

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Proses keperawatan adalah model universal, dan alat standar yang digunakan oleh perawat untuk memberikan asuhan keperawatan berkelanjutan kepada klien (Tammy et al., 2023). Di beberapa negara seperti Finlandia, Swedia, Amerika Serikat, Inggris dan Ethiopia saat ini, penggunaan proses keperawatan merupakan persyaratan hukum dan kebijakan untuk perawatan pasien oleh perawat (Osman et al., 2021). Proses keperawatan menjadi dasar dalam memberikan asuhan keperawatan dan menjadi standar dalam pengukuran kualitas asuhan keperawatan.

Proses keperawatan merupakan pendekatan sistematis dalam keperawatan yang menggunakan prinsip-prinsip dasar pemikiran kritis, berpusat pada klien, berorientasi pada tujuan, berbasis bukti dan menggabungkan intuisi keperawatan (Ansah & Yeboah, 2022). Menurut PPNI (2010) standar asuhan keperawatan terdiri dari: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis keperawatan, 3) Intervensi, 4) Implementasi, 5) Evaluasi, dan 6) Catatan keperawatan. Menurut Xiao et al. (2017), proses keperawatan yang didasarkan pada teori perawatan deliberative Orlando dalam teori ini menegaskan bahwa perilaku atau tindakan yang ditunjukkan perawat merupakan hasil dari evaluasi kebutuhan pasien, yang berarti bahwa perawat professional melakukan pengkajian kebutuhan dan masalah klien secara mendalam melalui proses

persepsi dan berpikir kritis, kesimpulan klinis, dan perasaan perawat tentang kebutuhan dasar pasien.

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan harus dilakukan pendokumentasian untuk merencanakan perawatan pasien, indikator dalam mengembangkan asuhan keperawatan, indikator praktek keperawatan yang bermutu, sebagai bukti tanggung jawab, dan tanggung gugat perawat (Potter et al., 2010). Dokumentasi keperawatan yang tidak efektif dan efisien dapat mempengaruhi kuantitas dan kualitas keperawatan.

Beberapa penelitian terkait dengan pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan masih terbatas terkait kuantitas atau kelengkapan asuhan keperawatan saja. Hasil penelitian kuantitas asuhan keperawatan yang dilakukan Semachew (2018) di tiga rumah sakit Wilayah Amhara North West Ethiopia menunjukkan sebanyak 21,9% pengkajian tidak lengkap, 31,7% diagnosis tidak lengkap, 45,3% intervensi tidak lengkap, 51,2% implementasi tidak lengkap, dan 53,0% evaluasi tidak lengkap. Hasil penelitian di rumah sakit Pendidikan Tamale Ghana menunjukkan sebanyak 32,3% asuhan keperawatan tidak lengkap (Osman et al., 2021). Sejalan dengan penelitian di rumah sakit Wilayah Tigray sebanyak 65% asuhan keperawatan juga tidak lengkap (Baraki et al., 2017). Tidak lengkapnya asuhan keperawatan disebabkan oleh perbandingan jumlah perawat dengan pasien yang tidak sesuai sehingga beban kerja perawat tinggi.

Indonesia juga mengalami masalah yang sama terkait rendahnya kuantitas asuhan keperawatan. Penelitian yang dilakukan oleh Erna & Dewi,

(2020) di Denpasar Bali menunjukkan pengkajian sebanyak 70% tidak lengkap, 80% diagnosa tidak lengkap, 90% intervensi tidak lengkap, 90% implementasi tidak lengkap, dan 60% evaluasi tidak lengkap. Hasil penelitian Damanik et al. (2020) di salah satu rumah sakit Sumatera Barat menunjukkan sebanyak 76,7% pengkajian keperawatan tidak lengkap, 95,7% diagnosa tidak lengkap, 81,3% intervensi tidak lengkap, 77,7% implementasi tidak lengkap, dan 77,7% evaluasi tidak lengkap. Sejalan dengan penelitian Supratti & Ashriady (2018) di Mamuju menunjukkan sebanyak 97,8% pengkajian tidak lengkap, 43% diagnosa keperawatan tidak lengkap, 49,5% intervensi keperawatan tidak lengkap, 32,3% implementasi tidak lengkap, dan 14,0% evaluasi tidak lengkap.

Hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa kuantitas asuhan keperawatan yang tidak lengkap pada proses pengkajian adalah alasan masuk rumah sakit dan kondisi kesehatan pasien tidak didokumentasikan dengan lengkap, format pengkajian sangat ringkas dan sederhana, diagnosa keperawatan hanya mencantumkan komponen masalah saja, tanpa menggambarkan secara komprehensif kondisi pasien, pada proses intervensi disebabkan tidak ada intervensi yang dicatat dalam bentuk tindakan keperawatan, implementasi tidak lengkap karena tingginya beban kerja dan kurangnya waktu untuk melakukan pengisian, dan sebagian besar perawat hanya menuliskan rutinitas saja dalam proses evaluasi, tanpa memberikan analisis mendalam tentang hasil tindakan yang dilakukan.

Permasalahan terkait kualitas asuhan keperawatan masih menjadi isu penting di berbagai rumah sakit di dunia. Hasil penelitian yang dilakukan

Tuinman et al. (2017) di Belanda menunjukkan keseluruhan total rencana perawatan 52,8% terstruktur sesuai dengan fase proses keperawatan, 49,6% etiologi dan tanda gejala belum sesuai dengan laporan diagnosa keperawatan, 48,9% diagnosa keperawatan yang ditegaskan tidak relevan dengan laporan kemajuan dan hasil. 88,8% intervensi sepenuhnya tidak terkait dengan diagnosis keperawatan, 63,5% laporan kemajuan dan hasil tidak terkait dengan diagnosa dan intervensi keperawatan, 68,5% laporan memiliki bahasa tidak benar dan menciptakan ambiguitas dan tanggal evaluasi tidak ada.

Di Indonesia kualitas asuhan keperawatan masih menjadi permasalahan. Hasil penelitian Muryani et al. (2019) di Kalimantan Tengah menunjukkan 100% pengkajian tidak sesuai dengan standar, hal ini disebabkan oleh ketidakterediaan format pengkajian pada status pasien, 41,0% diagnosis juga tidak sesuai dalam proses diagnosis keperawatan, terkadang hanya satu diagnosis yang dibuat, padahal kejadian yang ditemukan sebenarnya melibatkan lebih dari satu masalah, 46,0% intervensi tidak sesuai karena meskipun perencanaan telah dibuat sesuai pedoman, namun implementasinya belum benar dan masih hanya mencakup satu diagnosis dari saat pasien masuk hingga pulang, 90,0% implementasi sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya, dan 36,0% evaluasi juga tidak sesuai.

Penelitian Supratti & Ashriady (2018) di Mamuju juga menunjukkan pengkajian tidak sesuai sebanyak 94,% disebabkan kurangnya motivasi kerja dan pengalaman perawat, diagnosa keperawatan tidak sesuai 48,4% karena menetapkan diagnosa keperawatan tidak sesuai kondisi pasien, intervensi keperawatan tidak sesuai 48,4% karena terbatasnya tenaga keperawatan yang

terampil dalam menyusun perencanaan, implementasi tidak sesuai 32,3%, dan evaluasi tidak sesuai sebanyak 21,5%, hal ini disebabkan karena terbatasnya sumber daya manusia sehingga pekerjaan yang akan dilakukan begitu banyak dan kurangnya waktu untuk melakukan pengisian. Berdasarkan temuan dari beberapa penelitian tersebut, terlihat bahwa kuantitas dan kualitas asuhan keperawatan masih tergolong rendah.

Dokumentasi yang berkualitas harus memenuhi kriteria, yaitu berdasarkan fakta, akurat, lengkap, ringkas, terorganisir, terkini, komprehensif, dan mudah dipahami oleh orang lain (Okuisu et al., 2014; Ann & Elizabeth, 2014; Potter & Perry, 2010 dalam Damanik et al., 2020). Prakosa et al. (2016) mengatakan pendokumentasian yang baik mempunyai ciri-ciri berdasarkan fakta, data yang akurat, kelengkapan, ringkas, terorganisasi, ketepatan waktu, mudah untuk dibaca. Dokumentasi asuhan keperawatan yang berkualitas harus terdapat unsur keakuratan, kelengkapan, dan kerelevanan. Kegiatan dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap dalam pendokumentasian, keakuratan dan tidak relevan maka akan terjadi kesulitan dalam melakukan pembuktian tindakan yang sudah dilaksanakan dengan baik dan benar.

Rendahnya pelaksanaan asuhan keperawatan dapat terjadi karena beberapa faktor. Menurut Ardenny & Idayanti (2022): Deanda et al. (2021): Amirulloh (2013) : faktor yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan adalah : 1) Kompetensi atau keterampilan, 2) Pengalaman, 3) Sikap 4) Pengetahuan, 5) Imbalan, dan 6) Motivasi. Menurut Tilman et al. (2019) mengatakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keperawatan adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan lama kerja.

Kompetensi dan pelatihan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kuantitas dan kualitas asuhan keperawatan.

Dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia untuk mendorong peningkatan kinerja dalam asuhan keperawatan. Menurut Harini (2017), pelatihan merupakan kegiatan yang bertujuan untuk mengembangkan keterampilan pegawai agar mereka dapat bekerja dengan lebih efektif. Adanya pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat, sesuai dengan tujuan umum pelatihan yaitu, 1) mengembangkan keahlian, sehingga penyelesaian tugas bisa lebih cepat dan efektif. 2) mengembangkan pengetahuan, dimana pekerjaan dapat diselesaikan secara rasional. 3) mengembangkan sikap, sehingga memunculkan tanggung jawab dan kerjasama dalam organisasi Hamalik (2007). Dengan peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pelatihan, perawat dapat menerapkan berpikir kritis dalam setiap aspek asuhan keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan kompetensi dan pelatihan mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan. Indriani (2018) mengatakan kompetensi berpengaruh positif dan signifikan terhadap pelaksanaan asuhan rawat inap di Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut, hal ini terjadi jika semakin meningkat pengetahuan, sikap dan keterampilan dapat meningkatkan kinerja perawat. Hasmi et al. (2018) menunjukkan kompetensi perawat RSUD Wisata UIT Makassar memiliki pengaruh terhadap kinerja perawat pada pelaksanaan asuhan keperawatan dengan dengan nilai koefisien regresi variabel kompetensi perawat 0.352. Begitupun dengan modul juga efektif meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap. Hal ini, sesuai dengan penelitian Bakoil

et al. (2023) mengatakan modul efektif meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan seseorang. Kurangnya keterampilan dan pelatihan dapat berdampak signifikan pada pelaksanaan asuhan keperawatan.

Pelaksanaan asuhan keperawatan rendah, maka akan berdampak terhadap rumah sakit. Dampak dari rendahnya pelaksanaan asuhan keperawatan akan mengakibatkan mutu pelayanan rumah sakit menurun (Muryani et al., 2019). Deniati et al. (2018) mengatakan rendahnya pelaksanaan asuhan keperawatan akan mempengaruhi mutu asuhan keperawatan dan mutu pelayanan (Deniati et al., 2018). Pelaksanaan asuhan keperawatan yang tidak maksimal dapat mengakibatkan penurunan kepuasan dan keselamatan pasien (Konten et al., 2021). Rendahnya kemampuan pelaksanaan asuhan keperawatan akan mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan dan mutu keperawatan.

Upaya peningkatan pelaksanaan asuhan keperawatan, ada beberapa metode yang dapat dipilih dan digunakan. Salah satu upaya untuk meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pelatihan berpikir kritis perawat (Deniati et al., 2018). American Nurses Association (2010) mengatakan salah satu kompetensi perawat yang senantiasa harus diasah dan dikembangkan adalah kemampuan berpikir kritis. Berpikir kritis dibutuhkan dalam setiap tahap proses keperawatan (Potter & Perry, 2019). Menurut Pratiwi (2019), berpikir kritis dalam keperawatan merupakan bagian penting yang diperlukan perawat untuk dapat bekerja secara profesional dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan proses keperawatan dalam melaksanakan

asuhan keperawatan. Kemampuan berpikir kritis sangat penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang efektif.

Berpikir kritis memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Penelitian yang dilakukan oleh Kamil et al (2021) menunjukkan 72% perawat memiliki berpikir kritis kategori baik dan memiliki pengaruh dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Hal ini juga senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Deniati et al. (2018) menunjukkan 62,7% yang berpikir kritis baik memiliki kemampuan yang baik pula dalam melakukan asuhan keperawatan. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan teori Ignatavicius & Workman (2013) yang mengungkapkan bahwa berpikir kritis merupakan kompetensi yang perlu dimiliki oleh perawat agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Keterampilan berpikir kritis pada perawat menjadikan asuhan yang lebih baik dan berdasarkan bukti.

Ada beberapa teori dan model yang membahas tentang berpikir kritis. Model berpikir kritis telah dikembangkan dalam keperawatan dan kompleksitasnya bervariasi diantaranya: 1) Model Kataoka Yahiro, 2) Rubinfeld dan Scheffer (2006) mengembangkan model berpikir kritis TAKTIK yang terdiri *total recall, habits, inquiry, new ideas and creativity, dan knowing how you* yang disingkat menjadi THINK, 3) Model penilaian klinis, 4) Model Tanner (2006), 5) Model Paul. Model Paul menitikberatkan pada tiga aspek berpikir yaitu; unsur penalaran, standar intelektual, dan sifat intelektual. Model Paul merupakan salah satu model yang paling banyak digunakan dalam program pelatihan dan pengajaran (Babullah & Nugraha, 2023). Kelebihan

teori berpikir kritis Elder dan Paul dibandingkan teori berpikir kritis lainnya adalah menambah penilaian terhadap keluasan makna dan kedalaman berpikir kritis (Pamungkas et al., 2023).

Berpikir kritis dalam keperawatan adalah proses mental yang melibatkan persepsi, analisis, sintesis, dan informasi yang diperoleh dari pengamatan, pengalaman, refleksi, penalaran, dan komunikasi. Model Paul menggaris bawahi pentingnya berpikir kritis dalam keperawatan untuk pengambilan keputusan, meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, keselamatan pasien, inovasi (Aprisunadi, 2011). Paul (1993) menemukan standar intelektual yang diperlukan dalam berpikir kritis. Standar intelektual merupakan petunjuk atau prinsip untuk berpikir rasional, perawat menerapkan standar-standar tersebut saat melakukan proses keperawatan (Potter et al., 2017). Hal ini menunjukkan bahwa model Paul relevan dalam dunia keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berpikir kritis model Paul efektif dilakukan diberbagai disiplin ilmu. Penelitian yang dilakukan dalam ranah pendidikan menunjukkan bahwa berpikir kritis model Paul dapat membantu guru dalam mengajar siswa untuk berpikir analitis, menghubungkan konsep, dan mengambil keputusan yang terinformasi (Babullah & Nugraha, 2023). Sullivan (2012) membuktikan bahwa model Paul membantu perawat dalam menganalisis situasi klinis, mengajukan pertanyaan relevan, dan mengambil keputusan berdasarkan bukti. Dengan demikian, model berpikir kritis Paul memiliki relevansi yang kuat baik dalam keperawatan maupun pendidikan. Oleh sebab itu, dengan melihat kesamaan dari tujuan model Paul untuk mengembangkan kemampuan berpikir kritis dan masih jarang penerapan

model Paul di layanan klinis, maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan berpikir kritis model Paul dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Model Paul terdiri dari tiga elemen. Menurut Paul & Elder (2020), berpikir kritis terdiri dari; 1) unsur penalaran, 2) standar intelektual, dan 3) sifat intelektual. Elemen pertama yaitu penalaran, penalaran diartikan sebagai cara menggunakan nalar, pemikiran atau cara berpikir logis, proses mental dalam mengembangkan pikiran dari beberapa fakta atau prinsip. Elemen kedua yaitu standar intelektual, digunakan untuk menentukan kualitas penalaran. Elemen ketiga yaitu sifat intelektual, adalah watak yang mencirikan sifat-sifat baik atau kebajikan yang harus dimiliki oleh seorang pemikir kritis. Paul & Elder (2020) menekankan bahwa standar harus diterapkan pada unsur pemikiran dan kemampuan berpikir kritis harus dikembangkan dengan sifat intelektual sehingga mencegah pemikiran egois atau egosentris.

RSUD Prof. DR. M. A. Hanafiah Batusangkar saat ini merupakan satu-satunya rumah sakit tipe C di Batusangkar. Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan kasie keperawatan dan kepala ruangan untuk asuhan keperawatan sudah menggunakan SDKI, SLKI, dan SIKI. Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada saat residensi yang dilakukan di RSUD Prof. DR. MA. Hanafiah SM Batusangkar pada bulan Oktober 2023, ditemukan dari hasil 50 studi dokumentasi asuhan keperawatan pasien, kuantitas asuhan keperawatan didapatkan sebanyak 37% pengkajian kurang lengkap, 47% diagnosa kurang lengkap, 43% intervensi kurang lengkap, 88% implementasi kurang lengkap, 69% evaluasi kurang lengkap, 48% dan pendokumentasian tidak lengkap.

Kurang lengkapnya asuhan keperawatan dikarenakan 100% intervensi keperawatan lengkap didokumentasikan pada form *hand over* sedangkan pada CPPT hanya 1 kali 24 jam, 96% dokumentasi ekspektasi dan kriteria hasil tidak ada, 88% pendokumentasian implementasi keperawatan tidak lengkap/belum ada (form untuk ini tidak ada), tahap evaluasi asuhan keperawatan dilakukan dengan pendekatan SOAP hanya dilakukan pada shift pagi, untuk shift sore dan malam belum ada evaluasi dengan pendekatan SOAP dan 72% pendokumentasian setiap melakukan tindakan perawat belum mencantumkan paraf/nama jelas dan tanggal serta jam dilakukannya tindakan.

Hasil studi pendahuluan kualitas asuhan keperawatan menunjukkan kualitas pengkajian 67% tidak sesuai, diagnosis 53% tidak sesuai, intervensi 57% tidak sesuai, implementasi 41% tidak sesuai dan 54% evaluasi tidak sesuai. Hal ini disebabkan karena pada diagnosis keperawatan sebagai produk didapatkan beberapa permasalahan yang ditemukan seperti; diagnosis keperawatan 68% belum disusun menurut SDKI dan diurutkan berdasarkan prioritas, diagnosis yang dirumuskan 84% belum terdapat tanda/gejala mayor 80-100% untuk validasi diagnosis, dalam menyusun prioritas diagnosis keperawatan 34% tidak dilengkapi dengan etiologi, dan untuk tujuan keperawatan ada kaitannya dengan diagnosis keperawatan 100% tidak ada.

Intervensi keperawatan didapatkan bahwa sebanyak rencana tindakan keperawatan yang dibuat 48 (96%) belum mengacu dan mengandung komponen tujuan dan kriteria hasil. Sedangkan Hasil (*outcomes*) keperawatan berdasarkan studi pendahuluan untuk kesesuaian diagnosa 38% tidak dikaji

setiap hari sesuai perubahan kondisi pasien, diagnosis keperawatan 63% tidak ditulis kembali saat melakukan pencatatan evaluasi, perkembangan SOAP pasien 66% tidak didokumentasikan, perkembangan pasien 87% tidak diobservasi berdasarkan kriteria hasil, 100% tidak terdapat keterkaitan kriteria hasil dan intervensi keperawatan.

RSUD Sijunjung dalam melaksanakan asuhan keperawatan masih belum berjalan maksimal. Survei juga peneliti lakukan di RSUD Sijunjung pada bulan Januari 2024, ditemukan dari hasil 50 studi dokumentasi asuhan keperawatan pasien, kuantitas asuhan keperawatan menunjukkan pengkajian sebanyak 34% tidak lengkap, diagnosis 42% tidak lengkap, intervensi 46% tidak lengkap, implementasi 63% tidak lengkap, dan evaluasi 48% tidak lengkap. Sedangkan kualitas asuhan keperawatan menunjukkan pada pengkajian 43% tidak sesuai, diagnosis 54% tidak sesuai, intervensi 67% tidak sesuai. Implementasi 72% tidak sesuai, dan 48% evaluasi tidak sesuai.

Hasil studi pendahuluan tergambar masih rendahnya kuantitas dan kualitas asuhan keperawatan. Untuk meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan, penelitian ini akan mencoba menerapkan pelatihan berpikir kritis model Paul. Dari hasil wawancara dengan kasi keperawatan dan kepala ruangan RSUD Prof DR. M. A Hanafiah SM mengatakan belum pernah menerapkan metode pengembangan staf keperawatan di ruang perawatan melalui pelatihan berpikir kritis model Paul. Hal tersebut menjadikan peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh pelatihan berpikir kritis model Paul terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan di RSUD Prof DR. M. A Hanafiah SM Batusangkar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan dan fenomena dilapangan, maka rumusan masalah dan pertanyaan penelitian yang disusun dalam penelitian ini adalah “Bagaimana pengaruh pelatihan berpikir kritis model Paul terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM dan RSUD Sijunjung tahun 2024?”,

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelatihan berpikir kritis model Paul, modul di ruang rawat inap RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar dan membaca modul terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Sijunjung tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

Penelitian tahap I

- a. Diketuainya distribusi frekuensi sosiodemografi perawat meliputi usia, pendidikan, dan masa kerja perawat di ruang rawat inap RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM dan RSUD Sijunjung tahun 2024.
- b. Diketuainya distribusi frekuensi pengetahuan, sikap, dan keterampilan perawat sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok yang diberikan pelatihan, modul dan kelompok hanya membaca modul di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM dan di RSUD Sijunjung tahun 2024.
- c. Diketuainya kandidat perawat yang memenuhi persyaratan untuk penerapan implementasi berpikir kritis model Paul yang diberikan

pelatihan, modul di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM tahun 2024.

Penelitian tahap II

- a. Diketuainya rerata kuantitas asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok yang diberikan pelatihan, modul dan kelompok yang hanya diberikan modul di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM dan RSUD Sijunjung tahun 2024.
- b. Diketuainya rerata kualitas asuhan keperawatan meliputi factual, akurat, lengkap, baru, dan terorganisasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok yang diberikan pelatihan, modul dan kelompok hanya membaca modul di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM dan RSUD Sijunjung tahun 2024.
- c. Diketuainya perbedaan kuantitas asuhan keperawatan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok yang diberikan pelatihan, modul dan kelompok yang hanya diberikan modul di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM dan RSUD Sijunjung tahun 2024.
- d. Diketuainya perbedaan kualitas asuhan keperawatan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok yang diberikan pelatihan, modul dan kelompok yang hanya diberikan modul di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM dan RSUD Sijunjung tahun 2024.
- e. Diketuainya pengaruh pelatihan berpikir kritis model Paul, modul dan membaca modul terhadap kuantitas asuhan keperawatan diruang rawat

inap antara RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM dan RSUD Sijunjung tahun 2024.

- f. Diketuinya pengaruh pelatihan berpikir kritis model Paul, modul dan membaca modul terhadap kualitas asuhan keperawatan diruang rawat inap antara RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM dan RSUD Sijunjung tahun 2024.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan bahan pertimbangan bagi perawat untuk selalu melakukan upaya dalam mengembangkan keterampilan berpikir kritis terutama dalam menegakkan diagnosis keperawatan, karena diagnosis keperawatan ini adalah pengarah/pemandu dalam memilih intervensi dan *outcomes*/hasil yang tepat dan sesuai kondisi pasien, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan/asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan kontribusi yang bermanfaat bagi manajemen rumah sakit diantaranya;

- a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai *evidence based practice* dalam praktek keperawatan dan memperkuat dukungan teoritis bagi pengembangan ilmu keperawatan, sehingga dapat dijadikan sebagai materi dalam pembelajaran pendidikan keperawatan, khususnya dalam peningkatan kemampuan berpikir kritis.
- b. Memberikan gambaran tentang hubungan berpikir kritis perawat dengan

kualitas asuhan keperawatan yang tertuang dalam dokumentasi keperawatan, dimana dokumentasi keperawatan ini merupakan wujud nyata dari proses keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat.

3. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini sebagai sumber informasi dan kepustakaan yang berkaitan dengan berpikir kritis model Paul, menambah khasanah perkembangan ilmu manajemen khususnya kepemimpinan dan manajemen keperawatan, serta memperkaya ilmu keperawatan khususnya mengenai kemampuan berpikir kritis perawat dalam asuhan keperawatan

4. Bagi Penelitian Keperawatan

Menjadi dasar dan bahan masukan bagi penelitian selanjutnya untuk mengembangkan model berpikir kritis Paul dan diharapkan dapat memberikan ide untuk mengembangkan desain penelitian model lain. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan dan data dasar bagi penelitian berikutnya terutama yang terkait dengan topik berpikir kritis dan pengukuran kuantitas serta kualitas keperawatan yang tecermin dari kualitas dokumentasi keperawatan.

