



Evaluasi Keperawatan

Dosen Pengampu

Adinda Fadhilah, S.Kep., Ns., M.Kep

Konsep Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan **tahap terakhir dan kritis** dalam proses keperawatan. Secara sistematis, evaluasi menilai sejauh mana tindakan keperawatan yang telah diberikan berhasil mencapai tujuan yang telah ditetapkan, dengan cara membandingkan kondisi aktual pasien terhadap tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun sebelumnya.

Tujuan Evaluasi

- Mengetahui perkembangan kondisi dan status kesehatan pasien secara berkala
- Menentukan keberhasilan intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan
- Mengidentifikasi kebutuhan modifikasi rencana asuhan keperawatan
- Menjadi dasar yang kuat dalam pengambilan keputusan klinis selanjutnya

Karakteristik Evaluasi yang Baik

→ Berkesinambungan

Dilakukan secara terus-menerus selama proses perawatan, bukan hanya di akhir.

→ Sistematis

Mengikuti tahapan yang terstruktur dan berlandaskan metode ilmiah yang valid.

→ Berpusat pada Pasien

Selalu mengacu pada kebutuhan, respons, dan kondisi nyata pasien.

→ Berbasis Data

Menggunakan data objektif (hasil pemeriksaan) dan subjektif (pernyataan pasien).

Tahapan dalam Proses Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan melalui rangkaian langkah yang sistematis dan terstruktur. Setiap tahapan saling berkaitan dan membentuk siklus penilaian yang komprehensif untuk memastikan kualitas asuhan keperawatan yang optimal bagi pasien.



1. Kumpulkan Data Terbaru

Ambil data terkini meliputi tanda vital, keluhan pasien, hasil observasi, dan pemeriksaan fisik terkini.



2. Bandingkan dengan Kriteria Hasil

Cocokkan kondisi aktual pasien dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan.



3. Tentukan Tingkat Pencapaian

Nilai apakah tujuan tercapai sepenuhnya, tercapai sebagian, atau belum tercapai sama sekali.



4. Susun Tindak Lanjut

Tentukan apakah intervensi dihentikan, dilanjutkan, dimodifikasi, atau perlu disusun rencana baru.

i Evaluasi bukan sekadar menilai hasil akhir — ini adalah proses reflektif yang memandu perawat untuk terus meningkatkan kualitas asuhan yang diberikan kepada setiap pasien.

Tujuan & Manfaat Dokumentasi Evaluasi

Dokumentasi evaluasi adalah pencatatan resmi hasil penilaian terhadap respons pasien setelah diberikan intervensi keperawatan. Dokumentasi yang baik bukan hanya kewajiban administratif, melainkan instrumen vital yang melindungi pasien, perawat, dan institusi layanan kesehatan.

Bagi Pasien

Menjamin kontinuitas dan konsistensi pelayanan keperawatan. Setiap perawat yang bertugas dapat memahami perkembangan kondisi pasien tanpa kehilangan informasi penting, sehingga asuhan tetap berkesinambungan.

Bagi Perawat

Memudahkan pemantauan perkembangan pasien dari waktu ke waktu. Menjadi bukti legal atas tindakan yang telah dilakukan, serta memperkuat komunikasi efektif antar anggota tim kesehatan multidisiplin.

Bagi Institusi

Menjadi indikator mutu pelayanan yang terukur. Mendukung akreditasi fasilitas kesehatan, menjadi dasar audit klinis, serta memfasilitasi pengembangan standar operasional prosedur yang lebih baik.

Tujuan Utama Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Menunjukkan Efektivitas Tindakan

Dokumentasi evaluasi membuktikan secara tertulis bahwa intervensi yang diberikan berdampak nyata pada kondisi pasien. Ini menjadi dasar evidence-based nursing practice yang akuntabel.

Dasar Revisi Rencana Keperawatan

Ketika tujuan belum tercapai, dokumentasi evaluasi menjadi landasan ilmiah untuk memodifikasi atau menyusun ulang rencana asuhan agar lebih tepat sasaran dan efisien.

Fasilitasi Komunikasi Tim Kesehatan

Dokumentasi yang lengkap dan terstruktur memungkinkan dokter, ahli gizi, fisioterapis, dan tenaga kesehatan lain memahami kondisi pasien secara menyeluruh tanpa miskomunikasi.

Bukti Legal Pelayanan

Catatan evaluasi yang akurat melindungi perawat secara hukum. Dalam kasus sengketa medis, dokumentasi menjadi bukti bahwa standar pelayanan keperawatan telah dipenuhi dengan benar.

Peningkatan Mutu Pelayanan

Data evaluasi yang terkumpul dari waktu ke waktu menjadi bahan analisis untuk program peningkatan mutu, penelitian keperawatan, dan pengembangan protokol klinis yang lebih baik.

Jenis-Jenis Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dapat dikategorikan berdasarkan **waktu pelaksanaan** dan **hasil pencapaian tujuan**. Memahami perbedaan kedua kategorisasi ini membantu perawat memilih pendekatan evaluasi yang paling tepat sesuai konteks klinis.



Evaluasi Formatif

Dilakukan **segera setelah tindakan keperawatan** selesai dilaksanakan. Bertujuan menilai respons langsung dan segera dari pasien terhadap intervensi yang baru diberikan.

Contoh: Setelah mengajarkan latihan napas dalam, pasien mengatakan sesak berkurang dan tampak lebih tenang. Frekuensi napas turun dari 26x/menit menjadi 20x/menit.

Evaluasi Sumatif

Dilakukan pada **akhir periode perawatan** atau saat pasien akan dipulangkan. Menilai pencapaian tujuan keperawatan secara keseluruhan selama masa rawat inap.

Contoh: Pada hari ketiga perawatan, pola napas pasien kembali normal dengan RR 18x/menit dan SpO₂ 98%, sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

Hasil Pencapaian Tujuan & Tindak Lanjut Evaluasi

Setelah membandingkan kondisi pasien dengan kriteria hasil, perawat menentukan status pencapaian tujuan dan mengambil keputusan klinis yang tepat. Setiap status pencapaian membutuhkan respons tindak lanjut yang berbeda.

✅ Tujuan Tercapai

Seluruh kriteria hasil terpenuhi sesuai target yang ditetapkan dalam rencana asuhan.

Tindak lanjut: Hentikan intervensi terkait. Dokumentasikan pencapaian dan lakukan discharge planning jika diperlukan.

⚠️ Tercapai Sebagian

Sebagian indikator kriteria hasil tercapai, namun masih ada yang belum memenuhi target yang ditetapkan.

Tindak lanjut: Lanjutkan atau modifikasi intervensi. Kaji faktor penghambat pencapaian tujuan yang belum terpenuhi.

❌ Tujuan Tidak Tercapai

Tidak ada indikator kriteria hasil yang mencapai target. Kondisi pasien mungkin memburuk atau tidak berubah.

Tindak lanjut: Kaji ulang diagnosis, tujuan, dan seluruh intervensi. Susun rencana asuhan baru yang lebih komprehensif.

⚠️ **Penting:** Evaluasi tanpa tindak lanjut adalah evaluasi yang tidak lengkap. Setiap hasil evaluasi HARUS diikuti dengan keputusan klinis yang jelas dan terdokumentasi dengan baik.

Format SOAP — Dokumentasi Evaluasi Terstruktur

1

S — Subjective Data

Data yang disampaikan langsung oleh pasien atau keluarga dalam bentuk pernyataan verbal. Gunakan tanda kutip untuk mencatat perkataan pasien secara verbatim.

Contoh: "Nyeri saya sudah berkurang, sekarang terasa lebih ringan."

2

O — Objective Data

Data hasil observasi langsung, pemeriksaan fisik, atau temuan pemeriksaan penunjang yang dapat diukur dan diverifikasi secara objektif oleh perawat.

Contoh: Skala nyeri 2/10, TD 120/80 mmHg, frekuensi napas 18x/menit, pasien tampak rileks.

3

A — Assessment

Analisis dan interpretasi perawat terhadap data subjektif dan objektif. Menyatakan status masalah keperawatan: teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi.

Contoh: Masalah nyeri akut teratasi sebagian. Skala nyeri menurun dari 6 menjadi 2.

4

P — Plan

Rencana tindak lanjut berdasarkan hasil assessment. Berisi keputusan klinis: melanjutkan, memodifikasi, atau menghentikan intervensi keperawatan.

Contoh: Lanjutkan edukasi teknik relaksasi napas dalam. Pantau skala nyeri setiap 4 jam.

Format SOAPIER — Dokumentasi Evaluasi Lengkap

SOAPIER merupakan pengembangan dari format SOAP dengan penambahan tiga komponen penting: **Intervention, Evaluation, dan Revision**. Format ini memberikan gambaran lebih komprehensif tentang seluruh rangkaian asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

01

S — Subjective

"Sesak napas saya sudah berkurang, tidak separah tadi."

02

O — Objective

RR 20x/menit, SpO₂ 97%, tidak ada retraksi dinding dada.

03

A — Assessment

Pola napas membaik, mendekati target kriteria hasil.

04

P — Planning

Lanjutkan pemantauan saturasi oksigen setiap 2 jam.

05

I — Intervention

Mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif kepada pasien.

06

E — Evaluation

Pasien mampu melakukan teknik napas dalam dengan benar secara mandiri.

07

R — Revision

Pertahankan intervensi saat ini. Tidak diperlukan modifikasi.

Keunggulan Format SOAP & SOAPIER



Sistematis

Memandu perawat mendokumentasikan secara urut dan tidak ada informasi yang terlewat.



Mudah Dipahami

Format yang konsisten memudahkan seluruh anggota tim membaca dan memahami catatan.



Komunikasi Tim

Mendukung koordinasi efektif antar dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya.



Standar Klinis

Sesuai standar dokumentasi keperawatan nasional dan internasional yang berlaku.

Hubungan Evaluasi dengan Tujuan dan Kriteria Hasil

Evaluasi keperawatan tidak berdiri sendiri — ia merupakan mata rantai terakhir dalam siklus proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian hingga intervensi. Memahami keterkaitan antar komponen ini adalah kunci evaluasi yang bermakna dan akurat.



Setiap langkah dalam proses keperawatan menginformasikan langkah berikutnya. Evaluasi yang baik selalu merujuk kembali pada diagnosis awal dan kriteria hasil yang telah disepakati — bukan hanya menilai kondisi pasien secara umum.

Contoh Penerapan: Dari Diagnosis Hingga Evaluasi



✓ Kesimpulan: Tujuan **TERCAPAI** — seluruh kriteria hasil terpenuhi. Intervensi dapat dihentikan dan didokumentasikan sebagai masalah teratasi.

Evaluasi keperawatan yang berkualitas adalah cerminan profesionalisme dan komitmen perawat terhadap keselamatan serta kesejahteraan pasien. Berikut adalah poin-poin esensial yang harus selalu diingat dalam praktik klinis sehari-hari.



Evaluasi adalah Siklus

Evaluasi bukan akhir — ia memulai siklus baru perbaikan asuhan keperawatan yang berkelanjutan.



Gunakan Data Terukur

Selalu dokumentasikan dengan angka, skala, dan terminologi klinis yang spesifik dan dapat diverifikasi.



Terapkan Format SOAP/SOAPIER

Format standar memastikan dokumentasi lengkap, sistematis, dan mudah dipahami semua pihak.



Selalu Sertakan Tindak Lanjut

Setiap evaluasi harus diakhiri dengan keputusan klinis yang jelas: lanjutkan, modifikasi, atau hentikan.



Fokus pada Pasien

Semua evaluasi harus berpusat pada kondisi nyata, kebutuhan, dan respons aktual pasien.

"Dokumentasi yang baik adalah cermin dari asuhan keperawatan yang baik. Tuliskan apa yang Anda lakukan, dan lakukan apa yang Anda tuliskan."