

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan memerlukan kemampuan kepemimpinan klinis. Menurut *The Victorian Quality Council* (2005), kepemimpinan klinis merupakan usaha perawat pelaksana meningkatkan keselamatan dan kualitas pelayanan keperawatan. Sedangkan menurut *Swanwick & McKimm* (2011), kepemimpinan klinis adalah upaya meningkatkan pelayanan keperawatan menjadi unggul. Simon (2014), menyatakan *kepemimpinan klinis* adalah kemampuan meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien secara inovasi dan kreativitas dalam praktek keperawatan. Jadi, kepemimpinan klinis merupakan kemampuan perawat pelaksana meningkatkan kualitas pelayanan, keselamatan pasien secara inovasi dan kreatif. Kepemimpinan klinis perlu dipahami perawat pelaksana.

Perawat pelaksana mempunyai peran penting menjadi pemimpin dalam lingkup praktek keperawatan. Menurut *Australian College of Nursing* (2015), peran perawat sebagai pemimpin keperawatan di semua tingkatan mendorong perubahan dalam perawatan klinis garda depan (*frontline*). Stanley (2005) menyatakan pemimpin klinis merupakan orang yang ahli di bidangnya dalam berkomunikasi, menjadi role model, motivator dan menyakini serta mengaplikasikan nilai-nilai keperawatan dalam praktek keperawatan. Sedangkan menurut Stavrianopoulos (2011), peran perawat sebagai pemimpin klinis dikembangkan dalam menanggapi isu-isu dan tantangan tentang kualitas pelayanan dan keselamatan dari kompleksitas asuhan

keperawatan, kemajuan teknologi serta sistem kesehatan yang selalu berubah. Oleh karena itu, perawat pelaksana dapat berperan sebagai pemimpin klinis dengan menggunakan kemampuannya dalam memberikan perubahan perawatan. Perawat pelaksana harus memiliki kemampuan kepemimpinan klinis.

Perawat pelaksana dengan kemampuan kepemimpinan klinis yang kurang baik menjadi masalah dalam sistem pelayanan kesehatan. Menurut Doherty, Jane, (2014), kemampuan kepemimpinan klinis yang belum optimal menjadi masalah manajemen rumah sakit dan berpengaruh terhadap rendahnya kualitas pelayanan. Karena, sebagian besar keputusan mempengaruhi perawatan klinis. Hasil penelitian Sandra dan Balding (2013) didapatkan bahwa kepemimpinan klinis perawat pelaksana yang kurang terlaksana dengan baik menghasilkan kinerja yang rendah. Jadi kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana yang rendah berdampak terhadap pelayanan dan masalah manajemen. Kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana harus dikembangkan melalui model kepemimpinan klinis.

Perawat pelaksana dapat menggunakan salah satu model kepemimpinan klinis yang dikembangkan oleh berbagai ahli. Menurut *Victorian Healthcare Association* (2008), ada 4 (empat) model kepemimpinan klinis, yaitu; 1) *reflective practice model*, 2) *canadian nursing model*, 3) *the royal college of nursing clinical leadership program*, 4) *the lehigh valley hospital and health network clinical leadership development programme*. Sedangkan *National Health Service (NHS)* (2012), mengembangkan 1 (satu) model kepemimpinan klinis yaitu *Clinical Leadership Competency Framework (CLCF)*. Menurut Mortlock, Sue menyatakan kerangka kepemimpinan CLCF diakui sebagai model kepemimpinan klinis

keperawatan (NHS, 2011). Dengan demikian, CLCF dapat digunakan dalam praktek keperawatan. CLCF sesuai untuk keperawatan shif perawat.

CLCF sangat penting bagi perawat pelaksana dalam perawatan pasien. Menurut Sritharan dan Thillai (2012), CLCF bermanfaat menggambarkan kemampuan kepemimpinan dan manajemen yang dibutuhkan perawat pelaksana dalam perencanaan, penyampaian dan transformasi layanan untuk pasien. CLCF juga menjadi standar perilaku kepemimpinan perawat pelaksana dalam pengembangan kepemimpinan klinis dan memberikan dukungan pengambilan keputusan klinis dalam perawatan pasien (Blaber & Harris, 2014). Hasil penelitian Daly, *et al* (2014) di rumah sakit Australia didapatkan bahwa CLCF membantu perawat pelaksana dalam memberikan perawatan yang aman dan efisien. Hal ini menunjukkan bahwa CLCF menjadi standar perilaku kepemimpinan klinis bagi perawat pelaksana dalam pengelolaan layanan keperawatan yang aman dan efisien. CLCF mempunyai standar yang mudah dipahami sesuai dengan klasifikasinya.

Klasifikasi CLCF dikelompokkan dalam berbagai komponen atau domain. Menurut NHS (2012), terdapat 7 domain kepemimpinan klinis meliputi 5 domain ditujukan untuk perawat pelaksana dan 2 domain untuk perawat manajer. Adapun 5 domain untuk perawat pelaksana yaitu; 1) kualitas diri (*personal qualities*), 2) kerjasama (*working with others*), 3) manajemen asuhan keperawatan (*managing service*), 4) pengembangan layanan (*improving service*) dan 5) kemampuan *change agent* (*setting direction*). Sedangkan 2 domain untuk perawat manager mencakup; 1) menciptakan visi (*creating the vision*); dan 2) mengembangkan strategi (*delivery strategy*). Berdasarkan kerangka tersebut, perawat mempunyai konsep yang jelas

dalam pengembangan kepemimpinan klinis. CLCF mendukung kemampuan individu perawat pelaksana.

Kualitas diri perawat dijabarkan dalam beberapa elemen. Menurut CLCF, elemen dari kualitas diri perawat adalah 1) pengembangan kesadaran diri, 2) manajemen diri, 3) pengembangan pribadi berkelanjutan, dan 4) tindakan berintegritas. Hasil penelitian beberapa penelitian ditemukan bahwa 22% perawat memiliki manajemen diri rendah, 23,2% manajemen diri perawat mempengaruhi prestasi kerja, 60,6% perawat melakukan pengembangan profesional berkelanjutan melalui pengetahuan profesional dan 26,2% perawat tidak menjaga kerahasiaan pasien dan melakukan praktik yang tidak etis (Wisniewski, et al., 2007; Ratih, 2013; Ryan, 2003; Ulrich, 2013). Dari penelitian tersebut disimpulkan bahwa manajemen diri dan tindakan berintegritas perawat pelaksana masih rendah. Sehingga kualitas diri perawat pelaksana menunjukkan belum berkembang secara maksimal.

Aspek kepemimpinan klinis terkait dengan kemampuan kerjasama meliputi; 1) pengembangan jejaring melalui kolaborasi antar tenaga kesehatan, 2) membangun dan mempertahankan hubungan dengan komunikasi efektif, 3) mendorong kontribusi berkaitan dengan manajemen konflik dan menanggapi perbedaan pendapat, dan 4) bekerja dalam tim. Banyak penelitian melaporkan bahwa 71% komunikasi dan kolaborasi yang kurang baik antara perawat dengan dokter berpeluang terjadi kesalahan medis, 92% konflik terjadi akibat beban kerja dan sistem pelayanan tidak baik dan kerjasama dalam tim keperawatan yang baik berdampak bagi keselamatan pasien (Rosenstein, et al, 2008; Akpabio, et al, 2015; WHO, 2005). Hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana kurang baik dalam

melakukan pengembangan jejaring, mendorong kontribusi dan bekerja dalam tim. Perawat pelaksana masih mengalami kesulitan dalam mengembangkan kemampuan kerjasama antar tim dan profesi kesehatan lain.

Manajemen asuhan keperawatan yang ditunjukkan perawat pelaksana mencakup 4 (empat) elemen, yaitu; 1) perencanaan, 2) manajemen sumber daya, 3) manajemen manusia/personalia, dan 4) manajemen kinerja. Hasil penelitian Kanai (2008) di rumah sakit Jepang didapatkan ada 59% kualitas perawatan rendah. Sedangkan hasil penelitian Hagos, *et al* (2014) di rumah sakit Mekelle Etiopia Utara ditemukan ada 90% pengetahuan perawat kurang tentang proses keperawatan dan 75% perawat tidak menerapkan proses keperawatan selama perawatan pasien. Hasil penelitian Ball (2012), dilaporkan bahwa 47% perawat tidak mengembangkan atau memperbaharui rencana asuhan keperawatan karena keterbatasan waktu. Jadi perawat pelaksana kurang baik melakukan manajemen sumber daya dan manajemen kinerja dalam penerapan proses keperawatan. Perawat pelaksana belum melaksanakan manajemen asuhan keperawatan dengan baik.

Kemampuan pengembangan layanan keperawatan yang dimiliki perawat pelaksana terdiri dari; 1) menjamin keselamatan pasien, 2) evaluasi kritis, 3) mendorong perbaikan dan inovasi, dan 4) memfasilitasi transformasi. Beberapa penelitian melaporkan bahwa 23,3% perawat kurang melakukan pengelolaan keselamatan pasien dan lebih dari 20% perawat kurang memperhatikan kondisi pasien dan tidak memberi informasi tentang perawatan diri pasien (Cahyono, 2015; Mutlin, *et al*; 2006). Menurut Pesut (2013), berpikir kreatif dan inovasi melalui peningkatan pengetahuan, belajar dan disiplin dapat memajukan layanan keperawatan. Dengan demikian perawat masih memiliki keterbatasan dalam

menjamin keselamatan pasien dan mendorong perbaikan dan inovasi dalam perawatan pasien. Perawat pelaksana menunjukkan pengembangan layanan keperawatan belum optimal.

CLCF memberikan gambaran tentang perawat pelaksana tentang kemampuan *change agent* antara lain; 1) mengidentifikasi perubahan, 2) mengaplikasikan pengetahuan dan bukti ilmiah, 3) membuat keputusan, dan 4) mengevaluasi dampak. Hasil penelitian Paramonczyk (2005) di Kanada didapatkan bahwa kurangnya kesadaran perawat tentang hasil penelitian menjadi hambatan dalam mengaplikasikan hasil penelitian dalam praktek keperawatan. Adapun hasil penelitian Bucknall (2008) yang dilakukan pada perawat di ruang perawatan kritis Australia didapatkan bahwa ada 22 % sampai 56% perawat mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan. Keadaan ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana belum baik melakukan aplikasi hasil penelitian dan pengambilan keputusan dalam praktek keperawatan. Kemampuan *change agent* perawat pelaksana masih kurang efektif dilakukan dalam lingkup keperawatan.

Berdasarkan 5 (lima) domain CLCF tersebut, perawat pelaksana menunjukkan kemampuan kepemimpinan klinis. Hasil penelitian Bayliss-Pratt Lisa, et al (2013) didapatkan mayoritas responden percaya diri dengan kemampuannya untuk mendemonstrasikan kualitas diri dan bekerjasama. Namun sedikit yang dapat mengelola pelayanan, meningkatkan pelayanan dan menetapkan arah selama praktek keperawatan. Hasil penelitian Ruedy, John, et all (2004), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dirumah sakit pendidikan Kanada diperkirakan 24% dari 731 pasien dan 62% dari 502 pasien disebabkan efek samping dari pemberian obat, 9% infeksi nasokomial. Hal ini berkaitan dengan kurangnya kemampuan kemimpinan

klinis perawat pelaksana dalam menjamin keselamatan pasien selama perawatan. Jadi kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana yang belum optimal berakibat untuk terjadinya KTD memiliki kemampuan kepemimpinan klinis. Perawat pelaksana mempunyai peran sebagai pemimpin klinis dalam meningkatkan kualitas layanan keperawatan.

Pelaksanaan kemampuan kepemimpinan klinis dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Menurut *World Health Organization/WHO* (2009), ada 4 (empat) faktor yang berhubungan dengan pengembangan kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana yaitu; 1) ketersediaan sumber daya perawat, 2) kompetensi, 3) dukungan manajemen; dan 4) dukungan lingkungan kerja. Menurut Ilyas (2004), ketersediaan sumber daya perawat merupakan salah satu unsur pokok input dalam suatu pelayanan keperawatan, memberikan andil yang cukup besar dalam penciptaan *performance* pelayanan sebagai supplay atas tuntutan kebutuhan kesehatan masyarakat yang semakin meningkat. Adapun menurut Mosadeghrad, M. A (2014), ketersediaan sumber daya perawat pelaksana mendukung terlaksana pelayanan asuhan keperawatan berkualitas. Oleh karena itu, kecukupan tenaga perawat memberikan kesempatan bagi perawat dalam mengoptimalkan pemberian asuhan keperawatan.

Disamping ketersediaan sumber daya perawat, kompetensi juga menjadi hal penting untuk pengembangan kepemimpinan klinis. Menurut Alamsyah (2014), kompetensi perawat sebagai pemimpin di ruang perawatan memerlukan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan tertentu untuk berhasil. Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dituntut untuk memiliki kompetensi berupa kemampuan intelektual, interpersonal, kemampuan teknis dan moral (Permenkes

RI, 2008). Hasil penelitian Adolfini (2012) bahwa kinerja perawat ditentukan oleh kompetensi yang dimiliki, baik melalui pendidikan dan pelatihan, maupun dari pengalaman kerja. Jadi, kompetensi mendukung perawat penggunaan diri secara maksimal dalam layanan keperawatan.

Pelaksanaan praktek keperawatan harus didukung dengan manajemen dan lingkungan kerja. Menurut Aiken, *et al* (2002), rendahnya dukungan manajerial bagi perawat dalam praktek keperawatan menyebabkan kualitas perawatan rendah. Hasil penelitian Putra, dkk. (2006) di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang menunjukkan bahwa ada hubungan antara lingkungan kerja dengan pelaksanaan praktek keperawatan. Jadi dukungan manajemen yang baik akan menciptakan lingkungan yang kondusif bagi perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan termasuk di RSUD Kota Padangsidimpuan.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Padangsidimpuan merupakan Rumah Sakit Negeri Kelas B Milik Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Utara yang mempunyai 11 ruang rawat inap dengan 242 perawat pelaksana. Indikator mutu pelayanan rawat inap pada tahun 2014 didapatkan *Bed Occupancy Rate* (BOR) 48,9%, *Bed Turn Over* (BTO) 44 kali, *Average Length of Stay* (ALOS) 5 hari, *Turn Over Interval* (TOI) 4 hari, *Gross Death Rate* (GDR) 72,29% dan *Net Death Rate* (NDR) 72,29%. Nilai-nilai indikator ini menunjukkan bahwa mutu pelayanan rawat inap yang diberikan belum optimal. Hal ini juga berkaitan dengan pelayanan yang diberikan oleh perawat.

Pelayanan keperawatan yang diberikan perawat berhubungan dengan kemampuan kepemimpinan klinis. Peneliti melakukan studi pendahuluan pada tanggal 3 sampai 6 Februari 2016 terkait 5 domain kepemimpinan klinis perawat

pelaksana di RSUD Padangsidimpuan melalui wawancara dan pembagian kuesioner CLCF pada 20 perawat pelaksana. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kasie bidang keperawatan II RSUD, belum ada studi khusus yang dilakukan tentang kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana. Sedangkan hasil pembagian kuesioner CLCF pada 20 perawat pelaksana terdiri dari 3 orang masing-masing dari Ruang I, Ruang II, Ruang III dan Ruang IV dan 4 orang dari Ruang VIP serta 2 orang masing-masing dari ruang ICU dan Ruang Mata didapatkan bahwa 35% perawat menyatakan dirinya mempunyai kualitas diri kurang baik, 30% perawat menyatakan kurang baik dalam melakukan kerjasama, 45% perawat kurang baik dalam melakukan manajemen asuhan keperawatan, 30% perawat menyatakan kurang baik dalam pengembangan layanan keperawatan dan 55 % perawat pelaksana kurang baik dalam menjadi *change agent*. Hal ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana di RSUD Padangsidimpuan belum optimal mengaplikasikan kemampuan kepemimpinannya dalam praktek keperawatan.

Selanjutnya survey awal berdasarkan hasil wawancara dari 5 domain kepemimpinan klinis. Domain pertama tentang kualitas diri, peneliti mendapatkan Kasie bidang keperawatan II menyatakan bahwa perawat pelaksana masih banyak yang belum melakukan pengembangan diri melalui pelatihan dan seminar. Adapun domain kedua tentang kemampuan kerjasama, peneliti melakukan wawancara dengan kepala ruangan di ruang VIP khusus bahwa ada 4 perawat pelaksana di ruangan tersebut sering melakukan tugasnya secara individu berdasarkan pembagian tugas di tim-nya. Hal ini berpeluang untuk terjadi kesalahan bila tidak diberitahukan kepada perawat pelaksana yang ada di tim lain.

Domain ketiga kepemimpinan klinis yaitu kemampuan manajemen asuhan keperawatan. Peneliti melakukan observasi di Ruang IV (perawatan penyakit paru) selama 2 hari (tanggal 4 dan 5 Februari 2016) pada shif pagi didapatkan masalah pada elemen perencanaan bahwa perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien masih banyak berdasarkan tindakan kolaborasi dengan tim medis lain tanpa membuat perencanaan intervensi mandiri keperawatan yang sesuai dengan masalah pasien berdasarkan hasil pengkajian. Sedangkan domain ke empat tentang kemampuan pengembangan layanan keperawatan, peneliti melakukan wawancara dengan perawat pelaksana di ruang RR (perawatan dan pemulihan pasca operasi) didapatkan bahwa perawat memberikan informasi tentang keadaan pasien bila keluarga pasien bertanya. Domain ke lima tentang kemampuan *change agent* perawat, hasil wawancara peneliti dengan 2 perawat pelaksana di ruang III (perawatan penyakit dalam) didapatkan bahwa perawat pelaksana belum pernah berpikir bagaimana melakukan perubahan dalam layanan keperawatan bila hanya sebagai bawahan.

Berdasarkan fenomena di atas menunjukkan bahwa kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana di RSUD Padangsidimpuan belum maksimal. Disamping itu peneliti melihat dari 20 perawat pelaksana yang dijadikan sampel studi pendahuluan melalui pembagian kuesioner didapatkan bahwa 7 perawat pelaksana dengan jenjang pendidikan Ners dan 13 perawat pelaksana dengan jenjang pendidikan D-III Keperawatan. Kasie bidang keperawatan II mengatakan bahwa penilaian kompetensi perawat pelaksana diruang rawat inap belum dilakukan, hal ini menunjukkan bahwa kompetensi perawat pelaksana belum diketahui. Selanjutnya terkait dengan dukungan manajemen didapatkan bahwa

struktur manajerial Kepala bidang pelayanan keperawatan diduduki oleh seorang lulusan profesi Ners dan belum ada penerapan sistem *reward* melalui jenjang karir. Sedangkan dukungan lingkungan kerja, hasil wawancara dengan perawat pelaksana di ruang I (perawatan saraf dan THT) didapatkan bahwa belum ada keterlibatan perawat dalam penetapan kebijakan.

Berdasarkan fenomena di ruang rawat inap RSUD Padangsidimpuan didapatkan bahwa kemampuan kepemimpinan klinis bagi perawat pelaksana masih belum maksimal diaplikasikan, dimana ada dua domain (manajemen asuhan keperawatan dan kemampuan *change agent*) memiliki persentase tinggi responden yang menyatakan kurang baik. Adapun hasil penelitian Bayliss-Pratt Lisa, et al (2013), menunjukkan kemampuan kualitas diri dan kerjasama dilakukan dengan baik oleh perawat pelaksana dan manajemen asuhan keperawatan, pengembangan layanan keperawatan dan kemampuan *change agent* masih kurang baik. Sedangkan NHS (2012), menyatakan bahwa perawat pelaksana dengan kemampuan kepemimpinan klinis yang baik harus menunjukkan efektifitas dalam lima domain (kualitas diri, kerjasama, manajemen asuhan keperawatan, pengembangan layanan keperawatan dan kemampuan *change agent* masih kurang baik). Namun menurut WHO (2009), kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana belum dapat dikembangkan dengan optimal karena ketersediaan sumber daya perawat, kompetensi, dukungan manajemen dan dukungan lingkungan kerja.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, penulis tertarik melakukan penelitian tentang analisis kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana berdasarkan pendekatan *clinical leadership competency framework* dan faktor-faktor determinannya di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah

Padangsidempuan. Hasil temuan penelitian ini diharapkan dapat lebih menyempurnakan pelayanan keperawatan yang telah ada saat ini.

1.2 Rumusan Masalah

Kepemimpinan klinis berdasarkan pendekatan CLCF dalam pelayanan keperawatan ditujukan perawat pelaksana untuk perencanaan, penyampaian dan tranformasi layanan untuk pasien dan mengoptimalkan pemberian asuhan keperawatan. Namun, permasalahan di pelayanan keperawatan adalah masih kurang penanganan mandiri keperawatan yang tepat sejak awal karena perawat belum memahami kemampuan kepemimpinan klinis dan manajemen dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien untuk memberikan perubahan di bidang keperawatan. Pengembangan kemampuan kepemimpinan klinis yang belum optimal berhubungan dengan ketersediaan sumber daya perawat, kompetensi perawat, dukungan manajemen dan lingkungan kerja.

Telah banyak studi yang membahas tentang kepemimpinan klinis yang tertuang dalam CLCF baik yang dilakukan oleh perawat maupun oleh profesi kesehatan lain. Di Indonesia hasil penelitian tentang analisis kemampuan kepemimpinan klinis perawat manajer belum ditemukan. Berdasarkan hal diatas, peneliti tertarik untuk menganalisis bagaimana kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana berdasarkan pendekatan *clinical leadership competency framework* dan faktor-faktor determinannya di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidempuan?

1.3 Tujuan Penelitian

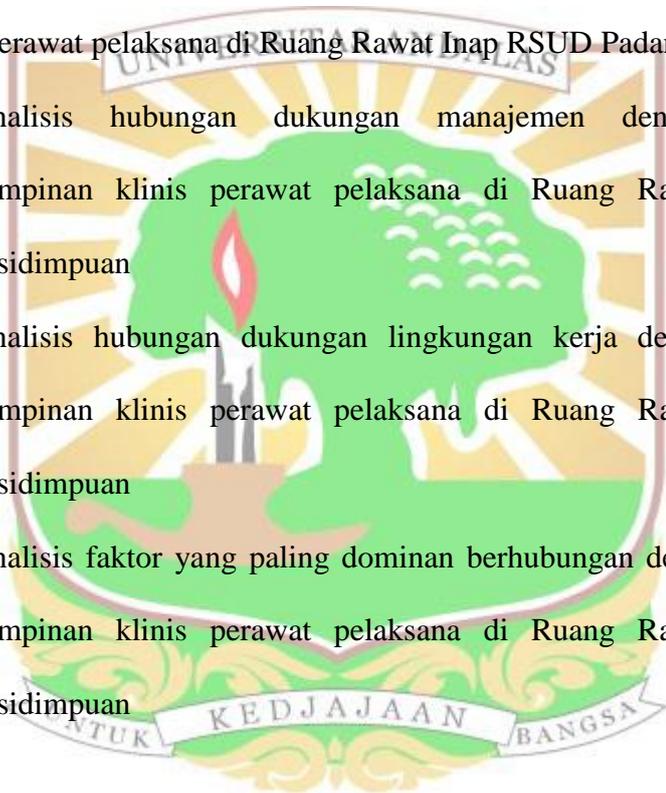
1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana berdasarkan pendekatan *clinical leadership competency framework* dan faktor-faktor determinannya di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidimpuan

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik perawat pelaksana (usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja) di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidimpuan
2. Mengidentifikasi kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana pada domain kualitas diri di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidimpuan
3. Mengidentifikasi kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana pada domain kerjasama di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidimpuan
4. Mengidentifikasi kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana pada domain manajemen asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidimpuan
5. Mengidentifikasi kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana pada domain pengembangan layanan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidimpuan
6. Mengidentifikasi kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana pada domain *change agent* di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidimpuan
7. Mengidentifikasi faktor-faktor determinan dari kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana (ketersediaan sumber daya perawat, kompetensi, dukungan manajemen dan dukungan lingkungan kerja) di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidimpuan.

8. Menganalisis hubungan karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja) dengan kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidempuan
9. Menganalisis hubungan ketersediaan sumber daya dengan kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidempuan
10. Menganalisis hubungan kompetensi dengan kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidempuan
11. Menganalisis hubungan dukungan manajemen dengan kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidempuan
12. Menganalisis hubungan dukungan lingkungan kerja dengan kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidempuan
13. Menganalisis faktor yang paling dominan berhubungan dengan kemampuan kepemimpinan klinis perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Padangsidempuan



1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

1. Meningkatkan pengetahuan bagi perawat dalam mengembangkan landasan yang kuat untuk mewujudkan kemampuan kepemimpinan klinis dan manajemen dalam pelayanan keperawatan

2. Meningkatkan pemahaman bahwa kepemimpinan klinis juga menjadi kemampuan yang harus dimiliki perawat pelaksana sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri

1.4.2 Manfaat Keilmuan

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu pengembangan profesional perawat pelaksana untuk meningkatkan kepemimpinan klinis dalam layanan keperawatan
2. Hasil penelitian ini dapat menjadi *evidence based* untuk mengembangkan teori dan model tentang kepemimpinan klinis perawat pelaksana

1.4.3 Manfaat Metodologi

1. Secara metodologi penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk mengaplikasikan teori dan model yang terbaik dalam meningkatkan kepemimpinan klinis perawat pelaksana
2. Hasil penelitian ini dapat dijadikan landasan untuk melakukan penelitian selanjutnya tentang dukungan yang diperlukan untuk mewujudkan penerapan *clinical leadership competency framework (CLCF)* dengan baik dan berkelanjutan.

