# BAB 2
# Evaluasi Keperawatan

## 1. Capaian Pembelajaran:

Setelah mengikuti pembelajaran mahasiswa menguasai konsep metodologi keperawatan sebagai landasan dalam memahami konsep proses keperawatan secara holistik dan komprehensif

## 2. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan:

Mahasiswa mampu memahami dan menerapkan evaluasi tindakan keperawatan

## 3. Pokok Bahasan

2.1 Pengertian Evaluasi Keperawatan
2.2 Tujuan Evaluasi Keperawatan
2.3 Macam-Macam Evaluasi Keperawatan
2.4 Proses Evaluasi Keperawatan
2.5 Kerangka Waktu Dalam Evaluasi Keperawatan
2.6 Komponen SOAP/ SOAPIER
2.7 Pedoman Pengisian Format Evaluasi Tindakan Keperawatan

# BAB 2
# Evaluasi Keperawatan

## 2.1 Pengertian Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan.

Evaluasi ini akan mengarahkan asuhan keperawatan, apakah asuhan keperawatan yang dilakukan ke pasien berhasil mengatasi masalah pasien ataukan asuhan yang sudah dibuat akan terus berkesinambungan terus mengikuti siklus proses keperawatan sampai benar-benar masalah pasien teratasi.

## 2.2 Tujuan Evaluasi Keperawatan

Tujuan dari tahap evaluasi ini adalah:

1. melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan
2. menentukan apakah tujuan keperawatan sudah tercapai atau belum
3. mengkaji penyebab jika tujuan keperawatan belum tercapai

## 2.3 Macam-Macam Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan ada 2 jenis yaitu:

1. evaluasi formatif

   evaluasi yang dilakukan segera setelah melakukan tindakan keperawatan. evaluasi formatif berorientasi pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan yang disebut sebagai evaluasi proses.
2. evaluasi sumatif

   evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan serangkan tindakan keperawatan. evalauasi ini berfungsi menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang diberikan. Pada evaluasi ini berorientasi pada masalah keperawatan yang sudah ditegakan, menjelaskan keberhasilan /ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan atau kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan.

   Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi ini yaitu:

a. tujuan tercapai, jika klien menunjukan perubahan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan
b. tujuan tercapai sebagian, klien menunjukan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan
c. tujuan tidak tercapai, klien tidak menunjukan perubahan kemajuan sama sekali atau dapat timbul masalah baru

## 2.4 Proses Evaluasi Keperawatan

Dalam Potter, (2005), proses evaluasi menentukan efektifitas asuhan keperawatan meliputi 5 unsur, yaitu pertama mengidentifikasikan kriteria dan standar evaluasi, kedua mengumpulkan data untuk menentukan apakah kriteria dan standar telah terpenuhi, ketiga, mengintepretasi dan meringkas data, keempat mendokumentasikan temuan dan pertimbangan klinis, kelima menghentikan atau meneruskan, atau merevisi rencana keperawatan.

1. mengumpulkan data evaluatif
   pada situasi klinik , data evaluasi harus dikumpulkan dalam periode tertentuuntuk menentukan adanya perubahan atau perbaikan.
2. interpretasi dan menyimpulkan temuan
   perawat membuat penilaian tentang kondisi pasien sesuai temuan data yang diperoleh. Saat menginterpretasikan temuan, perawat membandingkan respon, gejala dan tanda yang diharapkan dengan temuan dilapangan/data klien.
3. modifikasi rencana keperawatan
   modifikasi rencana keperawatab dilakukan jika hasil evaluasi kita ada temuan data baru yang mendukung timbulnya masalah keperawatan baru. Sehingga perawat harus merevisi daftar diagnosis keperawatan, dan menyusun rencana keperawatan baru sesuai dengan maslah yang baru ditemukan

## 2.5 Kerangka Waktu Dalam Evaluasi Keperawatan

Pada dasarnya evaluasi dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan yang ditetapkan, oleh karena itu evaluasi dilakukan sesuai kerangka waktu penetapan tujuan yang telah ditentukan ( evaluasi hasil). Namun pada proses pencapaian tadi kondisi klien juga harus selalu dipantau ( evaluasi proses). Dapat diartikan bahwa

evauasi proses dapat dilakukan sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan klien dan evaluasi klien. Evaluasi hasil dilakukan pada akhir pencapaian tujuan. Namun terkadang kita terbentur dengan kebijakan masing-masing rumah sakit. Pada prinsipnya semakin sering kita melakukan evaluasi proses maka kemajuan atau kemunduran pasien akansegera dapat diidentifikasikan.

## 2.6 Komponen SOAP/ SOAPIER

Untuk lebih mudah melakukan pemantauan dalam kegiatan evaluasi keperawatan maka kita menggunakan komponen SOAP/SOAPIER yaitu:

S : data subyektis

O : data objektif

A : analisis , interpretasi dari data subyektif dan data objektif. Analsisis merupakan suatu masalah atau diagnosis yang masih terjadi, atau masalah atau diagnosis yang baru akibat adanya perubahan status kesehatan klien.

P : planning, yaitu perencanaan yang akan dilakukan, apakah dilanjutkan, ditambah atau dimodifikasi

I : implementasi, artinya pelaksanaan tindakan yang dilakukan sesuai instruksi yang ada dikomponen P

E : evaluasi, respon klien setelah dilakukan tindakan.

R : Reassesment, pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi. Apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi atau dihentikan.

## 2.7 Pedoman Pengisian Format Evaluasi Tindakan Keperawatan

Pedoman pengisian format evaluasi adalah sebagai berikut:

1) Masalah keperawatan
   Tuliskan masalah keperawatan ( hanya problemnya saja)
2) Tanggal dan jam
   Tuliskan tanggal, bulan, tahun dan jam dilakukan evaluasi
3) Komponen catatan perkembangan SOAP/SOAPIE/SOAPIER
   Pilih salah satu pendekatan komponen evaluasi.
4) Paraf
   Tuliskan nama terang dan paraf yang melakukan evaluasi.

Tabel 2.7.1 Evaluasi menggunakan SOAP

| Diagnosis keperawatan | Tanggal/jam | Catatan perkembangan | Paraf |
|---|---|---|---|
| Nyeri akut | 28 Des 2019<br>Pk 14.00 | S : klien masih mengeluh semakin nyeri karena persalinan semakin dekat, skala 8 hilang timbul<br><br>O : pasien tampak menyeringai, pembukaan serviks 7 cm, his muncul tiap 5 menit selama 40 detik, his kuat, hasil VT bagian terendah janin di hodge III teraba kepala, efficement 70%-80%<br><br>A : nyeri akut masih berlanjut<br><br>P : rencana tindakan 1 dihentikan, rencana tindakan no 2-6 dilanjutkan | Perawat HS |

Tabel 2.7.2 Evaluasi menggunakan SOAPIE

| Diagnosis keperawatan | Tanggal/jam | Catatan perkembangan | Paraf |
|---|---|---|---|
| Nyeri akut | 28 Des 2019<br>Pk 14.00 | S : klien masih mengeluh semakin nyeri karena persalinan semakin dekat, skala 8 hilang timbul<br><br>O : pasien tampak menyeringai, pembukaan serviks 7 cm, his muncul tiap 5 menit selama 30 detik, his kuat, hasil VT bagian terendah janin di hodge III teraba kepala, efficement 70%-80%<br><br>A : nyeri akut masih berlanjut<br><br>P : rencana tindakan 1 dihentikan, rencana tindakan no 2-6 dilanjutkan<br><br>I :<br>1. Mengatur posisi ibu miring ke kiri<br>2. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam kepada ibu saat nyeri his datang dengan cara menghirup nafas panjang dari hidung-ditahan sampai hitungan ketiga dihembuskan pelan-pelan dari mulut<br>3. Memijat bagian sakral ibu saat nyeri his datang<br>4. Mengobservasi frekuensi dan lama his, keadaan umum pasien<br>E :<br>1. ibu kooperatif dan merasa nyaman<br>2. ibu kooperatif dan dapat mendemonstrasikan dengan benar<br>3. ibu merasa nyaman | Perawat HS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 4. Ku ibu kesakitan, frekuensi his semakin cepat dan kuat 9 tiap 5 menit lama 30 detik | |

Tabel 2.7.3 Evaluasi menggunakan SOAPIER

| Diagnosis keperawatan | Tanggal/jam | Catatan perkembangan | Paraf |
|---|---|---|---|
| Nyeri akut | 28 Des 2019<br>Pk 14.00 | S : klien masih mengeluh semakin nyeri karena persalinan semakin dekat, skala 8 hilang timbul<br><br>O : pasien tampak menyeringai, pembukaan serviks 7 cm, his muncul tiap 5 menit selama 30 detik, his kuat, hasil VT bagian terendah janin di hodge III teraba kepala, efficement 70%-80%<br><br>A : nyeri akut masih berlanjut<br><br>P : rencana tindakan 1 dihentikan, rencana tindakan no 2-6 dilanjutkan<br><br>I :<br>1. Mengatur posisi ibu miring ke kiri<br>2. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam kepada ibu saat nyeri his datang dengan cara menghirup nafas panjang dari hidung-ditahan sampai hitungan ketiga dihembuskan pelan-pelan dari mulut<br>3. Memijat bagian sakral ibu saat nyeri his datang<br>4. Mengobservasi frekuensi dan lama his, keadaan umum pasien<br>E :<br>1. ibu kooperatif dan merasa nyaman<br>2. ibu kooperatif dan dapat mendemonstrasikan dengan benar<br>3. ibu merasa nyaman<br>4. Ku ibu kesakitan, frekuensi his semakin cepat dan kuat 9 tiap 5 menit lama 30 detik<br><br>R : tujuan keperawatan tercapai sebagian | Perawat HS |
| | | | |