

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

By. Edi Purwanto
email: purwa_edi@umm.ac.id

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN – UNIV. MUHAMMADIYAH MALANG

Nursing Process

Nursing Process

1. Assessment

Collects Client Health Data

2. Nursing Diagnosis

Analyzes Assessment Data to Determine Diagnoses

3. Outcome Identification

Identifies Expected Outcomes of Client for Nursing Diagnoses

4. Planning

Develops Plan of Care and Prescribes Interventions to Attain Expected Outcomes

5. Implementation

Implements the Interventions (Action Types) in the Plan of Care

6. Evaluation

Evaluates Client's Attainment of Outcomes

ANA, Standards of Clinical Nursing Practice. (1988)



5. Implementation

Implements the Interventions (Action Types) in the Plan of Care

6. Evaluation

Evaluates Client's Attainment of Outcomes

ANA, Standards of Clinical Nursing Practice. (1988)

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Implementasi keperawatan
2. 10 standar tindakan keperawatan (ANA, 1973)
3. Discharge planning.
4. Evaluasi keperawatan

IMPLEMENTASI

- Tahap proses keperawatan dgn melaksanakan berbagai strategi tindakan keperawatan yg telah direncanakan.
- Perawat hrs mengetahui berbagai hal: bahaya fisik, perlindungan pasien, teknik komunikasi, prosedur tindakan,

Tujuan dari implementasi:

- Membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan
- Mencakup peningkatan kesehatan
- Mencakup pencegahan penyakit
- Mencakup pemulihan kesehatan
- Memfasilitasi coping klien

5

10 standar tindakan keperawatan (ANA'73)

1. M'beri pelayanan dgn Menghargai klien sebagai mahluk hidup
2. M'lindungi Hak Pasien
3. Mempertahankan komponen tindakan keperawatan dan mengenal serta menerima Tanggungjawab pribadi thd tindakannya
4. Melindungi pasien jika tindakan dan keselamatannya diakibatkan orang lain yang kurang komponen dan Etis Dan Illegal
5. Menggunakan kemampuan individu sebagai kreteria untuk menerima tanggung jawab dan tugas limpah tindakan keperawatan kepada tenaga kesehatan lainnya

10 standar tindakan keperawatan (ANA'73)

6. Partisipasi dalam kegiatan Riset
7. Partisipasi dalam Kegiatan Profesi Keperawatan untuk meningkatkan standar praktek/pelayanan keperawatan dan pendidikan
8. Meningkatkan dan mempertahankan kualitas keperawatan tenaga perawat lainnya dan partisipasi dan kegiatan profesi
9. Mempromosikan kesehatan dengan bekerja sama terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya
10. Menolak untuk memberikan persetujuan untuk promosi atau menjual produk komersial, pelayanan atau hiburan lainnya

Tahap Tindakan Keperawatan:

Tahap I : PERSIAPAN

Tahap II : INTERVENSI

Tahap III : DOKUMENTASI

Tahap I : PERSIAPAN

1. Review tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan
2. Menganalisa pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang diperlukan
3. Mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul
4. Menentukan dan mempersiapkan peralatan yang diperlukan
5. Mempersiapkan lingkungan yang kondusif sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan
6. Mengidentifikasi aspek hukum dan etik terhadap resiko dari tindakan

9

1. Review antisipasi tindakan keperawatan
Tind keperawatan disusun utk promosi, mempertahankan dan memulihkan kesehatan klien. Ada bbrp kriteria yg hrs dipenuhi :
 - Konsisten sesuai dgn rencana tindakan
 - Berdasar prinsip2 ilmiah
 - Ditujukan kpd individu sesuai dgn kondisi klien
 - Digunakan utk menciptakan lingk. Yg terapeutik dan aman
 - Memberikan penyuluhan dan pendidikan kepada klien
 - Penggunaan sarana dan pra sarana yg memadai

10

2. Menganalisa pengetahuan&ketrampilan yg diperlukan

- Perawat hrs mengidentifikasi tingkat pengetahuan dan tipe ketrampilan yg diperlukan utk tindakan keperawatan.
- Menentukan siapa orang yang tepat untuk melakukan tindakan keperawatan

11

3. Mengetahui komplikasi yang mungkin timbul

- Prosedur tindakan mungkin berakibat terjadinya resiko tinggi kepada klien.
- Perawat harus menyadari kemungkinan timbulnya komplikasi sehub tind keperawatan yg akan dilaksanakan
- Memungkinkan perawat melakukan pencegahan dan mengurangi resiko yg timbul

12

4. Mempersiapkan peralatan (resources) yg diperlukan

Meliputi pertimbangan :

- Waktu : perawat hrs scr selektif dlm menentukan waktu pd tind keperawatan yg spesifik
- Tenaga (personil): prwt hrs memperhatikan kuantitas dan kualitas tenaga yg ada dlm melakukan tind kep
- Alat : prwt hrs mengidentifikasi peralatan yg diperlukan pd tind. Hal ini bs mengantisipasi alat2 apa yg diperlukan

13

5. Mempersiapkan lingk. Yg kondusif

- Keberhasilan suatu tind kep sangat ditentukan oleh perasaan klien yang aman dan nyaman.
- Lingkungan yang nyaman mencakup komponen fisik dan psikologis

14

6. Mengidentifikasi aspek2 hukum dan etik

- Pelaksanaan tind kep hrs mperhatikan unsur2: hak&kewajiban klien, hak&kewajiban perawat atau dokter, kode etik keperawatan, dan hukum keperawatan.
- Menurut surat edaran DIRJEN YANMED DEPKES RI Nomor: YM.02.04.3.5.2504, tgl 10 Juni 1997 ttg pedoman Hak dan kewajiban klien, dokter atau perawat dan RS.

15

a. Hak Klien

1. Klien berhak utk:

- a) Mdp informasi mengenai tata tertib dan peraturan yg berlaku di RS
- b) Mendapatkan pelayanan yg manusiawi, adil dan jujur
- c) Memperoleh askep yg bermutu berdasarkan standar profesi keperawatan
- d) Memilih perawat atau dokter yg dikehendaki sesuai peraturan operasional di RS
- e) Meminta konsultasi kpd dokter atau perawat lain yg terdaftar di RS
- f) Mdp privacy dan keselamatan dari tindakan keperawatan yg diberikan

16

- g) Memperoleh informasi ttg penyakit yg diderita, tind yg akn dilakukan, kemungkinan penyakit, dan tind utk mengatasinya, alternatif terapi lainnya, prognosa, dan biaya perawatan
- h) Menyetujui dan atau menolak tindkan yg akn dilakukan thd dirinya
- i) Mdp kebebasan utk menjalankan ibadah sesuai agama dan kepercayaannya selama tdk mengganggu klien lainnya
- j) Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan RS thd dirinya

17

Kewajiban Klien

- a) **Mentaati segala peraturan dan tata tertib di RS**
- b) **Mematuhi segala instruksi dokter atau perawat dlm pengobatannya**
- c) **Memberikan informasi dgn jujur dan lengkap ttg penyakit yg dideritanya kpd dokter atau perawat yg merawat**
- d) **Melunasi semua imbalan jasa pelayanan RS**
- e) **Memenuhi hal2 yg tlh disepakati atau perjanjian yg dibuat**

18

Hak dan Kewajiban Perawat

Hak Perawat

- a) Mdp perlindungan hukum dlm melaksanakan tugas sesuai dgn profesinya
- b) Mengembangkan diri mll kemampuan spesialisasi sesuai latar belakang pendidikannya
- c) Menolak keinginan pasien yg bertentangan dgn peraturan perundang2an serta standar profesi dan kode etik profesi
- d) Mendapat informasi lengkap dari klien yg tdk puas thd pelayanannya
- e) Meningkatkan pengetahuan berdasarkan pengembangan IPTEK dlm bidang keperawatan scr terus menerus

19

- f) Diperlukan adil dan jujur oleh RS maupun klien atau keluarganya
- g) Mdptkn jaminan perlindungan thd resiko kerja yg berkaitan dgn tugasnya
- h) Diikutsertakan dlm penyusunan atau penetapan kebijaksanaan pelayanan kesehatan di RS
- i) Diperhatikan privasinya dan berhak menuntut apabila nama baiknya tll dicemarkan oleh klien atau keluarganya
- j) Menolak pihak lain utk melakukan tind yg bertentangan dgn perundang2an, standar profesi, dan etik profesi

20

- k) Mdpt penghargaan imbalan yg layak dr jasa profesinya sesuai peraturan/ketentuan yg berlaku di RS
- l) Memperoleh kesempatan mengembangkan karier sesuai bidang profesinya

21

Kewajiban Perawat

- a) Mematuhi semua peraturan RS dgn hub hukum antara perawat dgn pihak RS
- b) Mengadakan perjanjian tertulis dgn pihak RS
- c) Memenuhi hal2 yg tlh disepakati dan dibuatnya
- d) Memberikan ASKEP sesuai standar profesi&otonominya
- e) Menghormati hak2 klien
- f) Merujuk klien kpd perawat lain/tenaga kesh lain yg memp keahlian yg sesuai dgn mslh k
- g) Memberi kesempatan kpd klien agar senantiasa dpt b/d kelgnya dan dpt menjalankan ibadah sesuai dgn agama/kepercayaannya sepanjang tdk bertentangan dgn RS

22

- h) Memb informasi yg adekuat ttg tind kep kpd klien/kelg sesuai batas kewenangannya
- i) Memb dokumentasi askep scr akurat & berkesinambungan
- j) Meningkatkan mutu pelayanan kep sesuai standar profesi kep dan kepuasan klien
- k) Mengikuti perkembangan IPTEK keperawatan scr terus menerus
- l) Milik pertolongan darurat sbg tgs perikemanusiaan sesuai batas kewenangannya
- m) Merahasiakan segala sesuatu yg diketahuinya ttg klien, kec diminta keterangan oleh yg berwenang

23

3. Kode Etik Keperawatan

- Pertanggungjawaban moral perawat dalam mengambil suatu keputusan berdasarkan *client's welfare*, yg meliputi: hak klien memberikan PERSETUJUAN, menolak pengobatan dan perawatan, mempertimbangkan pengobatan dan perawatan, dan privacy.

24

Hukum Keperawatan

- Perawat hrs memberikan tind kep kpd klien sesuai dgn standar kep.
- Kesalahan dalam pelaksanaan standar praktik bisa sbg suatu “negligence (kealpaan)” tugas perawat.

25

Ada 4 hal yang b/d negligence:

- 1) Klien menjadi tanggung jawab perawat yang bersangkutan
- 2) Perawat tidak melaksanakan tugas yang diemban
- 3) Tindakan keperawatan menyebabkan menyebabkan perlukaan atau kecacatan kepada klien
- 4) Perlukaan atau kecacatan disebabkan tindakan *negligence* (lupa atau kesalahan yg tidak disengaja)

26

Inisiatif rencana tindakan untuk mencapai tujuan.

Intervensi :

1. Independen.

Dilaksanakan perawat tanpa perintah dari tim kesehatan lain.

- Tindakan diagnostik ---- pengkajian.
- Tindakan terapeutik ---- mengurangi, mencegah, mengatasi.
- Edukatif ---- penyuluhan.
- Tindakan merujuk ---- tim kesehatan lain.

2. Interdependen.

Kerjasama dengan tim kesehatan lain.

Misalnya : fisio tx, ahli gizi, dokter.

3. Dependen.

Berhubungan dengan tindakan medis.

Modifikasi kata-kata yang mendahului

Planning	Implementasi
Laksanakan..	Melaksanakan...
Kaji...	Mengkaji ...
Jelaskan, ajarkan...	Menjelaskan ...
Observasi...	Mengobservasi ...



EVALUASI

- Evaluasi mengacu kpd penilaian, tahapan, dan perbaikan.
- Perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat Berhasil Atau Gagal. (Alfaro-LeFevre, 1994)
- Bagaimana reaksi klien thd intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima.

- Menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan, atau intervensi keperawatan.
- Menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai adalah keputusan bersama antara perawat dan klien (Yura & Walsh, 1988)
- Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri.
- Kemampuan dlm pengetahuan standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan.

Evaluasi 2 komponen :

1. Formatif

- tiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan.
- evaluasi proses.
- biasanya berupa catatan perkembangan.

2. Sumatif

- rekapan terakhir secara paripurna.
- catatan naratif.
- penderita pulang / pindah.

Evaluasi dengan pendekatan SOAP

- Subyek
- Obyek
- Analisa = analisa ulang respon s dan o (assessment).
 - Masalah belum teratasi.
 - Teratasi sebagian.
 - Muncul masalah baru.
 - Teratasi.

Planning

- rencana diteruskan.
- dimodifikasi.
- dibatalkan ada masalah baru.
- selesai (tujuan tercapai).

Evaluasi mengacu pada tujuan dan kriteria hasil

CATATAN PERKEMBANGAN

- Berisi kemajuan dari pasien pada tiap masalah yang telah dilakukan tindakan.
- Format : dx keperawatan ---- tindakan ---- SOAP

Contoh Evaluasi

No	NOC	1	2	3	4	5
		Ekstr em	Berat	Seda ng	Ring an	Tidak ada
1	Nyeri efek merusak					√
2	Tingkat Nyeri			√		

Konsep *Discharge Planning*

- Suatu proses dimulainya pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang diikuti dengan kesinambungan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya (Rosdahl dan Kowalski, 2008).
- Maramba et al (2004), *discharge planning* adalah suatu proses mengidentifikasi dan menyiapkan kebutuhan pelayanan kesehatan pada klien yang dirawat inap di suatu institusi pelayanan kesehatan.

Tujuan *Discharge Planning*

- Segera mengidentifikasi kebutuhan *discharge* klien
- Berkoordinasi waktu *discharge planning* selama dirawat di rumah sakit sehingga kebutuhan klien terpenuhi
- Meningkatkan kontinuitas perawatan, meningkatkan kualitas perawatan dan memaksimalkan manfaat sumber pelayanan kesehatan

Manfaat dan Keuntungan *Discharge Planning*

- **a. Bagi klien :**
 - Dapat memenuhi kebutuhan klien
 - Merasakan bahwa dirinya adalah bagian dari proses perawatan sebagai bagian yang aktif dan bukan objek yang tidak berdaya .
 - Menyadari haknya untuk dipenuhi segala kebutuhannya
 - Merasa nyaman untuk kelanjutan perawatannya dan memperoleh *support* sebelum timbulnya masalah.
 - Dapat memilih prosedur perawatannya
 - Mengerti apa yang terjadi pada dirinya dan mengetahui siapa yang dapat dihubungnya.

- **b. Bagi Perawat :**

- Merasakan bahwa keahliannya di terima dan dapat digunakan
- Menerima informasi kunci setiap waktu
- Memahami perannya dalam sistem pelayanan kesehatan
- Dapat mengembangkan ketrampilan dalam prosedur baru
- Memiliki kesempatan untuk bekerja dalam setting yang berbeda dan cara yang berbeda.
- Bekerja dalam suatu sistem dengan efektif.

Komponen *Discharge Planning*

1. Peralatan yang diperlukan di rumah. Keluarga klien harus tahu peralatan yang dibutuhkan dan dimana mendapatkan peralatan tersebut
2. Petunjuk penggunaan beberapa peralatan khusus, termasuk cara demonstrasi yang dilakukan oleh klien atau keluarga klien
3. Diet khusus. Dengan dibantu oleh ahli gizi mengajarkan kepada klien dan mengevaluasi tingkat pemahamannya

Komponen *Discharge Planning*

4. Medikasi yang harus dibawa ke rumah. Klien harus diberi tahu instruksi dan kewaspadaan khusus mengenai penggunaan obat
5. Prosedur khusus, seperti penggantian balutan, perawatan saat di rumah
6. Rujukan ke pelayanan kesehatan atau *home care*
7. Jadwal kontrol berikutnya
8. Tanda bahaya dan kapan harus menghubungi dokter
9. Hal-hal yang telah diajarkan didokumentasikan secara tertulis

Aplikasi *Discharge Planning*

- Rencana pemulangan harus didasarkan pada :
 1. Kemampuan klien untuk melakukan aktifitas sehari-hari dan seberapa jauh tingkat ketergantungan pada orang lain
 2. Ketrampilan, pengetahuan dan adanya anggota keluarga atau teman
 3. Bimbingan perawat yang diperlukan untuk memperbaiki dan mempertahankan kesehatan, pendidikan, dan pengobatan

Karakteristik *discharge planning*

1. Berfokus pada klien. Nilai, keinginan dan kebutuhan klien merupakan hal penting dalam perencanaan. Klien dan keluarga harus berpartisipasi aktif dalam hal ini (Carroll dan Dowling, 2007)
2. Kebutuhan dasar klien pada waktu pulang harus diidentifikasi pada waktu masuk dan terus dipantau pada masa perawatan
3. Kriteria evaluasi menjadi panduan dalam menilai keberhasilan implementasi dan evaluasi secara periodik.
4. *Discharge planning* suatu proses yang melibatkan tim kesehatan dari berbagai disiplin ilmu.
5. Klien harus membuat keputusan yang tertulis mengenai *discharge planning*.

cara penyampaian *discharge planning*

1. Menggunakan bahasa yang sederhana, jelas dan ringkas.
2. Menjelaskan langkah-langkah dalam melaksanakan suatu perawatan.
3. Memperkuat penjelasan lisan dengan instruksi tertulis
4. Memotivasi klien untuk mengikuti langkah-langkah tersebut dalam melakukan perawatan dan pengobatan.
5. Mengenali tanda-tanda dan gejala komplikasi yang harus dilaporkan pada tim kesehatan.
6. Memberikan nama dan nomor telepon yang dapat klien hubungi

**FAKTOR PENGHAMBAT PELAKSANAAN
PENDOKUMENTASIAN**

1. Kurangnya pemahaman dasar dokumentasi keperawatan → latar belakang pendidikan → tidak adanya keseragaman pelaksanaan dokumentasi keperawatan.
2. Kurangnya kesadaran akan pentingnya dokumentasi keperawatan → tidak mengacu pada standar
3. Banyaknya lembar format yg diisi utk mencatat → TERBEBANI.
4. Keterbatasan tenaga. → berorientasi pada tindakan → Tidak cukup waktu mendokumentasi.

Kesimpulan

- Dokumentasi keperawatan merupakan unsur penting dalam sistem pelayanan kesehatan, → informasi keadaan pasien diketahui secara berkesinambungan.
- Dokumentasi merupakan dokumen yang legal tentang pemberian asuhan keperawatan.
- Dokumentasi dibuat berdasarkan pemecahan masalah pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Chase, S. (1994). Clinical Judgement by critical care nurse: An ethnographic study. In R. M. Carroll-Johnson & Pacquette (Eds), *Classification of nursing diagnosis: Proceeding of the ninth conference, North American Nursing Diagnosis Association* (pp. 367-368). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Lunney; M. (1992). Divergent productie thinking factors and accuracy of nursing diagnoses. *Research in Nursing and Health*, 15(4), 303-312.

**terima kasih
semoga bermanfaat**