



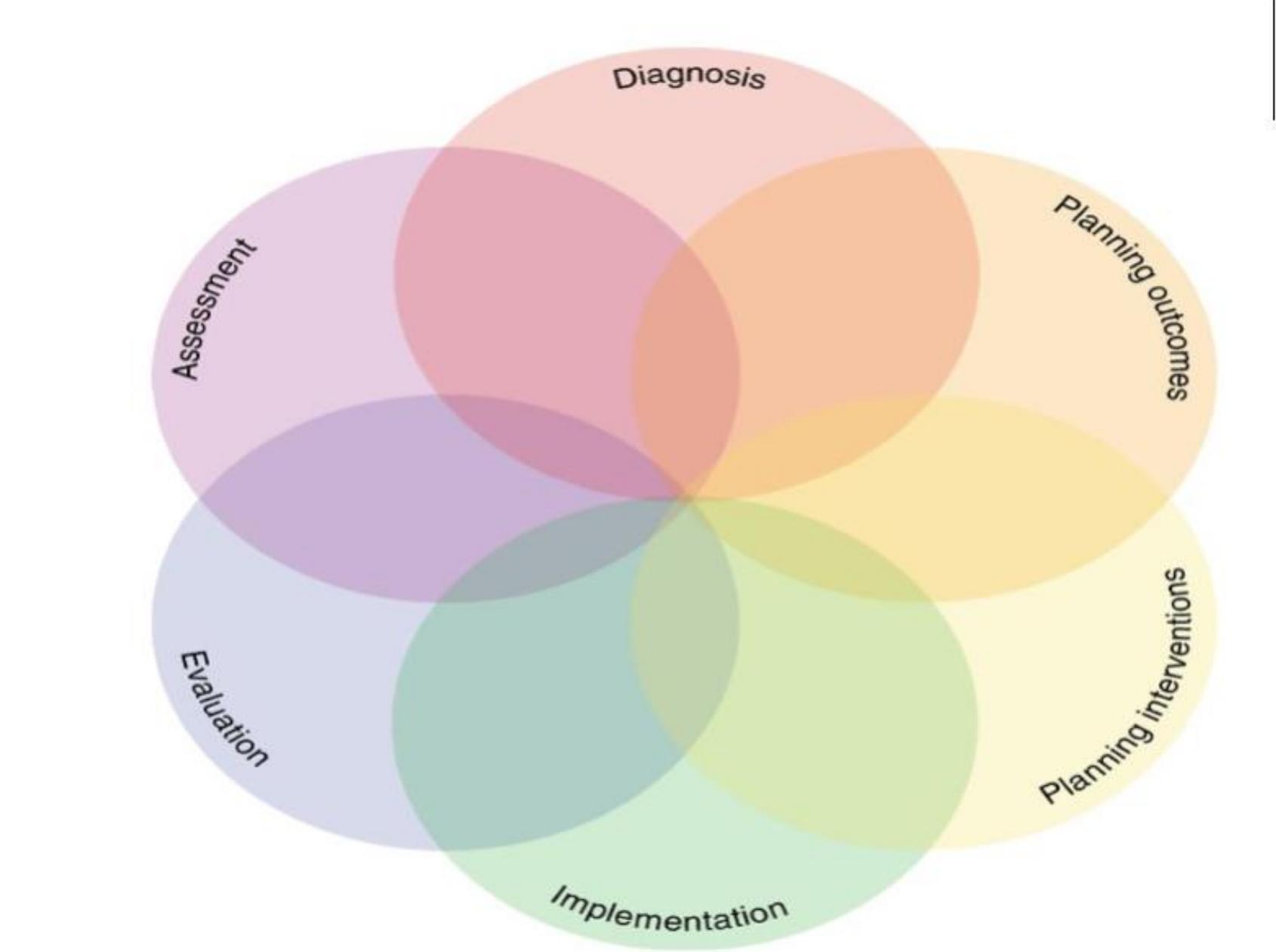
# **EVALUASI KEPERAWATAN**

**By : Maria Putri Sari, M.Kep**

**M.A METODOLOGI KEPERAWATAN**

# Outline :

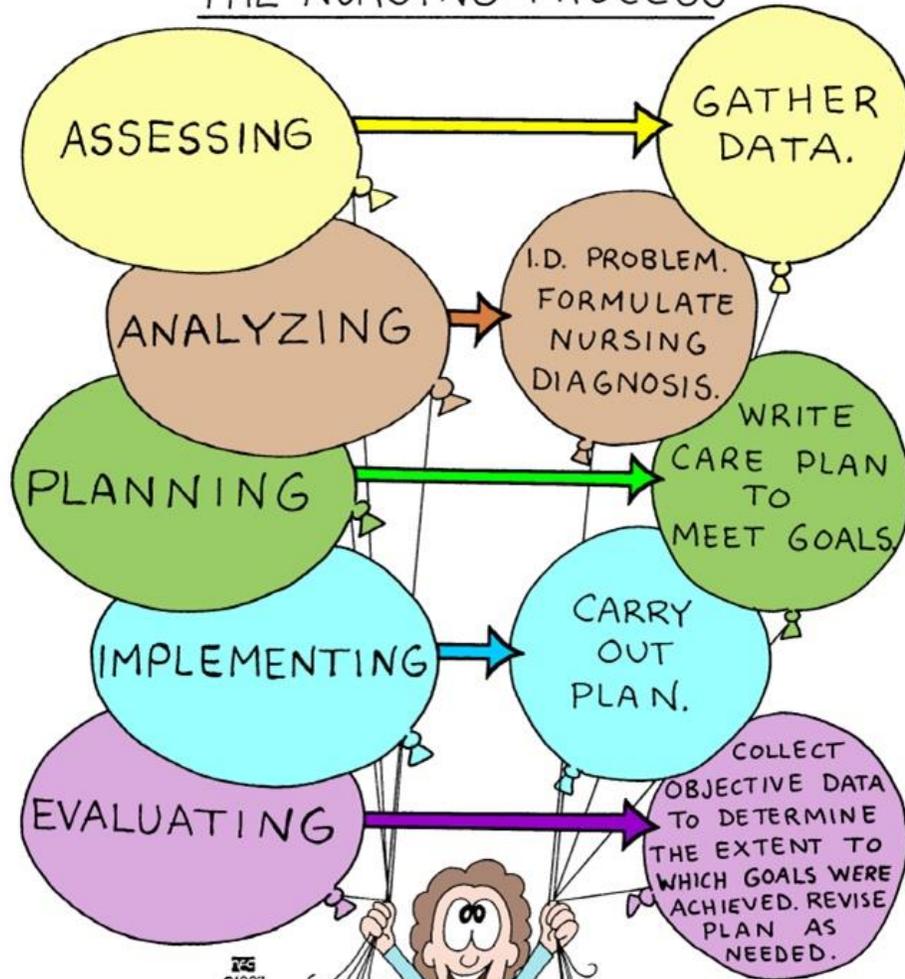
1. Pengertian
2. Manfaat dan tujuan
3. Jenis
4. Cara melakukan evaluasi
5. Teknik penulisan



# Definisi

- Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.
- Menurut Craven dan Hirnle (2000) evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil.
- Penilaian keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien

# THE NURSING PROCESS



©1997  
Nursing  
Education  
Consultants

C. MILLER

# Manfaat Evaluasi Dalam Keperawatan

1. Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien
2. Untuk menilai efektifitas, efisiensi dan produktifitas asuhan keperawatan yang diberikan
3. Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan
4. Sebagai umpan balik untuk memperbaiki atau menyusun siklus baru dalam proses keperawatan
5. Menunjang tanggung gugat dan tanggung jawab dalam pelaksanaan keperawatan

# Tujuan Evaluasi Dalam Keperawatan

## Tujuan umum

1. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
2. Menjamin asuhan keperawatan secara optimal

## Tujuan khusus

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
2. Menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan
4. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
5. Dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai

# Jenis Evaluasi Keperawatan

Menurut Ziegler, Voughan – Wrobel, & Erlen (1986, dalam Craven & Hirnle, 2000), evaluasi terbagi menjadi tiga jenis, yaitu:

## **Evaluasi struktur.**

Evaluasi struktur difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan diberikan. Aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi dalam pemberian pelayanan. Persediaan perlengkapan, fasilitas fisik, ratio perawat-klien, dukungan administrasi, pemeliharaan dan pengembangan kompetensi staf keperawatan dalam area yang diinginkan.

## **Evaluasi proses.**

Evaluasi proses berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan, dan sesuai wewenang. Area yang menjadi perhatian pada evaluasi proses mencakup jenis informasi yang didapat pada saat wawancara dan pemeriksaan fisik, validasi dari perumusan diagnosa keperawatan, dan kemampuan tehnikal perawat

## **Evaluasi hasil.**

Evaluasi hasil berfokus pada respons dan fungsi klien. Respons perilaku klien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil.

# Kriteria Evaluasi Dalam Keperawatan

**Kriteria Proses (evaluasi proses)** : menilai jalannya pelaksanaan proses keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi dan kebutuhan klien. Evaluasi proses **harus dilaksanakan segera** setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan.

**Kriteria keberhasilan (evaluasi hasil/sumatif)** : menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku klien. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna.

# Hasil Evaluasi Dalam Keperawatan

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

1. **Masalah teratasi**; jika klien menunjukkan perubahan “sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil” yang telah ditetapkan.
2. **Masalah sebagian teratasi**; jika klien menunjukkan perubahan ‘sebagian dari kriteria hasil’ yang telah ditetapkan.
3. **Masalah tidak teratasi**; jika klien “tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil” yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/ diagnosa keperawatan baru.

# Bagaimana cara menentukannya?

Misalnya :

Dalam tujuan keperawatan (NOC) ditentukan ada 4 kriteria hasil.

Dikatakan :

**Masalah teratasi** jika : 4 kriteria hasil semuanya sudah tercapai

**Masalah teratasi sebagian** jika :

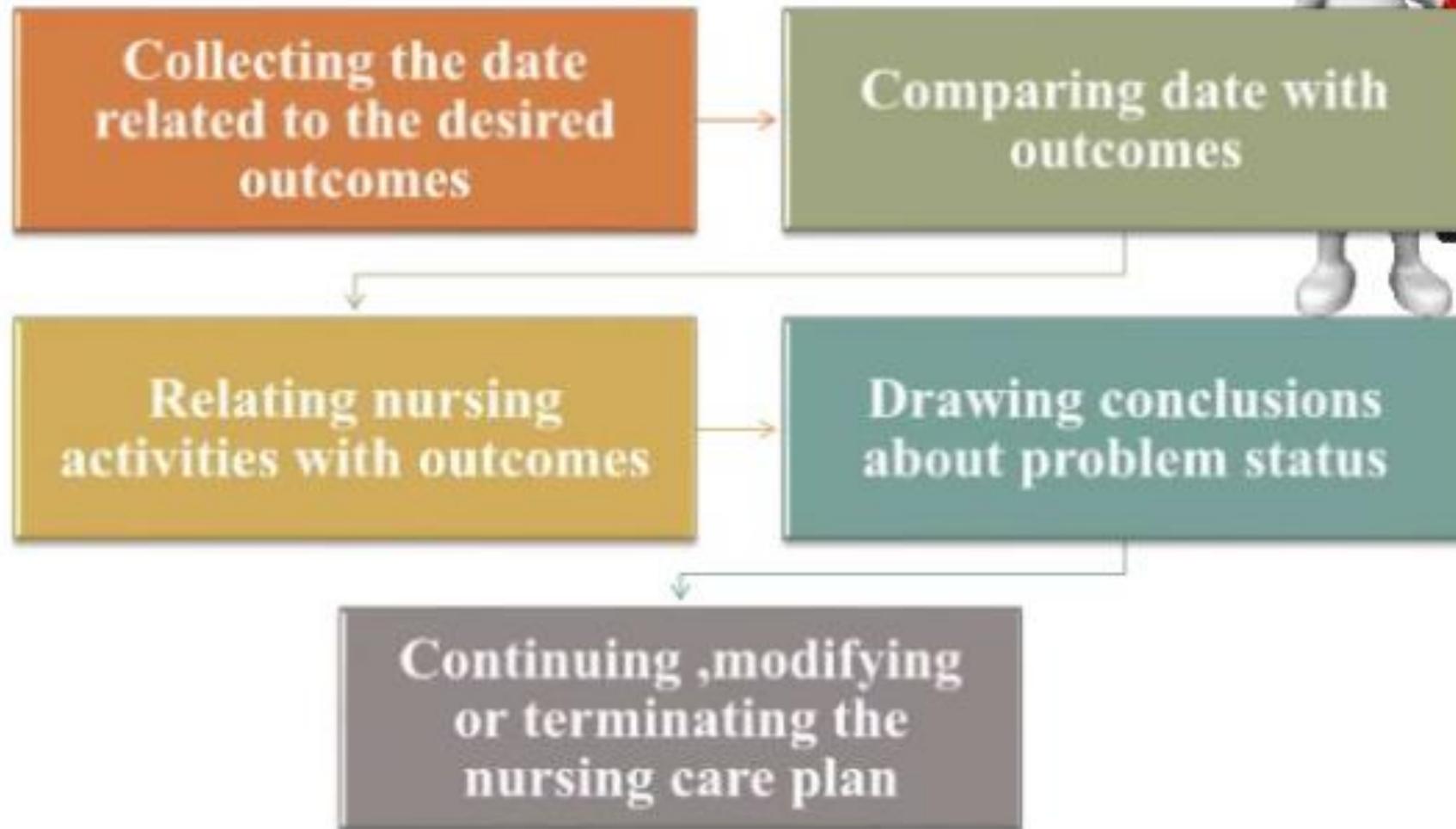
- a. 1 KH tercapai, 3 KH belum tercapai, atau
- b. 2 KH tercapai, 2 KH belum tercapai, atau
- c. 3 KH tercapai, 1 KH belum tercapai

**Masalah tidak teratasi** jika : 4 KH tidak ada yang tercapai

Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. **Subjective** adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
2. **Objective** adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
3. **Analisis** adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.
4. **Planning** adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

# Process of evaluating



## 1. Collecting the data related to the desired outcomes

- Using clearly stated, precise and measurable desired outcomes as a guide
- Conclusions can be drawn about whether goals have been met
- Collect both subjective and objective data
- Data must be recorded concisely and accurately to facilitate the next part of the evaluating process

## 2. Comparing data with outcomes

- Both the nurse and client **play an active role** in comparing the clients actual responses with the desired outcome
- Three possible conclusions,
  - ▣ The goal was met
  - ▣ The goal was partially met
  - ▣ The goals was not met
- After determining whether the goal met , the nurse write an evaluative statement
- **Evaluation statement**
  - ▣ *Consist of two pats a conclusion and supportive data*



### 3. Relating nursing activities with outcomes

- Determining whether nursing activities had any relation to the outcome
- It is important to establish the relationship for the nursing actions to the client responses



## 4. Drawing conclusions about problem status

- The nurses uses the judgments about goal achievement to determine **whether the care plan was effective in resolving , reducing or preventing client problem**
- **Conclusions**
  - **When goals met ,**
    - *The actual problem stated in the nursing diagnoses has been resolved*
    - *The potential problem is being prevented*
    - *The actual problem still exists even though some goals are being met*
  - **When goals partially met or not met**
    - *The care plan may need to be revised, since the problem is only partially resolved*
    - *The care plan does more not need revise , because the client merely need more time to achieve previously established goals*

## 5. Continuing ,modifying or terminating the nursing care plan

- After drawing the conclusion about the status of the clients problem , the nurse modifies the care plan as indicated



**Tabel 2.23 Rencana Tindakan Keperawatan, Implementasi, dan Evaluasi  
Diagnosa Keperawatan : Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas**

**Hari/Tanggal : Senin, 2 Juli 2018**

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	<p>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih ditandai dengan :</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih sesak</li> <li>Pasien mengatakan merasa ada dahaknya</li> <li>Pasien mengatakan dahak keluar</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <p><b>NOC:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Status pernafasan kepatenan jalan nafas</b></li> <li><b>Status pernafasan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mampu mengeluarkan sekret sedikit-sedikit ± 2 cc</li> <li>Suara auskultasi pasien vesikuler</li> <li>Frekuensi batuk</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>NIC:</b></p> <p><b>Manajemen jalan nafas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor status pernafasan dn oksigenasi pasien</li> <li>Berikan oksigen sesuai terapi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengetahui permasalahan jalan napas yang dialami dan keefektifan pola napas klien untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh</li> <li>Memberikan oksigen dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan</li> </ol>	<p>Senin, 2 Juli 2018 17.00WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengkaji status pernafasan pasien</li> </ol> <p align="center">                       (Renny)                 </p>	<p>Senin, 2 Juli 2018 17.10 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan ingin mengeluarkan dahak</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tanda- tanda vital</li> <li>Pernafasan:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>kali/menit</li> <li>Suara paru-paru: ronchi</li> </ol> </li> <li>Pasien tampak tidak memakai terapi oksigen</li> </ol>

Hari, tanggal, jam melakukan evaluasi proses

EVALUASI PROSES :  
Respon subjektif dan objektif

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
	sedikit-sedikit dengan batuk efektif DO: 1. Pasien tampak mencoba mengeluarkan dahak 2. Respirasi 24 kali/menit 3. Suara nafas: ronch 4. Dahak berwarna putih kental	pasien berkurang d. Respirasi dalam batas normal : Rr : 16-24 x/menit	3. Anjurkan untuk minum air hangat  4. Kelola oksigen yang di lembabkan	mengurangi sesak nafas  3. Pemberian air putih hangat dapat membantu mengencerkan dahak 4. Pemberian oksigen dapat memenuhi kebutuhan oksigen pasien	17.20WIB 2. Memasang terapi oksigen  17.30 WIB 3 Memberikan oksigen yang di lembabkan	 (Renny) 17.25 WIB. S:- 1. Pasien mengatakan sesak nafas berkurang  O : 1. Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit 2. Respirasi : 22 x/menit   (Renny) 17.40 WIB S : 1. Pasien mengatakan dengan menggunakan oksigen

**Tanda tangan dan nama terang**  
 Hal ini berfungsi sebagai **tanggung jawab dan tanggung gugat.**

Siapa yang melakukan evaluasi wajib membubuhkan tanda tangan dan nama terang.

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
						20.40 WIB. S: 1. Pasien mengatakan masih batuk 2. Pasien mengatakan batuk sudah berkurang O: 1. Tanda-tanda vital: Respirasi: 22 kali/menit 2. Suara nafas : ronchi 3. Sekret keluar 1cc A: Masalah keperawatan ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebih teratasi sebagian
						Yang sudah teratasi 1. Tanda-tanda vital Respirasi: 22x/menit Respirasi normal: 16-24 x/menit 2. Frekuensi batuk berkurang P: Lanjutkan Intervensi : 1. Monitor status pernafasan dan oksigenasi pasien. 2. Buang sekret dengan memotivasi klien untuk melakukan batuk efektif 3. Anjurkan
						untuk minum air hangat 4. Kelola oksigen yang di lembabkan Ruff (Renny)

## EVALUASI HASIL

1. Tetap menggunakan keterangan waktu (kapan evaluasi hasil dilakukan)
2. Terdiri dari S-O-A-P
3. Evaluasi hasil merujuk/berpatokan pada kriteria hasil di TUJUAN
4. Terdapat 3 jenis kesimpulan di point "A" : teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi
5. Evaluasi hasil BUKAN MERUPAKAN KESIMPULAN dari Evaluasi Proses



- Dosis..gram atau mg
- Paracetamol 3x1 tablet itttuu salaaahhhh
- Paracetamol 500 mg/8 jam/oral
- Ketorolac 30 mg/12 jam/intravena

Jam 10.00

- Memberikan obat ketorolac 30 mg/ IV

# KRITERIA HASIL (5)

- 5 KH : MASALAH TERATASI
- 3 KH : MASALAH TERATASI SEBAGIAN
- 0 KH : TIDAK TERATASI

Evaluasi proses pemberian farmakologi :

Skala nyeri 6. Obat injeksi 60 menit kemudian

S : -

O : skala nyeri pasien menjadi 5

Pasien tampak menyeringai ketika obat dimasukkan

09.00 : 39 C : paracetamol 500 mg/oral

09.30 menit kemudian

S : -

O : suhu 38 C