCloskey and Bulechek¹¹ bahwa perbedaan dalam profesi keperawatan akan menyulitkan untuk berkomunikasi antara satu perawat dengan perawat yang lain. Kesulitan komunikasi dapat terjadi pada saat pasien perlu dirujuk atau di pulangkan ke komunitas. Perawat di setting pelayanan kesehatan yang lain (misalnya komunitas) mungkin tidak memahami istilah diagnosis keperawatan yang disebutkan apabila perawat tidak menggunakan rujukan yang sama.

Akibat lain dari tidak berjalannya komunikasi antar petugas kesehatan antara lain adalah tidak adanya keberlanjutan perawatan pada pasien yang dirujuk atau dipulangkan. Pentingnya penggunaan SNL dalam hal komunikasi adalah bahwa dengan menggunakan SNL maka perawat akan dimengerti dan dihargai sebagai suatu profesi.¹² Selain itu, aktivitas keperawatan akan dapat menunjukkan perbedaan.¹² *Standardized Nursing Language* (SNL) juga akan menjadi sumber kebanggaan bagi profesi keperawatan.¹¹

Penyebutan '*discharge planning*' sebagai salah satu diagnosis keperawatan oleh responden juga menunjukkan bahwa perawat belum mampu membedakan label diagnosis dengan label *Nursing Intervention Classification* (NIC), karena '*discharge planning*' adalah label NIC dan bukan diagnosis.¹³

Kondisi banyaknya diagnosis keperawatan yang tidak sesuai dengan label diagnosis dalam taksonomi NANDA¹⁴ disebabkan karena responden belum familiar dengan taksonomi NANDA. Meskipun taksonomi NANDA tahun 2012-2014 telah diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia, tetapi sosialisasi terkait taksonomi NANDA belum banyak dilakukan.

Sepuluh Besar Data Paling Banyak Diidentifikasi Oleh Perawat

Hasil pengumpulan data dari kuesioner kedua adalah responden menuliskan data-data yang paling sering ditemukan pada pasien yang selama ini mereka rawat di rumah sakit jiwa. Berikut data data yang dapat diidentifikasi responden:

1. Klien didiagnosis penyakit mental misalnya depresi, schizoprenia, bipolar, psychosis
2. Klien mengkonsumsi obat antipsikotik
3. Klien tampak mengalami halusinasi
4. Riwayat perilaku kekerasan
5. Klien tampak mengalami kesulitan dalam persepsi terhadap realitas
6. Klien mengalami delusi/waham
7. Melakukan perilaku kekerasan (misalnya memukul/menendang/— meludahi/berteriak teriak, dll)
8. Klien menyatakan merasa marah
9. Klien menunjukkan tidak realistis terhadap realita (kejadian, kompetensi pribadi)
10. Klien menunjukkan tingkah laku aneh

Data-data tersebut merupakan data-data utama yang mengarah pada prediksi diagnosis tertentu. Proses memprediksi diagnosis tersebut menggunakan panduan yang ada dalam *Intan's Screening Diagnoses Assessment (ISDA)*.¹⁰

Berdasar sepuluh data terbanyak yang diidentifikasi oleh perawat, kemudian perawat memprediksi *possible diagnosis* keperawatannya sesuai dengan label dalam NANDA taxonomy 2012-2014. *Possible diagnosis* keperawatan yang ditegakkan responden adalah:

1. Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain
2. Deprivasi tidur
3. Risiko bunuh diri
4. Risiko mutilasi diri
5. Konfusi akut
6. Kepedihan kronis
7. Koping defensif
8. Defisiensi pengetahuan
9. Gangguan identitas pribadi
10. Keputusan
11. Ketidakefektifan kontrol impuls

12. PC: *Antipsychotic* TAE
13. Sindrom pascatrauma
14. Ketidakberdayaan
15. Risiko konstipasi
16. Risiko jatuh
17. Risiko ketidakmampuan menjadi orang tua
18. Risiko hambatan religiositas
19. Risiko ketidakefektifan perencanaan aktivitas
20. Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri
21. Risiko distres spiritual
22. Mutilasi diri
23. Distres spiritual
24. Stres berlebihan

Sebanyak sepuluh data yang paling banyak diidentifikasi oleh responden perawat menunjukkan bahwa gejala-gejala yang khas ditemui pada pasien gangguan jiwa mayoritas terkait dengan data mengenai perilaku. Hal ini menjelaskan mengapa perawat menegakkan diagnosis keperawatan 'waham' atau 'halusinasi', yang sebenarnya dalam taksonomi NANDA, keduanya bukanlah label suatu diagnosis tetapi sebagai symptoms atau etiologi dari diagnosis keperawatan.

Halusinasi dalam taksonomi NANDA adalah sebagai *symptoms* dari diagnosis keperawatan *Acute Confusion* dan *Sleep Deprivation*. Sementara 'waham' merupakan symptoms dari diagnosis keperawatan *Disturbed Personal Identity*.⁸

Perbandingan Antara Diagnosis yang Ditegakkan Sesuai Pengalaman dan Possible Diagnosis Yang Diprediksikan

Di antara diagnosis yang pernah ditegakkan oleh perawat dan prediksi *possible diagnosis* berdasarkan data yang paling sering ditemukan dari pasien ditemukan hanya dua label diagnosis keperawatan yang cocok atau sesuai. Kedua diagnosis keperawatan tersebut adalah: risiko kekerasan pada orang lain dan risiko bunuh diri.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan atau 'gap' antara diagnosis keperawatan yang ditegakkan oleh perawat dengan prediksi diagnosis keperawatan. Meskipun hanya merupakan prediksi diagnosis keperawatan,

tetapi diagnosis hanya bisa ditegakkan apabila gejala atau faktor risiko dapat diidentifikasi. Hasil penelitian yang menunjukkan adanya kesenjangan antara diagnosis keperawatan yang ditegakkan dan prediksi diagnosis keperawatan menunjukkan kemungkinan ketidakakuratan dalam penegakan diagnosis. Padahal akurasi dalam penegakan diagnosis keperawatan sangat penting dalam proses keperawatan.

Faktor yang mempengaruhi keakuratan dalam menegakkan diagnosis antara lain adalah kemampuan berpikir kritis.¹⁵ Berpikir kritis sangat penting dalam proses mendiagnosis atau *diagnostic reasoning process*. *Diagnostic reasoning process* sendiri didefinisikan sebagai komponen dalam membuat keputusan klinis yang melibatkan pengenalan tanda dan analisis data dalam situasi klinis. Proses ini akan akhirnya memunculkan label diagnosis dengan menganalisis tanda dan proses untuk ini bervariasi sesuai dengan fungsi dari tugasnya yang kompleks.¹⁶

Faktor lain yang mempengaruhi keakuratan dalam mendiagnosis adalah kepercayaan diri yang terlalu besar.¹⁷ Rata-rata lama pengalaman kerja yang lama dari responden mungkin menyebabkan responden merasa lebih yakin dalam mendiagnosis, sementara secara literatur, taksonomi NANDA dari berbagai edisi mengalami perubahan dari satu edisi ke edisi berikutnya.

Penggunaan metode dalam mendiagnosis juga mempengaruhi keakuratan dari diagnosis keperawatan. Studi yang dilakukan oleh Nurjannah *et al.*¹⁸ menunjukkan bahwa penggunaan *6 steps of diagnostic reasoning method* terbukti telah meningkatkan kemungkinan penegakan diagnosis keperawatan yang lebih akurat dibandingkan metode empat langkah. (2) Akan tetapi penelitian ini tidak mengeksplorasi metode apa yang digunakan oleh perawat dalam proses *diagnostic reasoning*.

Studi lain menunjukkan bahwa cara penulisan format PES juga akan mempengaruhi keakuratan dalam membuat diagnosis.¹⁵ Meskipun cara penulisan dengan format PES ini penting, tetapi tentunya hal ini tidak mutlak memastikan bahwa pendiagnosisan menjadi akurat.

Lunney¹⁹ di lain pihak menyebutkan bahwa rendahnya akurasi dalam mendiagnosis bisa juga disebabkan oleh banyaknya jumlah data yang tidak relevan. Informasi mengenai apakah data yang dikumpulkan oleh responden merupakan data yang relevan dengan diagnosis dapat ditelusuri melalui format pengkajian yang digunakan oleh responden di rumah sakit ini. Hanya saja penelitian ini tidak mengeksplorasi format pengkajian tersebut sehingga kepastian apakah kemungkinan ketidakakuratan memang dikarenakan data yang tidak relevan atau karena hal lain tidak dapat dipastikan dari hasil penelitian ini.

Adanya kesenjangan antara diagnosis keperawatan yang sering ditegakkan dengan prediksi diagnosis keperawatan mungkin juga disebabkan karena responden memang tidak menggunakan rujukan dalam menegakkan diagnosis keperawatan. Rujukan, bagaimanapun, merupakan pemicu pengetahuan yang mempunyai efek pada proses mendiagnosis.¹⁵ Menurut Lunney²⁰, buku dipertimbangkan sebagai sumber pengetahuan yang memberikan petunjuk bagi perawat dalam mendokumentasikan diagnosis keperawatan yang akurat.

Paans *et al.*²¹ menambahkan bahwa ketidakakuratan penegakan diagnosis dapat dipengaruhi oleh banyak faktor lain, misalnya: kondisi pasien yang parah, pengalaman menegakkan diagnosis, kemampuan *reasoning*, implementasi taksonomi NANDA, latar belakang pendidikan, beban kerja, jumlah pasien, dan lain sebagainya.

Paans *et al.*²¹ juga menyebutkan bahwa untuk meningkatkan keakuratan dalam penegakan diagnosis bisa dengan menggunakan referensi terkait struktur klasifikasi (contohnya taksonomi NANDA), atau dapat juga dengan menggunakan sistem komputerisasi dokumentasi. Rumah sakit tempat penelitian ini dilakukan belum menggunakan sistem komputerisasi dalam pendokumentasiannya. Hal ini mungkin merupakan salah satu penyebab adanya kesenjangan antara diagnosis keperawatan yang sering ditegakkan oleh perawat dibandingkan dengan prediksi diagnosis keperawatan berdasarkan data yang paling sering diidentifikasi oleh perawat.

KESIMPULAN DAN SARAN

Mayoritas diagnosis keperawatan yang ditegakkan oleh responden tidak sesuai dengan label diagnosis dalam taksonomi NANDA 2012-2014. Selain itu, terdapat kesenjangan antara diagnosis keperawatan yang sering ditegakkan oleh perawat dan prediksi *possible* diagnosis keperawatan berdasarkan data yang paling banyak diidentifikasi oleh responden.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat ditindaklanjuti dengan adanya sosialisasi SNL yang dipahami oleh perawat secara global. Perawat juga perlu menggunakan referensi yang dapat dipertanggungjawabkan dalam menentukan diagnosis keperawatan.

Selain itu perlu adanya usaha untuk meningkatkan kemampuan dalam *diagnostic reasoning process*.

Penelitian lanjutan yang direkomendasikan adalah eksplorasi lebih lanjut mengenai diagnosis keperawatan apa yang sebenarnya paling banyak ditemukan di *setting* psikiatrik.

REFERENSI

1. Siswono. Sangat Besar, Beban akibat Gangguan Jiwa. 2001 [cited 2007 25 July]; Available from: <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1002779805,55571>.
2. Nurjannah I, Warsini S, Mills J. Comparing methods of diagnostic reasoning in nursing. *Journal of Nursing and Health Care*. 2013; 1(1).
3. Departemen Kesehatan. Daftar Rumah Sakit Indonesia. 2007 [cited 2007 27 July]; Available from: http://www.yanmedik-depkas.net/statistik_rs_2007/daftar_rs/menuRS.htm.
4. Wilujani A. Pemahaman Baru, Harapan Baru. 2001 [cited 2007 27 July]; Available from: <http://www.tempointeraktif.com/hg/nusa/jawamadura/2005/02/21/brk,20050221-55.id.html>.
5. Carpenito L, J, M. *Nursing Diagnoses Application to Clinical Practice*. 13, editor. Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia: 2010.
6. Nurjannah I. *Proses Keperawatan NANDA, NOC dan NIC (Indonesian language)*. Mocomedia; Yogyakarta: 2010.
7. Fitria N. *Rekomendasi Konas Keperawatan Jiwa VII di Bali*. 2010 [cited 2012 3 January]; Available from: <http://www.fkep.unpad.ac.id/2010/12/rekomendasi-konas-jiwa-bali-4/>.
8. Herdman T, H, Kamitsuru E. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definition & Classification, 2015-2017*. Wiley Blackwell; Oxford: 2014.
9. Wilkinson J, M. *Nursing Process and Critical Thinking*. 4rd, editor. Pearson Education; New Jersey: 2007.
10. Nurjannah I. *ISDAIntan's Screening Diagnoses Assessment*. Mocomedia; Yogyakarta: 2010.
11. McCloskey J, C, Bulechek G, M. Standardizing the language for nursing treatments: an overview of the issues. *Nursing Outlook*. 1994;42(2):56-63.
12. Clark D, J. A language for nursing. *Nursing Standard*. 1999;13(31):42.
13. Bulechek G, M, Butcher H, K, Dochterman J, M. *Nursing Intervention Classification*. fifth, editor. St Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2008.
14. Herdman T, H. *Diagnosis keperawatan: definisi dan klasifikasi 2012-2014*. EGC; Jakarta: 2011.
15. Paans W, Sermeus W, Neweg R, MB, Krijnen W, P, Cees P S. Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. *BMC Nursing*. 2012;11(1):11-22.
16. Wong K, S, T, Chung W, Y, J. Diagnostic reasoning process using patient simulation in different learning environments. *Journal of Clinical Nursing*. 2002;11:65-72.
17. Yang H, Thompson C, Bland M. The effect of clinical experience, judgment task difficulty and time pressure on nurses' confidence calibration in a high fidelity clinical stimulation. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2012;12:113.
18. Nurjannah I, Warsini S, Mills J. Comparing methods of diagnostic reasoning in nursing.