

**PELAKSANAAN MANAJEMEN KONFLIK INTERDISIPLIN
OLEH *CASE MANAGER* DI RUANG RAWAT INAP
RSUD TUGUREJO SEMARANG**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
mencapai Gelar Magister Keperawatan

Konsentrasi
Manajemen Keperawatan

Oleh
Menik Kustriyani
NIM 22020113410020

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, 2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

PELAKSANAAN MANAJEMEN KONFLIK INTERDISIPLIN OLEH *CASE*
MANAGER DI RSUD TUGUREJO SEMARANG -

Telah disetujui sebagai Penelitian Tesis untuk memenuhi persyaratan Pendidikan
Program S2

Program Studi Magister Keperawatan
Pembimbing Utama,



Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kes.
NIP. 19710919 199403 1 001

Pembimbing Anggota,



dr. Muhamad Thohar Arifin, PhD, PA, SpBS(K)
NIP. 19740414 199903 1 013

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul:
PELAKSANAAN MANAJEMEN KONFLIK INTERDISIPLIN OLEH *CASE*
MANAGER DI RUANG RAWAT INAP RSUD TUGUREJO SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Menik Kustriyani

NIM : 22020113410020

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 28 Juli 2016 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji Ketua,



Dr. Tri Hartiti, SKM. M.Kep.
NIK. 1028.06.026

Penguji Anggota,



Dr. Anggorowati, S.Kp, M.Kep, Sp.Mat.
NIP. 19770830 200112 2 001

Pembimbing Utama,



Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kes.
NIP. 19710919 199403 1 001

Pembimbing Anggota,



dr. Muhamad Thohar Arifin, PhD, PA,
SpBS(K)

NIP. 19740414 199903 1 013

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Dr. Mediana Dwidiyanti, S.Kp. MSc.

NIP. 19600515 198303 2 002

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Menik Kustriyani
NIM : 22020113410020
Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan
No. Telp / HP : 082225542717
Email : mtriyanie@yahoo.co.id

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Pelaksanaan Manajemen Konflik Interdisiplin oleh *Case manager* di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang” bebas dari plagiarisme dan bukan karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Demikian pernyataan saya ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa paksaan.

Semarang, Juni 2016


Menik Kustriyani

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Menik Kustriyani
NIM : 22020113410020
Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan
No. Telp / HP : 082225542717
Email : mtriyanie@yahoo.co.id

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan / mengalih formatkan menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis di perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip tanpa perlu meminta dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan dari semua tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan supaya dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Juni 2016


Menik Kustriyani

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

1. Nama Lengkap	Menik Kustriyani
2. NIM	22020113410020
3. Tempat & Tanggal Lahir	Wonosobo, 10 Mei 1987
4. Alamat Asal	Jl. Watuwila 4 Blok E6 No. 21 Permata Puri
5. Nomor Telp. (HP) / Fax	082225542717
6. Email	mtrianie@yahoo.co.id
7. Instansi Tempat Kerja	STIKES Widya Husada Semarang
8. Alamat Kantor	Jl. Subali raya No. 12 Krapyak Semarang
9. Nomor Telp. / Fax	(024) 7612988 / Fax. (024) 7612944

B. Riwayat Pendidikan Formal

<i>Tingkat</i>	<i>Sekolah / PT</i>	<i>Tahun Lulus</i>
1. SD	SD Negeri 2 Wonosobo	1999
2. SMP	SMP Muhammadiyah Wonosobo	2002
3. SMA	SMU Muhammadiyah Wonosobo	2005
4. D3	Poltekes Depkes Semarang	2008
5. S1	Universitas Diponegoro	2009
6. Profesi	Universitas Diponegoro	2011

C. Pengalaman Penelitian

<i>Judul Penelitian</i>	<i>Tahun</i>	<i>Peran</i>
1. Hubungan kecerdasan emosional dengan prestasi belajar mahasiswa di STIKes Widya Husada Semarang	2013	Ketua
2. Hubungan Motivasi belajar mahasiswa dengan prestasi belajar mahasiswa di STIKes Widya Husada Semarang	2014	Anggota

D. Pengalaman Publikasi

<i>Judul Artikel / Paper</i>	<i>Nama Jurnal / Konferensi/Seminar</i>	<i>Tahun & Nomor</i>

E. Pengalaman Seminar / Pelatihan

<i>Nama Kegiatan</i>	<i>Waktu</i>	<i>Peran</i>
1. Seminar Nasional “Peran perawat dalam <i>International Patient Safety Goals</i> ”	2013	Panitia
2. Konferensi Nasional II PPNI (Perawat Sumber Kekuatan Dalam Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional)	2014	Peserta
3. Workshop (Analisis Kebutuhan Kompetensi Perawat Medikal Bedah: Melakukan Perawatan Luka Perawat Klinik Medikal Bedah)	2014	Peserta
4.		

F. Pengalaman Organisasi

<i>Nama Organisasi</i>	<i>Kedudukan</i>	<i>Tahun</i>
1.		
2.		

Semarang, 15 September 2016



Menik Kustriyani

Ket:

- Diisi dengan benar dengan huruf TNR, font 11, spasi 1,5, sesuai contoh
- Tanda tangan asli

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti haturkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul “Pelaksanaan Manajemen Konflik Interdisiplin oleh *Case manager* Di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang”.

Dengan rasa hormat dan penghargaan yang setinggi-tingginya, pada kesempatan ini juga peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Ibu Prof. Dr. dr. Tri Nur Kristina, DMM., M.Kes., PhD selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
2. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes., selaku Ketua Jurusan Keperawatan dan Pembimbing Utama Tesis Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh perhatian dan kesabaran dalam penyusunan tesis ini.
3. Ibu Dr. Mediana Dwidiyanti, S.Kp., MSc., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
4. Bapak dr. Muhamad Thohar Arifin, PhD, PA, SpBS(K) selaku Pembimbing Anggota Tesis Program Studi Magister Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh perhatian dan kesabaran dalam penyusunan tesis ini.
5. Direktur Utama RSUD Tugurejo Semarang
6. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Tugurejo Semarang

7. Kepala Seksi Keperawatan Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang
8. *Case manager* RSUD Tugurejo Semarang
9. Teman-teman Magister Keperawatan angkatan 2013 yang telah memberikan banyak dukungan selama dalam kebersamaan dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu.

Peneliti menyadari bahwa laporan penelitian ini masih jauh dari sempurna, untuk itu peneliti dengan rendah hati mengharapkan saran untuk kesempurnaan laporan penelitian ini. Harapan peneliti semoga penelitian ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan dan manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Semarang, Juni 2016

Peneliti,



Menik Kustriyani

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
PENGESAHAN TESIS	iii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iv
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
ABSTRAK	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	9
C. Pertanyaan Penelitian.....	10
D. Tujuan Penelitian.....	11
E. Manfaat Penelitian.....	11
F. Keaslian Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	16
A. Tinjauan Teori	16
1. Pelayanan Kesehatan	16
2. Pelayanan Fokus Pada Pasien (<i>Patient Centered Care</i>)	18
3. Kolaborasi Interdisiplin.....	19
4. Konflik	21
5. <i>Case manager</i>	46
B. Kerangka Teori.....	51
C. Fokus Penelitian	52
BAB III METODE PENELITIAN	53
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	53
B. Populasi dan Informan Penelitian.....	53
1. Populasi	53
2. Informan Penelitian.....	54
C. Tempat dan Waktu Penelitian	55
1. Waktu Penelitian.....	55
2. Tempat Penelitian	55
D. Definisi Istilah	55
E. Alat Penelitian dan Tehnik Pengumpulan Data	56
1. Alat Penelitian	56
2. Tehnik Pengumpulan Data.....	58
F. Teknik Analisis Data	60
G. Kriteria dan Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data	62
H. Etika Penelitian.....	64

BAB IV HASIL PENELITIAN.....	66
A. Gambaran Umum RSUD Tugurejo Semarang.....	66
B. Karakteristik Informan.....	68
C. Hasil Penelitian.....	69
1. Konflik interdisiplin Tenaga Kesehatan Di RSUD Tugurejo Semarang.....	70
2. Pencegahan Timbulnya Konflik Interdisiplin Tenaga Kesehatan Di RSUD Tugurejo Semarang.....	78
3. Pengelolaan konflik interdisiplin di Rumah Sakit Tugurejo Semarang.....	82
4. Strategi penyelesaian konflik interdisiplin di Rumah Sakit Tugurejo Semarang.....	87
5. Rekonsiliasi konflik interdisiplin di Rumah Sakit Tugurejo Semarang.....	92
BAB V PEMBAHASAN.....	95
A. Konflik interdisiplin.....	95
B. Pencegahan Konflik.....	100
C. Pengelolaan Konflik.....	102
D. Strategi Penyelesaian Konflik.....	108
E. Rekonsiliasi Konflik.....	113
F. Keterbatasan Penelitian.....	116
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	117
A. Simpulan.....	117
B. Saran.....	118
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1.1	Daftar Penelitian Terdahulu yang Serupa dengan Penelitian yang akan dilakukan	12
3.1	Definisi Istilah	55
4.1	Karakteristik informan utama	65
4.2	Karakteristik informan triangulasi	66



DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka teori	51
2.2	Fokus Penelitian	52



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
Lampiran 1	Surat studi pendahuluan
Lampiran 2	Surat Balasan Studi Pendahuluan
Lampiran 3	Surat ijin penelitian
Lampiran 4	Surat balasan ijin penelitian
Lampiran 5	Surat Keterangan Telah Uji <i>Expert</i> Instrumen Penelitian
Lampiran 6	<i>Ethical clearance</i>
Lampiran 7	Lembar Persetujuan Menjadi Responden / <i>informed consent</i>
Lampiran 8	Panduan wawancara mendalam informan utama
Lampiran 9	Panduan diskusi terarah (FGD) informan utama
Lampiran 10	Panduan wawancara mendalam informan triangulasi

ABSTRAK

Menik Kustriyani

Pelaksanaan Manajemen Konflik Interdisiplin oleh *Case Manager* di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang

xvi + 117 Halaman + 4 Tabel + 2 Gambar + 15 Lampiran

Konflik interdisiplin memberikan dampak negatif pada pelaksanaan kolaborasi sehingga dapat menyebabkan penurunan kualitas pelayanan kesehatan. *Case manager* berperan penting dalam pelaksanaan kolaborasi interdisiplin dan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan pelaksanaan manajemen konflik interdisiplin yang dilakukan oleh *case manager* di ruang rawat inap RSUD Tugurejo Semarang. Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Populasi dalam penelitian ini adalah *case manager* di ruang rawat inap. Pengambilan sampel dilakukan secara *total sampling* dengan jumlah informan utama sebanyak 6 orang. Data peroleh melalui wawancara mendalam dan *Focus Group Discussion (FGD)* untuk mengetahui pelaksanaan manajemen konflik interdisiplin yang telah dilakukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa konflik interdisiplin berupa perselisihan dan penurunan produktivitas kerja oleh dokter, perawat, dan petugas farmasi klinis disebabkan oleh miskomunikasi, kewenangan dan perubahan, dan terjadi di ruang perawatan. Manajemen konflik interdisiplin yang dilakukan oleh *case manager* terdiri dari pencegahan konflik, pengelolaan konflik, penyelesaian konflik, dan rekonsiliasi konflik. Penelitian ini menyimpulkan bahwa *case manager* berperan dalam penyelesaian konflik interdisiplin yang terjadi di rumah sakit.

Kata kunci : Manajemen Konflik, *Case Manager*

Referensi : 84 (2004-2016)

*Master of Nursing Study Program
Department of Nursing
Faculty of Medicine
Diponegoro University
September, 2016*

ABSTRACT

Menik Kustriyani

Implementation of Interdisciplinary Conflict Management by the Case Managers in Tugurejo Public Hospital of Semarang

xvi + 117 Pages + 4 Tables + 2 Figures + 15 Appendices

Interdisciplinary conflicts have a negative impact on the implementation of collaboration that can cause a decrease on the quality of healthcare services. Case managers have an important role in the implementation of interdisciplinary collaboration and healthcare services provided to patients. This study aimed to describe the implementation of interdisciplinary conflict management undertaken by the case managers in the inpatient wards of Tugurejo public hospital of Semarang. This study used a qualitative research design with a phenomenological approach. The population in this study was the case managers in the inpatient wards. The sampling was done by total sampling with 6 key informants. The data were collected through in-depth interviews and Focus Group Discussion (FGD) to examine the implementation of interdisciplinary conflict management. The results indicated that interdisciplinary conflicts in the form of dispute and decreased work productivity by doctors, nurses, and clinical pharmacists were caused by miscommunication, authority and changes, and occurred in the inpatient wards. The management of interdisciplinary conflicts undertaken by the case managers consisted of conflict prevention, conflict management, conflict settlement, and conflict reconciliation. The study concluded that the case managers played roles in the settlement of interdisciplinary conflicts which occurred in the hospital.

Keywords : *Conflict Management, Case Manager*

References : *84(2004-2016)*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Konflik adalah adanya pertentangan atau ketidak sesuaian antara pihak yang akan dan sedang mengadakan hubungan atau kerjasama, konflik digambarkan sebagai perilaku kompetitif (bersaing) atau agresif.¹ Konflik merupakan pertentangan yang di ekspresikan diantara dua pihak atau lebih yang saling tergantung mengenai objek konflik, menggunakan pola perilaku dan interaksi konflik yang menghasilkan resolusi konflik. Konflik tidak terjadi secara mendadak, tetapi terjadi melalui suatu proses, dimulai dari konflik yang belum dirasakan sampai konflik yang membutuhkan penanganan.²

Proses terjadinya konflik meliputi latar belakang penyebab konflik (*antecedence*), konflik tidak terlihat atau tersembunyi (*Latent conflict*), konflik dipersepsikan (*perceived conflict*), konflik dirasakan (*felt conflict*), konflik resolusi, dan konflik tidak terselesaikan (*aftermatch conflict*). Proses tersebut akan terjadi pada setiap konflik tanpa membedakan jenis atau bentuk konflik yang dihadapi.³

Konflik dapat terjadi dalam kerjasama tim interdisiplin di rumah sakit. Adanya konflik ini yang membuat kualitas perawatan pasien tidak tercapai sesuai tujuan organisasi.⁴ Konflik antara tenaga kesehatan merupakan masalah umum yang sering terjadi di Rumah Sakit. Menurut penelitian lain

diketahui bahwa 60 % tenaga kesehatan mengalami konflik interdisiplin 1 – 5 kali dalam satu minggu dan 37 % tenaga kesehatan tersebut berada dalam resolusi konflik selama 90 menit atau 19 % dari satu shift. Strategi terbaik dalam resolusi konflik adalah menghindar (36,6%) dan kolaborasi (37,5%).⁵ Diperkirakan 8 (delapan) dari 10 tenaga kesehatan mengalami konflik dalam menjalankan tugasnya.⁶

Pada organisasi yang memberikan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, konflik yang sering terjadi adalah konflik interpersonal.³ Tim kesehatan di rumah sakit memberikan pelayanan kepada pasien secara komprehensif dengan pendekatan kerjasama dan kolaborasi interdisiplin. Anggota tim kesehatan meliputi perawat, dokter, fisioterapi, ahli gizi, manajer dan apoteker yang memiliki tujuan bersama dan kemitraan, saling melengkapi dan saling ketergantungan, saling menghormati, dan pembagian kewenangan klinis.^{7, 8} Dalam kerja sama tim memerlukan kompetensi mengenai pemahaman tentang tugas, identifikasi kompetensi anggota tim lain, pemahaman bersama tentang tujuan atau sasaran tertentu, dan rasa tanggung jawab terhadap tugas.⁹ Menurut hasil penelitian lain bahwa sumber yang paling umum dari konflik dalam fasilitas pelayanan kesehatan adanya perbedaan pribadi, kurangnya deskripsi tugas dan tanggung jawab yang jelas, ketidakcocokan antara tenaga kesehatan dan masalah organisasi seperti tingkat stres yang tinggi, sumber daya yang terbatas dan ketidakpastian pekerjaan.¹⁰

Masalah organisasi dan komunikasi merupakan penyebab utama konflik interdisiplin.⁵ Konflik yang dialami perawat disebabkan oleh stress kerja, hubungan interpersonal dengan tim medis lain khususnya dokter, dan benturan keyakinan dan nilai pribadi dengan situasi tugas yang dihadapi.¹¹ Konflik organisasi yang mempekerjakan berbagai multi disiplin ilmu paling banyak disebabkan oleh variabel komunikasi dan variabel struktur.³

Konsekuensi konflik dapat berupa hal positif atau negatif, Konflik positif dapat menjadi titik pangkal terjadinya perubahan positif pada organisasi misalnya inovasi organisasi, kreativitas, dan adaptasi. Konflik dapat menjadi pendorong semangat kerja atau menjadi jalan untuk menghasilkan keputusan yang bermutu. Konsekuensi konflik juga bersifat negatif atau disfungsional, konflik dapat menghasilkan konsekuensi penurunan produktivitas kinerja, semangat kerja rendah, kekecewaan yang berlipat ganda, dan meningkatnya ketegangan serta stress.⁴

Konflik interdisiplin berdampak negatif pada tingkat stres, kepuasan kerja dan efektivitas kinerja tim.¹² Hal tersebut menyebabkan tenaga kesehatan tidak masuk bekerja dan tingginya turnover.¹³ Konflik interdisiplin dapat mempengaruhi pelaksanaan kolaborasi, sehingga menyebabkan penurunan kualitas pelayanan.¹⁴ Dampak negatif konflik pelayanan kesehatan pada tingkat praktisi ditampilkan melalui perselisihan, produktivitas yang rendah dan penurunan moral. Dampak negatif konflik berhubungan kuat dengan produktivitas kerja.¹¹ Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan

yang berkaitan dengan jasa, sehingga manajer perlu mewaspadaikan untuk terjadinya konflik interpersonal agar asuhan dapat terlaksana dengan baik.¹⁵

Manajer sebaiknya melakukan pencegahan konflik pada tahap *antecedence* (latar belakang konflik). Pada tahap ini faktor yang penyebab konflik dapat diminimalkan. Pengelolaan konflik dilakukan setelah proses pencegahan gagal dilakukan dan konflik mulai ditampilkan melalui manifestasi negatif. Pada saat konflik telah memburuk dan pihak yang berkonflik telah kehabisan energi dalam menyelesaikan konflik maka diperlukan alternatif penyelesaian lain seperti menghadirkan orang ketiga sebagai mediator. Mediator harus mampu membantu menyelesaikan konflik dengan baik sehingga memuaskan kedua belah pihak. Selanjutnya mediator membantu proses rekonsiliasi konflik untuk membentuk hubungan baru yang lebih harmonis antara pihak yang berkonflik.² Hubungan yang harmonis antara tim pelayanan kesehatan akan menunjang kerjasama dan kolaborasi dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Kerjasama dalam tim diperlukan untuk mencapai keselamatan pasien dan untuk meningkatkan kepuasan serta terciptanya mutu pelayanan kesehatan yang baik.^{9, 16, 17} Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat dilakukan dengan melaksanakan manajemen pelayanan pasien oleh *case manager*.¹⁸

Case manager merupakan profesional di rumah sakit yang melaksanakan manajemen pelayanan pasien. Suatu proses kolaboratif mengenai asesmen, perencanaan, fasilitasi, koordinasi asuhan, evaluasi dan

advokasi untuk opsi dan pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarganya yang komprehensif, melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberi hasil (*outcome*) yang bermutu dengan biaya efektif.¹⁸

Case manager berkolaborasi untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien secara efektif dan efisien. *Case manager* berperan aktif sebagai penghubung antara pasien dengan dokter atau tenaga kesehatan lain yang dibutuhkan dalam mendapatkan perawatan.¹⁹ Tugas *case manager* yang sangat kompleks mengharuskan *case manager* untuk bisa berkolaborasi dengan tim pelayanan kesehatan.²⁰ Dengan demikian seorang *case manager* memiliki peran yang penting dalam pelaksanaan kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. *Case manager* melakukan pemantauan pelaksanaan pemberian pelayanan kepada pasien dengan berpedoman pada *integrated clinical pathway* yang ada di rumah sakit.²¹ *Case manager* melaksanakan manajemen pelayanan pasien dengan menangani 25-50 pasien dan disesuaikan dengan kerumitan, sistem pelayanan, dan budaya kerja di rumah sakit.²² Dalam pelaksanaan kolaborasi terjadinya konflik tidak dapat dihindari oleh *case manager*. Konflik merupakan salah satu ancaman dalam pencapaian tujuan organisasi juga merupakan hal yang perlu dikelola dengan baik.^{16, 23}

Menciptakan penyelesaian konflik yang kreatif merupakan merupakan strategi manajemen konflik yang efektif. Strategi manajemen konflik sangat berpengaruh bagi anggota organisasi, konflik berdampak baik ataupun buruk tergantung pada pengelolaan konflik tersebut. Pemimpin organisasi dituntut menguasai manajemen konflik agar konflik yang muncul dapat berdampak positif untuk meningkatkan mutu organisasi.³ Pemimpin yang baik dapat mengelola konflik dengan cara yang produktif dengan memperhatikan hubungan interpersonal.²⁴

Manajemen konflik dilakukan dengan menggunakan beberapa strategi penyelesaian konflik. Manajemen konflik di Oman menggunakan gaya *integrating*, *compromising*, *obliging*, *dominating*, dan *avoiding*.²⁵ Penelitian lain menemukan bahwa beberapa karakteristik demografi seperti kewarganegaraan, level manajer, senioritas, tingkat pendidikan, dan jenis kelamin berpengaruh secara signifikan terhadap pemilihan gaya manajemen konflik.²⁶ Di Yordania 42 manajer perawat dari empat rumah sakit memilih gaya *integrating* sebagai pilihan pertama untuk menyelesaikan konflik dan pilihan terakhir adalah gaya *dominating*.²⁶ Hasil penelitian yang dilakukan pada 97 perawat profesional wanita di fasilitas pelayanan kesehatan di Mississippi Amerika Serikat didapatkan data bahwa gaya manajemen konflik yang paling sering digunakan adalah *compromising* dengan rata-rata 6,94, *avoiding* 6,84, *collaborating* 5,39, dan *competing* 4,02.²⁷ Penelitian di Cyprus menemukan data bahwa perawat di rumah sakit lebih sering menggunakan gaya *avoiding*.⁵ Penelitian terhadap perawat kritis di Iran didapatkan hasil bahwa gaya

menejemen konflik yang digunakan adalah 5 gaya manajemen konflik. Gaya *collaborating* merupakan gaya manajemen konflik yang paling sering digunakan, diikuti dengan *compromising*, *accommodating*, *avoiding*, dan *competing*.²⁸ Penelitian di Yunani terhadap tim pelayanan keperawatan dengan 37% responden adalah dokter dan 63% perawat dan asisten perawat. Strategi dalam manajemen konflik yang sering digunakan adalah *avoiding* dan strategi yang jarang digunakan adalah *accommodating*.²⁹

Masalah organisasi yang merupakan masalah utama penyebab konflik, 52% perawat dan 45% dokter menunjukkan bahwa arahan lebih dari satu manajer dapat menyebabkan konflik ($p\text{-value}=0,02$). Perbedaan pendidikan dan kesenjangan komunikasi merupakan penyebab lain timbulnya konflik, pernyataan ini didominasi oleh perawat daripada kelompok lain ($p\text{-value}=0,006$).²⁹

Penelitian lain dengan judul pengaruh pelatihan manajemen konflik pada kepala ruang terhadap kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor menunjukkan bahwa kinerja perawat pelaksana meningkat secara bermakna sesudah dibimbing kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan tentang manajemen konflik, peningkatan ini terjadi pada semua kelompok bimbingan. Peningkatan ini juga terjadi pada semua aspek penilaian kinerja yaitu prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran dan kerja sama.³⁰

Penelitian lain dengan judul efektifitas model strategi manajemen konflik perawat pelaksana terhadap produktifitas kerja perawat di Rumah

Sakit Pendidikan bahwa setelah diberikan pelatihan menunjukkan kemampuan asertif perawat pelaksana meningkat secara bermakna pada perawat yang diberikan pelatihan dan yang membaca modul, dan kemampuan asertif perawat pelaksana yang dilatih lebih tinggi secara bermakna. Kemampuan kolaborasi meningkat bermakna pada perawat yang diberikan pelatihan. Produktivitas kerja perawat pelaksana meningkat bermakna pada perawat yang diberikan pelatihan.²

RSUD Tugurejo Semarang memiliki visi Rumah Sakit prima, mandiri dan terdepan dalam pelayanan. Dalam upaya mencapai visi tersebut RSUD Tugurejo Semarang mengembangkan diri dan menata sistem koordinasi pelayanan kesehatan sesuai standar yang telah ditetapkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Dengan demikian rumah sakit akan menerapkan sistem pelayanan kesehatan berfokus pada pasien dengan menunjuk *case manager* sebagai manajer pelayanan pasien.

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala bidang perawatan RSUD Tugurejo Semarang didapatkan data bahwa RSUD Tugurejo memiliki 6 *case manager*. Setiap *case manager* membawahi 4 ruang perawatan. Semua *case manager* di RSUD Tugurejo memiliki latar belakang perawat dan memiliki pengalaman sebagai kepala ruang perawatan.

Berdasarkan wawancara dengan *case manager* RSUD Tugurejo Semarang didapatkan data bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dan keluarga, sering terjadi konflik antar disiplin ilmu. Kompleksnya peran seorang *case manager* seringkali mendapati konflik

interdisiplin tenaga kesehatan yang bekerjasama dalam melaksanakan asuhan. Konflik tidak dapat dihindarkan sehingga menuntut *case manager* untuk dapat mengelola konflik yang terjadi di ruangan sebelum konflik berdampak negatif. Kemampuan *case manager* dalam mengelola konflik merupakan hal yang penting, agar tenaga kesehatan mampu melaksanakan asuhan dengan baik, sehingga kualitas pelayanan kesehatan tercapai. Berdasarkan penelitian dan pemaparan fenomena tersebut, maka sangat diperlukan penelitian yang berupaya untuk mengetahui dan menggali pelaksanaan manajemen konflik interdisiplin oleh *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang.

B. Perumusan Masalah

Upaya mencapai pelayanan kesehatan yang optimal di Rumah Sakit menuntut adanya kolaborasi yang baik antara tim pelayanan kesehatan yang ada. RSUD Tugurejo Semarang mengembangkan diri dan menata sistem koordinasi pelayanan kesehatan menjadi pelayanan kesehatan berfokus pada pasien. Sehingga diperlukan peran *case manager* untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga.

Pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien dan keluarga memerlukan kolaborasi interdisiplin yang baik oleh tenaga kesehatan di rumah sakit. Konflik interdisiplin yang ada dapat mempengaruhi kinerja tim pelayanan kesehatan dalam mencapai pelayanan kesehatan yang optimal. Peran *case manager* sangat penting dalam upaya mengatasi konflik

interdisiplin tersebut. Sehingga tim pelayanan kesehatan dapat melaksanakan tugasnya dengan optimal.

Manajemen konflik sangat berpengaruh bagi anggota organisasi, konflik berdampak baik ataupun buruk tergantung pada pengelolaan konflik tersebut. Pemimpin organisasi dituntut menguasai manajemen konflik agar konflik yang muncul dapat berdampak positif untuk meningkatkan mutu organisasi. Pemimpin yang baik dapat mengelola konflik dengan cara yang produktif dengan memperhatikan hubungan interpersonal.

C. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pelaksanaan manajemen konflik interdisiplin oleh *case manager*?
2. Bagaimana kinerja pencegahan timbulnya konflik interdisiplin oleh *case manager*?
3. Bagaimana kinerja pengelolaan konflik interdisiplin oleh *case manager*?
4. Bagaimana kinerja pemilihan strategi manajemen konflik interdisiplin oleh *case manager*?
5. Bagaimana kinerja rekonsiliasi konflik interdisiplin oleh *case manager*?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan tentang pelaksanaan manajemen konflik interdisiplin oleh *case manager* di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini antara lain:

- a. Mendeskripsikan konflik interdisiplin yang terjadi di RSUD Tugurejo Semarang
- b. Mendeskripsikan pencegahan timbulnya konflik interdisiplin oleh *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang
- c. Mendeskripsikan pengelolaan konflik interdisiplin oleh *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang
- d. Mendeskripsikan pemilihan strategi manajemen konflik interdisiplin oleh *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang
- e. Mendeskripsikan rekonsiliasi konflik interdisiplin oleh *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang

E. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini mempunyai manfaat untuk institusi maupun perkembangan keperawatan. Manfaat yang teridentifikasi merupakan penjabaran dari manfaat penelitian untuk pelayanan keperawatan, pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan.

1. Pelayanan keperawatan

Memberikan kesempatan kepada *case manager* untuk mengungkapkan pengalamannya tentang pelaksanaan manajemen konflik interdisiplin yang dilakukan selama ini. Dengan diketahuinya pengalaman *case manager* tentang pencegahan, pengelolaan, pemilihan strategi manajemen konflik dan rekonsiliasi konflik yang diungkapkan data hasil penelitian dapat dijadikan bahan masukan untuk penyusunan standar manajemen konflik di Rumah Sakit.

2. Perkembangan ilmu pengetahuan

Tema yang dihasilkan dari penelitian dapat menjadi bahan kajian keilmuan terutama berkaitan dengan manajemen konflik interdisiplin. Hasil analisa data yang didapat dari penelitian berupa tema – tema dapat diaplikasikan secara langsung untuk kepentingan pengembangan teori manajemen keperawatan, manajemen sumber daya manusia.

F. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1.
Daftar Penelitian Terdahulu yang Serupa dengan Penelitian yang akan dilakukan

No	Peneliti, Judul Penelitian, Tahun	Metode	Hasil
1.	Widyasih Sunaringtyas, Strategi <i>Case manager</i> dalam Mengelola Kasus Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit, 2015	Kualitatif	Strategi <i>case manager</i> dalam mengelola kasus pasien rawat inap digambarkan melalui komunikasi, koordinasi, integrasi, advokasi, negosiasi dan <i>empowerment</i> . ³¹

No	Peneliti, Judul Penelitian, Tahun	Metode	Hasil
2.	Al-Hamdan, Zaid Nussera, Hayat Masa'deh, Rami, <i>Conflict management style of Jordanian nurse managers and its relationship to staff nurses' intent to stay</i> , 2015	<i>cross-sectional descriptive quantitative study</i>	Beberapa karakteristik demografi seperti kewarganegaraan, level manajer, senioritas, tingkat pendidikan, dan jenis kelamin berpengaruh secara signifikan terhadap pemilihan gaya manajemen konflik
3.	Ahanchian, M. R. Emami Zeydi, A. Armat, M. R. <i>Conflict management styles among Iranian critical care nursing staff: a cross-sectional study</i> 2015	<i>descriptive quantitative study</i>	Penelitian terhadap perawat kritis di Iran didapatkan hasil bahwa gaya menejemen konflik yang digunakan adalah 5 gaya manajemen konflik. Gaya <i>collaborating</i> merupakan gaya manajemen konflik yang paling sering digunakan, diikuti dengan <i>compromising</i> , <i>accommodating</i> , <i>avoiding</i> , dan <i>competing</i>
4.	Yulastri Arif, <i>Efektifitas Model Strategi Manajemen Konflik Perawat Pelaksana terhadap Produktivitas Kerja Perawat di Rumah sakit Pendidikan</i> , 2014	<i>Quasi experimental pre-post test with control group</i>	Setelah diberikan pelatihan menunjukkan kemampuan asertif perawat pelaksana meningkat secara bermakna pada perawat yang diberikan pelatihan dan yang membaca modul, dan kemampuan asertif perawat pelaksana yang dilatih lebih tinggi secara bermakna. Kemampuan kolaborasi meningkat bermakna pada perawat yang diberikan pelatihan. Produktivitas kerja perawat pelaksana meningkat bermakna pada perawat yang diberikan pelatihan.?

No	Peneliti, Judul Penelitian, Tahun	Metode	Hasil
5.	Pavlakis A, Kaitelidou D, Theodorou M, Galanis P, Sourtzi P, Siskou O. <i>Conflict management in public hospitals: the Cyprus case.</i> 2011	<i>descriptive quantitative study</i>	Penelitian di Cyprus menemukan data bahwa perawat di rumah sakit lebih sering menggunakan gaya <i>avoiding</i> .
6.	Al-Hamdan, Z. Shukri, R Anthony, D <i>Conflict management styles used by nurse managers in the Sultanate of Oman</i> 2011	<i>descriptive quantitative study</i>	Kuesioner dibagikan kepada manager keperawatan di sembilan rumah sakit di kesultanan Oman, hasil penelitian manajemen konflik di Oman menggunakan gaya <i>integrating, compromising, obliging, dominating, dan avoiding</i>
7.	Amira bin Abubakar, pengaruh pelatihan manajemen konflik pada kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor, 2008	<i>Quasi experiment: pretest-posttest without control group design</i>	Menunjukkan bahwa kinerja perawat pelaksana meningkat secara bermakna sesudah dibimbing kepala ruangnya yang mendapatkan pelatihan tentang manajemen konflik, peningkatan ini terjadi pada semua kelompok bimbingan. Peningkatan ini juga terjadi pada semua aspek penilaian kinerja yaitu prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran dan kerja sama. ³⁰
8.	Whitworth, B. S <i>Is there a relationship between personality type and preferred conflict-handling styles? An exploratory study of registered nurses in southern Mississippi</i> 2008	<i>descriptive quantitative study</i>	Penelitian yang dilakukan pada 97 perawat profesional wanita di fasilitas pelayanan kesehatan di Mississippi Amerika Serikat didapatkan data bahwa gaya manajemen konflik yang paling sering digunakan adalah <i>compromising</i> dengan rata-rata 6,94, <i>avoiding</i> 6,84, <i>collaborating</i> 5,39, dan <i>competing</i> 4,02

Penelitian ini berbeda dengan ketiga penelitian tersebut diatas. Penelitian yang pertama meneliti strategi *case manager* dalam mengelola kasus pasien rawat inap pada tahun 2015, menggunakan metode studi kualitatif dengan subjek penelitian *case manager*.³¹ Penelitian kedua meneliti gaya manajemen konflik yang digunakan manajer keperawatan, subjek penelitian adalah perawat manajer, metode yang digunakan adalah deskriptif riset dengan pendekatan *crosssectional*, tempat penelitian di rumah Sakit di Jordania. Penelitian ketiga meneliti pengaruh pelatihan manajemen konflik pada kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap dengan metode *quasi experiment: pretest-posttest without control group design*, subjek penelitian adalah perawat rawat inap tahun 2008.³⁰

Perbedaan dengan penelitian yang penulis lakukan dengan penelitian di atas antara lain adalah Tujuan penelitian yaitu untuk mendeskripsikan mengenai pelaksanaan manajemen konflik oleh *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang. Desain penelitiannya menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan yang digunakan adalah *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang.

Keaslian penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan dan sesuai dengan asas-asas keilmuan yang harus dijunjung tinggi yaitu kejujuran, rasional, objektif serta terbuka. Hal ini merupakan implikasi etis dari proses menemukan kebenaran ilmiah sehingga dengan demikian penelitian ini dapat dipertanggung-jawabkan kebenarannya secara ilmiah, keilmuan dan terbuka untuk kritisi yang sifatnya konstruktif (membangun).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian pelayanan kesehatan

Pelayanan merupakan suatu aktivitas atau serangkaian alat yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba), yang terjadi akibat interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh perusahaan pemberi pelayanan yang dimaksudkan untuk memecahkan persoalan konsumen.³²

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.³³

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan bentuk pelayanan yang diberikan kepada klien oleh suatu tim multi disiplin. Pelayanan kesehatan pada masa kini sudah merupakan industri jasa kesehatan utama dimana setiap rumah sakit bertanggung jawab gugat terhadap penerima jasa pelayanan kesehatan. Keberadaan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan ditentukan oleh nilai-nilai dan harapan dari penerima jasa pelayanan tersebut. Disamping itu,

penekanan pelayanan kepada kualitas yang tinggi tersebut harus dapat dicapai dengan biaya yang dapat dipertanggung jawabkan.³⁴

b. Tim pelayanan kesehatan

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.³⁵

Tim pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan tim interdisiplin yang memiliki tugas mandiri, kolaboratif dan tugas delegatif. Anggota tim pelayanan kesehatan di rumah sakit antara lain: dokter (DPJP), perawat atau bidan, apoteker, psikologi klinis, nutrisionis, terapis fisik, teknisi medis, dan lainnya. Anggota tim pelayanan kesehatan memiliki kompetensi yang memadai untuk berkontribusi dalam memberikan asuhan kepada pasien.²¹

c. Manajemen pelayanan pasien

Suatu proses kolaboratif mengenai asesmen, perencanaan, fasilitasi, koordinasi asuhan, evaluasi dan advokasi untuk opsi dan pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarganya yang komprehensif, melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberi hasil (*outcome*) yang bermutu dengan biaya efektif.¹⁸

Suatu model klinis untuk manajemen strategis mutu dan biaya pelayanan, dibuat untuk memfasilitasi hasil pasien yang diharapkan dalam lama perawatan yang layak / patut dan dengan manajemen sumber daya yang sesuai.³⁶

2. Pelayanan Fokus Pada Pasien (*Patient Centered Care*)

Manajemen pelayanan pasien bersumber dari konsep pelayanan fokus pada pasien (PFP). Inti konsep PFP terdiri dari 4 elemen :³⁷

a. Martabat dan Respek.

Pemberi pelayanan kesehatan mendengarkan, menghormati dan menghargai pandangan dan pilihan pasien serta keluarga. Pengetahuan, nilai-nilai, kepercayaan, latar belakang kultural pasien dan keluarga dimasukkan dalam perencanaan pelayanan dan pemberian pelayanan kesehatan.³⁷

b. Berbagi informasi.

Pemberi pelayanan kesehatan mengkomunikasikan dan berbagi informasi secara lengkap dengan pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga menerima informasi tepat waktu, lengkap, dan akurat.³⁷

c. Partisipasi.

Pasien dan keluarga didorong dan didukung untuk berpartisipasi dalam asuhan dan pengambilan keputusan serta pilihan pasien dan keluarga.³⁷

d. Kolaborasi / kerjasama.

Pasien dan keluarga adalah mitra pemberi pelayanan kesehatan. Pemberi pelayanan kesehatan bekerjasama dengan pasien dan keluarga dalam pengembangan, implementasi dan evaluasi kebijakan dan program.³⁷

3. Kolaborasi Interdisiplin

a. Pengertian Kolaborasi

Kolaborasi adalah kerjasama yang formal antara individu-individu, kelompok-kelompok, organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Kolaborasi memiliki kriteria melibatkan tenaga ahli dengan keahlian yang berbeda dan dapat bekerjasama secara timbal balik.³⁸

Kolaborasi merupakan proses kompleks yang membutuhkan sharing pengetahuan yang direncanakan yang disengaja, dan menjadi tanggung jawab bersama untuk merawat pasien. Kolaborasi dapat terjadi dalam waktu yang lama antara tenaga profesional kesehatan.³⁹

b. Kolaborasi Interdisiplin

Masalah kesehatan pasien yang semakin kompleks menuntut tenaga kesehatan untuk lebih saling ketergantungan. Pengaturan kolaborasi yang baik antara perawat dengan tenaga kesehatan lainnya akan menghasilkan kualitas pelayanan meningkat. Kolaborasi interdisiplin adalah kunci dalam meningkatkan kualitas pelayanan

kepada pasien dan untuk meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.¹⁶

Hubungan interdisiplin ditandai oleh hubungan yang positif, saling menghormati diantara semua disiplin ilmu dan profesi kesehatan.⁴⁰ Hubungan perawat, dokter dan tenaga kesehatan lain merupakan hubungan kolektif di tempat kerja yang mempengaruhi konflik hubungan interpersonal dan kepuasan kerja. Hubungan interdisiplin, khususnya dengan dokter disebabkan oleh berbagai faktor seperti perbedaan jenis kelamin, kualifikasi akademik pendidikan, status sosial ekonomi, kurangnya pengertian dan simpati, serta perselisihan saat perawat berusaha meningkatkan tanggung jawab profesionalnya.¹²

Hubungan interdisiplin yang baik yang diterima oleh perawat meningkatkan kepuasan kerja perawat dan dapat diterapkan pada tingkat individu maupun rumah sakit. Sebaliknya, hubungan interdisiplin yang meningkatkan konflik akan menurunkan kepuasan kerja perawat.⁴¹

Kolaborasi interdisiplin harus memenuhi unsur tujuan bersama dan kemitraan, saling melengkapi dan saling ketergantungan, saling menghormati, dan pembagian kewenangan klinis. Pembagian kewenangan merupakan salah satu aspek yang paling kompleks dalam pengaturan kolaborasi interdisiplin. Sehingga dapat menimbulkan terjadinya konflik interdisipliner.⁸

4. Konflik

a. Pengertian Konflik

Konflik adalah masalah internal dan eksternal yang terjadi sebagai akibat dari perbedaan pendapat, nilai-nilai, atau keyakinan dari dua orang atau lebih.³ Konflik merupakan ketidaksetujuan antara dua atau lebih anggota organisasi atau kelompok-kelompok dalam organisasi yang terjadi karena menjalankan kegiatan secara bersama-sama dan memiliki status, tujuan, nilai dan persepsi yang berbeda-beda terhadap masalah yang ada.^{42, 43} Konflik adalah suatu kondisi yang diakibatkan oleh adanya perbedaan persepsi, nilai dan latar belakang individu atau kelompok yang saling berinteraksi, dimulai dari dalam individu itu sendiri, antar individu, kelompok dan organisasi.³⁰

Konflik dapat memberikan manfaat atau disebut konflik fungsional, dan dapat merugikan organisasi atau konflik disfungsional.⁴²

1) Konflik fungsional

Konflik fungsional adalah konflik yang keberadaannya dapat memberikan keuntungan terhadap organisasi. Konflik fungsional membantu organisasi mencapai tujuan dengan lebih baik. Jenis konflik ini dapat memberikan manfaat bagi organisasi maupun anggota. Oleh karena itu konflik fungsional harus dipertahankan bahkan harus diciptakan.⁴²

Manfaat konflik fungsional antara lain:

- a) Meningkatkan kreativitas dan inovasi
- b) Meningkatkan kemampuan anggota organisasi
- c) Meningkatkan kerjasama antar anggota organisasi
- d) Menurunkan perbedaan individual atau ego anggota organisasi

2) Konflik disfungsional

Konflik disfungsional merupakan konflik yang merugikan organisasi. Keberadaan konflik disfungsional akan menghalangi pencapaian tujuan organisasi. Konflik disfungsional yang terjadi antara kelompok akan mengganggu komunikasi antar kelompok karena setiap anggota kelompok akan membela kelompok masing-masing. Konflik disfungsional yang tidak diselesaikan dengan baik akan merugikan organisasi secara keseluruhan.⁴²

b. Jenis Konflik

Tinjauan konflik berdasarkan pihak yang terlibat dapat dibedakan menjadi beberapa bentuk, antara lain:⁴³

1) *Conflict within the individual (intrapersonal conflict)*

Konflik yang terjadi pada saat ketegangan meliputi seseorang karena tidak dapat mengambil keputusan (untuk memenuhi dua keinginan sekaligus) sehingga tidak dapat memenuhi apa yang diharapkan oleh organisasi (*role expectation*). Ketidakmampuan memilih tersebut akan menjadi beban. Selain itu konflik dalam diri dapat terjadi karena pengalaman, minat, tujuan atau tata nilai

pribadi bertentangan satu sama lain.⁴³ Konflik ini terjadi dalam individu sendiri. Keadaan ini merupakan masalah internal untuk mengklarifikasi nilai dan keinginan dari konflik yang terjadi. Misalnya, seorang manajer keperawatan merasa memiliki konflik intrapersonal dengan loyalitas terhadap profesi keperawatan, loyalitas terhadap pekerjaan, dan loyalitas kepada pasien.⁴⁴

2) *Conflict among individuals (interpersonal conflict)*

Konflik yang terjadi apabila dua orang atau lebih tidak mencapai kesepakatan tentang persoalan, tindakan, atau tujuan. Konflik ini juga dapat disebabkan karena perbedaan persepsi, orientasi atau status. Konflik ini sering terjadi karena seseorang secara konstan berinteraksi dengan orang lain, sehingga ditemukan perbedaan-perbedaan. Manajer sering mengalami konflik dengan teman sesama manajer, atasan dan bawahannya.^{43, 44}

3) *Conflict among individuals and groups (intragroup conflict)*

Dalam suatu kelompok terdapat kriteria atau standar produktivitas. Jika seseorang tidak dapat memenuhi tekanan keseragaman yang dipaksakan oleh kelompok kerja tersebut maka akan terjadi konflik. Dalam menghadapi tekanan-tekanan untuk mencapai konformitas seseorang tersebut tidak dapat mencapai norma-norma produktivitas kelompok.⁴³

4) *Conflict among group in the same organization (intergroup conflict)*

Bentuk dari konflik ini adalah pertentangan kepentingan atau pandangan dari setiap kelompok dalam organisasi. Sumber konflik ini adalah hambatan dalam mencapai kekuasaan dan otoritas (kualitas jasa layanan), serta keterbatasan sarana dan prasarana. Misalnya antar pegawai lini dan staf, antar karyawan manajemen atau antar sub unit. Apabila tidak dilakukan koordinasi dengan baik maka akan terjadi gangguan dalam pelaksanaan kolaborasi yang akan berujung pada disfungsi.⁴³

44

5) *Conflict among organizations (interorganization conflict)*

Konflik ini dapat muncul karena dipicu oleh adanya persaingan (hasil produksi, ekonomi dan negara) antar perusahaan yang melaksanakan usaha bebas.⁴³

6) *Conflict among individuals in different organizations (interpersonal conflict in different organization)*

Konflik yang terjadi antara anggota salah satu organisasi dengan anggota organisasi yang lain. Konflik ini dapat terjadi karena adanya gangguan terhadap organisasi yang dilakukan oleh anggota organisasi lain, sehingga kedua organisasi akan berkonflik.⁴³

c. Situasi konflik

Situasi konflik yang terjadi dalam suatu organisasi dapat dibedakan menjadi:⁴²

1) Konflik peranan (*personal conflict*)

Konflik peranan yang terjadi di dalam diri seseorang (*personal conflict*), dimana peraturan yang berlaku tidak dapat diterima oleh seseorang sehingga orang itu memilih untuk tidak melaksanakan sesuatu sesuai dengan peraturan yang berlaku tersebut.

2) Konflik peran individu

Konflik yang timbul karena seseorang harus memenuhi harapan beberapa orang (*inter sender conflict*), misalnya saja dekan suatu fakultas harus memenuhi permintaan yang berlainan para ketua jurusan. Konflik di dalam peranan terjadi jika pihak-pihak yang mempunyai hubungan dengan suatu posisi merumuskan peranan yang berbeda-beda. Seseorang yang menduduki posisi tertentu selalu berhubungan dengan banyak pihak untuk kepentingan yang sama maupun berbeda. Setiap pihak tersebut umumnya memiliki harapan peranan yang berbeda terhadap suatu posisi yang sama. Sehingga individu yang menduduki posisi yang bersangkutan akan menghadapi kerumitan peranan, karena peranan dapat memuaskan satu pihak dan tidak memuaskan pihak lain.⁴²

3) Konflik antar peranan (*inter-role conflict*)

Konflik antar peranan (*inter-role conflict*), dimana orang menghadapi persoalan karena dua atau lebih fungsi yang saling bertentangan, misalnya saja anggota serikat pekerja yang juga pengawas atau mandor perusahaan. Konflik antar peranan terjadi karena seseorang menduduki berbagai posisi yang berbeda dan menuntut peran yang berbeda. Peran tersebut dinamakan peran ganda. Peran ganda inilah yang dapat menyebabkan timbulnya konflik antar peranan.⁴²

4) Konflik antar individu

Konflik antar individu dalam organisasi yang sama, dimana hal ini sering diakibatkan oleh perbedaan-perbedaan kepribadian. Konflik ini juga berasal dari adanya konflik antar peranan (seperti antara manajer dan bawahan). Konflik antar individu dapat terjadi dalam satu kelompok maupun antar individu dari kelompok satu dengan individu kelompok lainnya.⁴²

5) Konflik antar kelompok

Konflik antar kelompok dalam organisasi yang sama, karena terjadi pertentangan kepentingan antar kelompok. Konflik antar kelompok terjadi jika antara kelompok yang satu mengalami ketidak sesuaian dengan kelompok yang lain dalam satu organisasi. Konflik ini melibatkan kelompok sebagai satu kesatuan dengan kelompok lain. Penyebab timbulnya konflik

antar kelompok antara lain: saling ketergantungan, perbedaan tujuan, perbedaan persepsi, meningkatnya tuntutan spesialisasi.⁴²

d. Manifestasi konflik

Konflik yang terjadi di dalam sebuah organisasi dapat dimanifestasikan dalam berbagai bentuk atau cara antara lain:^{11,45}

1) Perselisihan (*Dispute*)

Perselisihan merupakan produk dari konflik yang mudah terlihat. Perselisihan dapat berupa protes (*grievances*), tindakan indisipliner, keluhan (*complaints*), unjuk rasa ramai-ramai, tindakan memaksa (pemblokiran, penyanderaan), tuntutan maupun ancaman baik antara pihak internal organisasi ataupun dengan pihak luar. Perselisihan merupakan cermin dari penanganan konflik yang terlambat, karena sebelum terjadi perselisihan tentu sudah ada tanda-tanda awal akan terjadi konflik seperti komplain, protes-protes yang menyuarakan ketidaksesuaian.^{11,45}

2) Persaingan yang tidak sehat.

Persaingan merupakan usaha-usaha pihak yang terlibat untuk memperoleh apa yang diinginkan tanpa dihalangi oleh pihak lain. Persaingan yang tidak sehat dapat terjadi apabila pimpinan dan kebijakan organisasi tidak tegas.^{11,45}

3) Sabotase

Sabotase merupakan bentuk konflik yang tidak dapat diduga sebelumnya. Sabotase seringkali digunakan dalam permainan politik dalam internal organisasi atau dengan pihak eksternal yang dapat menjebak pihak lain. Sabotase sering dianggap sebagai bentuk ganti rugi dari pihak yang terlibat konflik sering dianggap sebagai bentuk ganti rugi dari pihak yang terlibat konflik.^{11, 45}

4) Insufisiensi/produktivitas yang rendah.

Insufisiensi merupakan tindakan yang disengaja oleh pihak yang berkonflik yang menunjukkan rasa frustrasi dalam menghadapi konflik. Salah satu pihak, biasanya pihak pekerja dengan sengaja melakukan tindakan-tindakan yang berakibat menurunkan produktivitas dengan cara memperlambat kerja (*slowdown*), mengurangi output, melambatkan pengiriman, dll. Insufisiensi adalah salah satu dari bentuk konflik yang tersembunyi (*hidden conflict*) dimana salah satu pihak menunjukkan sikapnya secara tidak terbuka.^{11, 45}

5) Penurunan moril (*low morale*)

Penurunan moril dapat dilihat dengan menurunnya gairah kerja, mangkir, sakit. Penurunan moril merupakan salah satu dari produk konflik tersembunyi dalam situasi ini salah satu pihak, biasanya pekerja, merasa takut untuk secara terang-terangan

untuk memprotes pihak lain sehingga dilakukan tindakan-tindakan tersembunyi.¹¹

6) Menahan/menyembunyikan informasi

Penyembunyian informasi menunjukkan adanya konflik tersembunyi dan ketidakpercayaan (*distrust*).

e. Sumber konflik

Penyebab terjadinya konflik pada organisasi sangat bervariasi tergantung pada cara-cara individu dalam menafsirkan, mempersepsikan, dan menanggapi lingkungan kerja. Penyebab konflik antara lain :³⁰

1) Perilaku menentang

Perilaku menentang dari anggota organisasi dapat menimbulkan konflik. Perilaku menentang dibedakan menjadi tiga jenis penentang ; a) *Competitive Bomber*, yaitu seseorang yang mudah untuk menolak pekerjaan dan sering menggerutu terhadap pekerjaan atau perintah. Perilaku ini dilakukan seseorang untuk memancing respons dari pihak manajerial. b) *Martyred Accomodator*, yaitu seseorang yang memberikan kepatuhan palsu. *Martyred Accomodator* bekerja dan mampu bekerja sama dengan pihak lain akan tetapi juga mengejek dan menghina, mengeluh dan mengkritik untuk mendapatkan dukungan dari pihak yang lain. c) *Avoider*, penentang jenis ini menghindari kesepakatan dan partisipasi, tidak berespon terhadap manajer perawat.³⁰

2) Stres

Stres dapat mengakibatkan terjadinya konflik dalam suatu organisasi. Stres yang timbul ini dapat disebabkan oleh banyaknya stressor yang muncul dalam lingkungan kerja seseorang. Contoh stressor antara lain terlalu banyak atau terlalu sedikit beban yang menjadi tanggung jawab seseorang jika dibandingkan dengan orang lain yang ada dalam organisasi, misalnya di bangsal keperawatan.⁴⁶ Seorang manajer perawat merasa penat karena mencoba untuk mempertahankan sistem pendukung dalam memberikan perawatan kepada pasien. Perawat pelaksana merasa penat karena mencoba memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien. Konfrontasi, ketidaksetujuan, dan kemarahan adalah bukti dari stres dan konflik. Stres dan konflik dapat disebabkan oleh kurangnya kualitas hubungan yang dilaksanakan antar manusia dan harapan-harapan yang tidak terpenuhi.³⁰

3) Kondisi Ruang

Kondisi ruangan yang tidak kondusif untuk melakukan kegiatan-kegiatan rutin dapat memicu terjadinya konflik. Hal yang memperburuk keadaan dalam ruangan dapat berupa hubungan yang monoton atau konstan diantara individu yang terlibat didalamnya, terlalu banyaknya pengunjung pasien dalam suatu ruangan atau bangsal, dan bahkan dapat berupa aktivitas profesi

selain keperawatan, seperti dokter juga mampu memperparah kondisi ruangan yang mengakibatkan terjadinya konflik.^{30,46}

4) Kewenangan Dokter atau Pihak lain

Perawat mempunyai tanggung jawab profesional dan tanggung gugat untuk perawatan pasien. Dokter memiliki kewenangan terhadap terapi pengobatan terhadap pasien. Kewenangan dokter-perawat yang berlebihan dan tidak saling mengindahkan usulan-usulan diantara mereka, juga dapat mengakibatkan munculnya konflik. Dokter yang tidak mau menerima umpan balik (*feedback*) dari perawat, atau perawat yang merasa tidak acuh dengan saran-saran dari dokter untuk kesembuhan klien yang dirawatnya, dapat memperkeruh suasana. Kondisi ini akan semakin buruk jika diantara pihak yang terlibat dalam pengelolaan klien merasa direndahkan harga dirinya akibat sesuatu hal. Misalnya kata-kata ketus dokter terhadap perawat atau nada tinggi dari perawat sebagai bentuk ketidakpuasan terhadap penanganan yang dilakukan profesi lain.konflik.^{30,46}

5) Keyakinan, Nilai dan Sasaran

Aktivitas dan persepsi yang tidak cocok dapat menimbulkan konflik. Perbedaan nilai atau keyakinan antara satu orang dengan orang lain. Perawat begitu percaya dengan persepsinya tentang pendapat kliennya sehingga menjadi tidak yakin dengan pendapat yang diusulkan oleh profesi atau tim kesehatan lain. Keadaan ini

akan semakin menjadi kompleks jika perbedaan keyakinan, nilai dan persepsi telah melibatkan pihak diluar tim kesehatan yaitu keluarga pasien. Jika ini telah terjadi, konflik yang muncul pun semakin tidak sederhana karena telah mengikutsertakan banyak variable di dalamnya.^{30, 46}

6) *Eksklusifisme*

Adanya pemikiran bahwa kelompok tertentu memiliki kemampuan yang lebih dibandingkan dengan kelompok lain. Hal ini tidak jarang mengakibatkan terjadinya konflik antar-kelompok dalam suatu tatanan organisasi. Hal ini bisa terjadi manakala sebuah kelompok didalam tatanan organisasi (seperti bangsal keperawatan) diberikan tanggung jawab oleh manager untuk suatu tugas tertentu atau area pelayanan tertentu, lantas memisahkan diri dari sistem atau kelompok lain yang ada dibangsal tersebut karena merasa bahwa kelompoknya lebih mampu dibandingkan dengan kelompok lain.^{30, 46}

7) *Peran ganda*

Peran ganda yang disandang seseorang (perawat) dalam bangsal keperawatan seringkali mengakibatkan konflik seorang perawat yang berperan lebih dari satu peran pada waktu yang hampir bersamaan, masih merupakan fenomena yang jamak ditemukan dalam tatanan pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun di komunitas. Contoh peran ganda, antara lain satu sisi perawat

sebagai pemberi pelayanan keperawatan kepada klien, namun pada saat yang bersamaan yang harus juga berperan sebagai pembimbing mahasiswa atau bahkan sebagai manager dibangsal yang bersangkutan. Dalam kondisi ini sering terjadi kebingungan untuk menentukan mana yang harus dikerjakan terlebih dahulu oleh perawat tersebut dan kegiatan mana yang dapat dilakukan kemudian. Akibatnya, sering terjadi kegagalan melakukan tanggung jawab dan tanggung gugat untuk suatu tugas pada individu atau kelompok.⁴⁶

8) Kekurangan sumber daya manusia

Kekurangan sumber daya manusia, dalam tatanan organisasi dapat dianggap sumber *absolute* terjadinya konflik. Sedikinya sumber daya insani atau manusia, sering memicu terjadinya persaingan yang tidak sehat dalam suatu tatanan organisasi. Contoh konflik yang dapat terjadi, yaitu persaingan untuk memperoleh uang melalui pemikiran bahwa segala sesuatu pasti dihubungkan dengan uang, persaingan memperebutkan menangani klien, dan tidak jarang juga terjadi persaingan dalam memperebutkan jabatan atau kedudukan.⁴⁶

9) Perubahan

Perubahan dianggap sebagai proses ilmiah. Tetapi kadang perubahan justru akan mengakibatkan munculnya berbagai macam konflik. Perubahan yang dilakukan terlalu tergesa-gesa

atau cepat, atau perubahan yang dilakukan terlalu lambat, dapat memunculkan konflik. Individu yang tidak siap dengan perubahan, memandang perubahan sebagai suatu ancaman. Begitu juga individu yang selalu menginginkan perubahan akan menjadi tidak nyaman bila tidak terjadi perubahan, atau perubahan dilakukan terlalu dalam tatanan organisasinya.⁴⁶

10) Imbalan

Beberapa ahli berpendapat bahwa imbalan kadang tidak cukup /berpengaruh dengan motivasi seseorang. Namun, jika imbalan dikaitkan dengan pembagian yang tidak merata antar satu orang dan orang lain sering menyebabkan munculnya konflik. Terlebih lagi bila individu yang bersangkutan tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan untuk menentukan besar-kecilnya imbalan atau sering disebut dengan sistem imbalan. Pemberian imbalan yang tidak didasarkan atas pertimbangan profesional sering menimbulkan masalah yang pada gilirannya dapat memunculkan suatu konflik.⁴⁶

11) Komunikasi

Komunikasi dapat memunculkan suatu konflik jika penyampaian informasi yang tidak seimbang, hanya orang-orang tertentu yang diajak bicara oleh manager, penggunaan bahasa yang tidak efektif, dan juga penggunaan media yang tidak tepat sering kali

berujung dengan terjadinya konflik ditatanan organisasi yang bersangkutan.⁴⁶

f. Proses terjadinya konflik

Proses terjadinya konflik dibedakan menjadi beberapa tahapan, antara lain:⁴⁷

1) Peristiwa sehari-hari

Proses ini dapat ditandai dengan adanya ketidakpuasan individu terhadap lingkungan kerjanya. Perasaan tidak puas tersebut dapat berlalu begitu saja dan dapat muncul kembali pada saat individu merasakan adanya gangguan dalam melaksanakan kegiatannya.^{30, 47}

2) Adanya tantangan

Individu saling mempertahankan pendapat masing-masing dan menyalahkan pihak lain. Kepentingan individu maupun kelompok lebih diutamakan daripada kepentingan organisasi.^{30, 47}

3) Timbulnya pertentangan

Pada tahap ini masing-masing individu atau kelompok bertujuan untuk menang dalam konflik dan mengalahkan kelompok lain.^{30, 47}

47

g. Manajemen konflik

Secara etimologi manajemen berarti kepemimpinan, proses pengaturan, menjamin kelancaran jalannya pekerjaan dalam mencapai tujuan dengan pengorbanan yang sekecil-kecilnya. Dengan kata lain

manajemen berarti pengelolaan. Manajemen merupakan seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Manajemen memiliki pengertian sebagai proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya organisasi lainnya.^{43,44}

Manajemen konflik merupakan langkah yang diambil oleh pihak yang terlibat konflik atau pihak ketiga dalam upaya mengarahkan perselisihan menuju perdamaian dengan cara menyusun strategi konflik dan menerapkannya agar menghasilkan resolusi yang diinginkan.⁴⁵ Manajemen konflik merupakan rangkaian aksi dan reaksi antara pelaku maupun pihak luar dalam suatu konflik. Manajemen konflik merupakan pendekatan yang berorientasi pada proses yang mengarahkan kepada bentuk komunikasi dari pelaku maupun pihak luar dan cara memengaruhi kepentingan dan interpretasi.⁴³ Manajemen konflik bersifat proaktif dan menekankan pada usaha pencegahan. Apabila fokus perhatian hanya ditujukan pada pencarian solusi untuk setiap konflik yang muncul, usaha itu adalah penanganan konflik, bukan manajemen konflik.⁴³

Konflik sering terjadi pada setiap tatanan asuhan keperawatan. Seorang manajer keperawatan harus memiliki dua asumsi dasar konflik. Pertama konflik merupakan hal yang tidak dapat dihindari dalam suatu organisasi. Dan yang kedua, jika konflik dapat dikelola dengan baik maka dapat menghasilkan suatu penyelesaian yang kreatif

dan berkualitas, sehingga berdampak pada peningkatan dan pengembangan produksi. Peran manajer sangat penting dalam mengelola konflik. Manajer berusaha menggunakan konflik yang konstruktif dalam menciptakan lingkungan kerja yang produktif. Jika konflik mengarah kepada sesuatu yang menghambat, maka manajer harus mengidentifikasi sejak awal dan secara aktif melakukan intervensi supaya tidak berdampak pada produktivitas dan motivasi kerja.⁴⁴

Strategi manajemen konflik dikelompokkan menjadi tiga yaitu; pencegahan, pengelolaan, dan penyelesaian. Upaya pencegahan konflik harus dilakukan pada tahap *antecedence* karena pada tahap tersebut faktor yang dapat menyebabkan konflik bisa kurang atau diminimalkan. Upaya pengelolaan konflik dapat dilakukan jika upaya pencegahan konflik gagal dilakukan dan konflik mulai ditampilkan melalui manifestasi negatif, biasanya proses konflik sudah berada pada tahap *perceived and felt* atau *resolution*, dan *aftermatch conflict*. Pada saat konflik telah menjadi sangat buruk dan kedua belah pihak kehabisan energi dalam menyelesaikan konflik maka diperlukan alternatif penyelesaian konflik lain seperti menghadirkan orang ketiga sebagai mediator. Sehingga diharapkan seorang mediator dapat membantu proses rekonsiliasi konflik agar terbentuk hubungan baru yang lebih harmonis setelah menghadapi konflik.^{2, 45}

1) Tujuan manajemen konflik

Tujuan utama manajemen konflik adalah untuk membangun dan mempertahankan kerjasama yang kooperatif dengan para bawahan, teman sejawat, atasan, dan pihak luar. Beberapa perilaku manajemen konflik seperti tawar menawar, dan pemecahan masalah secara integratif merupakan pendekatan yang digunakan untuk menangani konflik yang menyangkut seorang manajer dan pihak lain yang bantuannya dibutuhkan untuk mencapai sasaran pekerjaan.⁴³

Tahapan manajemen konflik secara keseluruhan antara lain:⁴³

- a) Pencegahan konflik bertujuan untuk mencegah timbulnya konflik yang keras.
- b) Penyelesaian konflik bertujuan untuk mengakhiri perilaku kekerasan melalui persetujuan damai.
- c) Pengelolaan konflik bertujuan untuk membatasi dan menghindari kekerasan dengan mendorong perubahan perilaku positif bagi pihak-pihak yang terlibat.
- d) Resolusi konflik menangani sebab-sebab konflik dan berusaha membangun hubungan baru dan tahan lama diantara kelompok-kelompok yang berkonflik.
- e) Transformasi konflik mengatasi sumber-sumber konflik sosial dan politik yang lebih luas dan berusaha merubah kekuatan negatif dari perselisihan menjadi kekuatan sosial politik yang positif.

Secara spesifik tujuan manajemen konflik antara lain:⁴³

a) Mencegah gangguan

Mencegah gangguan kepada anggota organisasi untuk memfokuskan diri pada visi, misi dan tujuan organisasi. Konflik dapat mengganggu perhatian serta mengalihkan energi dan kemampuan anggota organisasi. Manajemen konflik harus diarahkan agar pihak-pihak yang terlibat dalam konflik memahami keberagaman tersebut.⁴³

b) Meningkatkan kreativitas

Konflik yang terjadi di tempat kerja dapat dimanajemen untuk menciptakan kreativitas dan inovasi, serta mengembangkan produktivitas. Meningkatkan keputusan melalui pertimbangan berdasarkan pemikiran berbagai informasi dan sudut pandang konflik atau perbedaan pendapat memfasilitasi terciptanya berbagai alternatif keputusan dan penggunaan informasi yang akurat untuk memilih salah satu alternatif yang terbaik.⁴³

c) Memfasilitasi

Memfasilitasi pelaksanaan kegiatan melalui peran serta, pemahaman bersama dan kerjasama. Semua subsistem dan para anggota dalam organisasi harus bekerjasama, saling mendukung dan saling membantu untuk mencapai tujuan organisasi.⁴³

d) Menciptakan prosedur dan mekanisme penyelesaian konflik.

Prosedur dan mekanisme penyelesaian dikembangkan berdasarkan situasi konflik. Jika prosedur dan mekanismenya berhasil menyelesaikan konflik secara berulang-ulang, hal ini akan menjadi norma budaya organisasi, jika tidak konflik akan menyebabkan disfungsi organisasi.⁴³

2) Strategi penyelesaian konflik

Teori perilaku konflik (*Conflict Behavior*) menjelaskan terdapat beberapa strategi penyelesaian konflik, yaitu :^{42, 48}

a) *Competition*

Metode ini digunakan bila salah satu pihak berusaha untuk mencapai tujuannya tanpa menghiraukan dampak terhadap pihak-pihak lain. Metode ini menyajikan suatu perjuangan menang atau kalah kepada pihak-pihak yang berselisih. Tindakan ini dilakukan jika kita mencoba "memaksakan" kepentingan sendiri di atas kepentingan pihak lain. Pilihan tindakan ini bisa sukses dilakukan jika situasi saat itu membutuhkan keputusan yang cepat, kepentingan salah satu pihak lebih utama dan pilihan kita sangat vital.

Bersaing merupakan pendekatan terhadap konflik yang berciri menang-kalah (*win-lose approach*). Salah satu pihak memperjuangkan kepentingannya dengan mengorbankan pihak lain. sedangkan tujuannya mendapatkan yang diperjuangkan

dan mengalahkan pihak lain. Apabila konflik terjadi dalam suatu organisasi formal, pihak penguasa dapat menyelesaikan konflik ini dengan memanfaatkan kekuasaan terhadap pihak lain.^{42, 44, 48}

b) Avoidance

Salah satu pihak yang berselisih menyadari bahwa konflik tersebut ada dan pihak ini menarik diri maupun berusaha menekan konflik dengan memendam konflik yang ada. Dalam metode ini pihak-pihak yang berselisih dapat mengambil keputusan untuk berpisah secara fisik. Jika perpisahan secara fisik tidak memungkinkan atau tidak diinginkan maka pihak-pihak tersebut akan berusaha menekan konflik yang ada.⁴²

Tindakan ini dilakukan jika salah satu pihak menghindari dari situasi tersebut secara fisik atau pun psikologis. Sifat tindakan ini adalah hanya menunda konflik yang terjadi. Situasi menang-kalah terjadi lagi di sini. Menghindari konflik bisa dilakukan jika masing-masing pihak mencoba untuk mendinginkan suasana, membekukan konflik untuk sementara. Menghindar atau menarik diri (*withdrawal*) di anggap penyelesaian konflik yang tidak efektif. Kedua pihak yang terlibat konflik tidak memperjuangkan kepentingan masing-masing, bahkan tidak menaruh perhatian terhadap masalah yang menjadi inti konflik. Keinginan atau kepentingan kedua

belah pihak tidak terpenuhi dan membiarkan konflik reda dengan sendirinya. Penyelesaian konflik dengan cara menghindar merupakan pendekatan kalah-kalah (*lose-lose approach*).^{44, 48}

c) *Accommodation*

Metode ini disebut juga sebagai *selfsacrifing behavior*. Pendekatan menyesuaikan (*accommodation*) dilakukan oleh pihak-pihak yang terlibat konflik dengan cara salah satu pihak melepaskan atau mengesampingkan keinginan kelompoknya dan memenuhi keinginan pihak lain. Melalui pendekatan ini, pihak yang satu merelakan kebutuhannya, sehingga pihak yang lain mendapatkan sepenuhnya hal yang diinginkan. Jadi dalam rangka untuk memelihara hubungan, salah satu pihak bersedia untuk berkorban. Teknik menyesuaikan merupakan pendekatan kalah-menang (*lose-win approach*).^{42, 44, 48}

d) *Compromise*

Tindakan ini dapat dilakukan jika kedua belah pihak merasa bahwa kedua hal tersebut sama-sama penting dan hubungan baik menjadi yang utama. Teknik penyelesaian konflik mengharuskan kedua belah pihak yang terlibat konflik saling memberi kelonggaran atau konsesi. Keduanya saling bekerja sama untuk menyelesaikan konflik tanpa mengorbankan kepentingan organisasi. Pendekatan kompromi ini dapat

memuaskan kedua belah pihak yang terlibat konflik karena tidak ada yang menang atau kalah (*neither win-win or lose-lose approach*). Jika pihak-pihak yang berselisih sama-sama bersedia berkorban, maka hasil kompromi akan tercapai. Dalam metode kompromi ini tidak jelas siapa yang menang dan siapa yang kalah. Metode ini berusaha untuk menjelaskan konflik dengan menemukan dasar di tengah dari dua belah pihak yang berposisi.^{42, 44, 48}

e) *Collaboration*

Penyelesaian konflik yang satu ini berusaha untuk memberikan keuntungan kepada kedua belah pihak. Metode ini merubah konflik menjadi situasi pemecahan masalah bersama. Jadi pihak-pihak yang bertentangan sama-sama mencoba memecahkan masalahnya dan bukan hanya mencoba menekan konflik atau berkompromi. Menciptakan situasi menang-menang dengan saling bekerja sama. Pilihan tindakan ada pada diri kita sendiri dengan konsekuensi dari masing-masing tindakan. Kedua belah pihak yang terlibat bekerjasama dan mencari pemecahan konflik yang dapat memuaskan kepentingan kedua belah pihak. Pengelolaan konflik menggunakan tehnik kerja sama merupakan pendekatan menang-menang (*win-win approach*). Tujuan dari pendekatan ini masing-masing mendapatkan yang diinginkan.^{42, 44, 48}

3) Pendekatan penyelesaian konflik

Pengendalian konflik yang dilakukan melalui pendekatan musyawarah, campur tangan pihak ketiga, konfrontasi, tawar menawar (*bergaining*), dan kompromi.⁴³

a. Musyawarah

Musyawarah bertujuan agar masing-masing pihak yang berkonflik mendapatkan apa yang diinginkan sehingga kedua belah pihak tidak ada yang dikalahkan.⁴³ Musyawarah merupakan metode yang paling sehat dalam memecahkan konflik antar kelompok dalam organisasi. Dalam musyawarah, pihak-pihak yang berkonflik untuk saling bertemu dan mencari penyebab yang menjadi dasar dari konflik dan bertanggung jawab bersama untuk keberhasilan resolusinya.¹¹

b. Campur tangan pihak ketiga

Pengendalian konflik melalui campur tangan orang ketiga diperlukan apabila pihak-pihak yang bertentangan tidak ingin berunding atau telah mencapai jalan buntu. Pihak ketiga adalah orang yang memiliki pengaruh yang lebih besar daripada pihak-pihak yang sedang berkonflik.⁴³

c. Konfrontasi

Konfrontasi merupakan salah satu cara yang digunakan untuk mengendalikan konflik. Konfrontasi dilakukan dengan mempertemukan pihak-pihak yang sedang berkonflik untuk

diminta pendapatnya secara langsung dalam rapat atau sidang, dan pimpinan bertindak sebagai moderator.⁴³

d. Tawar menawar (*bergaining*)

Tawar menawar (*bergaining*) adalah pengendalian konflik melalui proses pertukaran persetujuan dengan maksud mencapai keuntungan kedua belah pihak yang sedang berkonflik (*win-win solution*). Dalam proses tawar-menawar masing-masing pihak tidak mendapatkan secara penuh apa yang diinginkan, akan tetapi tujuan dapat tercapai dengan mengorbankan sedikit kepentingannya. Inti dari tawar-menawar adalah tidak mengharuskan pihak-pihak yang berkonflik untuk menyerahkan sesuatu yang dianggap penting bagi kelompoknya.⁴³

e. Kompromi

Pendekatan kompromi dilakukan untuk mengatasi konflik dengan cara mencari jalan tengah yang dapat diterima oleh pihak-pihak yang bertentangan. Sikap yang diperlukan agar dapat melaksanakan kompromi adalah salah satu pihak harus bersedia mengerti dan merasakan keadaan pihak lain. Kedua belah pihak tidak ada yang menang maupun kalah, masing-masing memberikan kelonggaran dan konsesi.⁴³

5. *Case manager*

a. Pengertian *case manager*

Case manager merupakan professional di rumah sakit yang melaksanakan manajemen pelayanan pasien. Suatu proses kolaboratif mengenai asesmen, perencanaan, fasilitasi, koordinasi asuhan, evaluasi dan advokasi untuk opsi dan pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarganya yang komprehensif, melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberi hasil (*outcome*) yang bermutu dengan biaya efektif.¹⁸

Case manager bertanggung jawab terhadap pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien secara efektif dan efisien. *Case manager* berperan aktif sebagai penghubung antara pasien dengan dokter atau tenaga kesehatan lain yang dibutuhkan dalam mendapatkan perawatan.¹⁹ Tugas *case manager* yang sangat kompleks mengharuskan *case manager* untuk bisa berkolaborasi dengan tim pelayanan kesehatan.²⁰ Dengan demikian seorang *case manager* memiliki peran yang penting dalam pelaksanaan kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

b. Fungsi *case manager*

1) Asesmen utilitas.

Mampu mengakses semua informasi dan data untuk mengevaluasi manfaat / utilisasi, untuk kebutuhan manajemen pelayanan pasien

(semua informasi dan data akurat, lengkap yang mudah diakses tentang kebutuhan klinis, finansial, serta sosial pasien).²²

2) Perencanaan.

Dengan asesmen yang lengkap, disusun perencanaan untuk pelaksanaan manajemen pelayanan pasien. Perencanaan tersebut mencerminkan kelayakan / kepatutan dan efektivitas biaya dari pengobatan medis dan klinis serta kebutuhan pasien untuk mengambil keputusan.²²

3) Fasilitasi.

Tugas ini mencakup interaksi antara *case manager* dan para anggota tim pemberi pelayanan kesehatan, perwakilan pembayar, serta pasien / keluarga yang mencari / menginginkan pembebasan dari hambatan namun dapat mempengaruhi kinerja / hasil, serta menjaga kontinuitas pelayanan.²²

4) Advokasi.

Mewakili kepentingan pasien adalah inti dari peran *case manager*. Tetapi peran ini juga menjangkau pemangku kepentingan lain. *case manager* diharapkan melakukan advokasi untuk opsi pengobatan yang dapat diterima setelah berkonsultasi dengan dokter penanggung jawab, termasuk rencana pemulangan yang aman. Advokasi perlu mempertimbangkan sistem nilai pasien, kemampuan finansial termasuk atas jaminan pembiayaan, pilihan, serta kebutuhan pelayanan kesehatannya.²²

c. Peran *case manager*

Case manager memiliki beberapa peran antara lain:⁴⁹

- 1) Melakukan koordinasi perawatan kesehatan yang diberikan kepada pasien
- 2) Memfasilitasi komunikasi antara anggota tim pelayanan kesehatan
- 3) Mengawasi tindak lanjut perawatan kesehatan pasien
- 4) Mencegah terjadinya duplikasi intervensi dalam pemberian perawatan
- 5) Memastikan pelaksanaan rencana perawatan dan tindak lanjut.

d. Strategi *case manager*

Strategi *case manager* dalam mengelola kasus pasien rawat inap meliputi komunikasi, koordinasi, integrasi, advokasi, negosiasi . dan *empowerment*.³¹

1) Komunikasi

Komunikasi mendasari *case management* dan diperlukan pemahaman yang lebih baik dalam konteks peran *case manager* agar dapat memfasilitasi pasien, hasil organisasi dan membantu penyedia layanan serta membuat kebijakan dalam merancang sistem *case management* yang efektif. Komunikasi merupakan pusat fungsi koordinasi dalam pengelolaan kasus. *Case manager* diharapkan dapat menjembatani perbedaan-perbedaan yang dapat

ditemukan dalam melayani pasien dan rumah sakit sehingga peran mediator komunikasi sebagai tuntutan bagi *case manager*.^{31,50}

2) Koordinasi interdisiplin

Peran *case manager*, yang memiliki ketrampilan dan keahlian untuk melakukan dan memfasilitasi koordinasi perawatan, yang merupakan bagian integral dalam memastikan pelaksanaan perawatan yang komprehensif dengan perbaikan konsekuensi dalam efisiensi dan efektivitas. Koordinasi dan fasilitasi tes, perawatan, prosedur dan berkonsultasi. Koordinasi perawatan diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pendidikan dan dukungan dari keluarga melalui keselarasan pengobatan dan komunikasi menggunakan struktur model berbasis bukti.³¹

Tehnik koordinasi yang dapat dilakukan oleh *case manager* antara lain; dengan cara dokumentasi *clinical pathway*, kelengkapan dokumentasi antar disiplin, diadakan konferensi yaitu ronde keperawatan, kolaborasi sebelum ke pasien, koordinasi sesuai permasalahan pasien, dengan cara melakukan kunjungan rutin, dengan cara berkomunikasi, dengan cara membuat tim *case manager*. dengan cara membuat surat pengantar atau rujukan.³¹

3) Integrasi

Kesatuan usaha antara semua penyedia /pemberi pelayanan pasien. Merupakan penggabungan kegiatan seperti panggilan

telepon, konferensi diperlukan untuk memberikan layanan yang komprehensif, kohesif dan terus menerus.³¹

4) Advokasi

Salah satu strategi *case manager* melakukan advokasi dan negosiasi untuk mempercepat proses pelayanan, pengobatan atau peralatan yang diperlukan. Karena hal ini tidak dapat dilakukan oleh pasien dan keluarganya.³¹

Selain itu advokasi pasien salah satu bentuk menghargai pasien sembuh atas otonominya dalam menentukan nasibnya sendiri karena peningkatan resistensi sebagai manfaat dari informasi yang diperoleh. Bentuk advokasi pasien adalah pasien diberitahu sepenuhnya tentang haknya dalam mendapatkan informasi yang diperlukan untuk membuat keputusan . advokasi pasien dengan cara mendukung keputusan sekaligus melindungi nilai-nilai dan kepentingan individu. Hal ini berfungsi untuk memberikan dukungan dan untuk membuat pilihan perawatan.³¹

5) Negosiasi

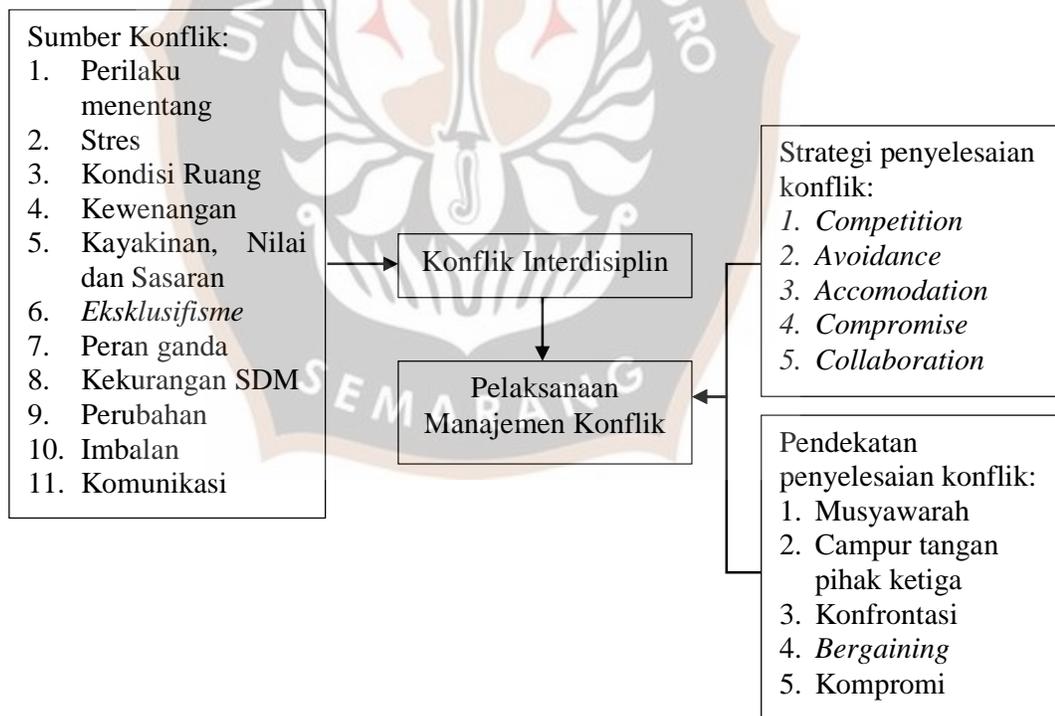
Salah satu strategi *case manager* melakukan advokasi dan negosiasi untuk mempercepat proses pelayanan, pengobatan atau peralatan yang diperlukan. Karena hal ini tidak dapat dilakukan oleh pasien dan keluarganya.³¹

Langkah negosiasi antara lain: mengumpulkan informasi, melakukan kompromi, memilih alternatif terbaik.³

6) *Empowerment*

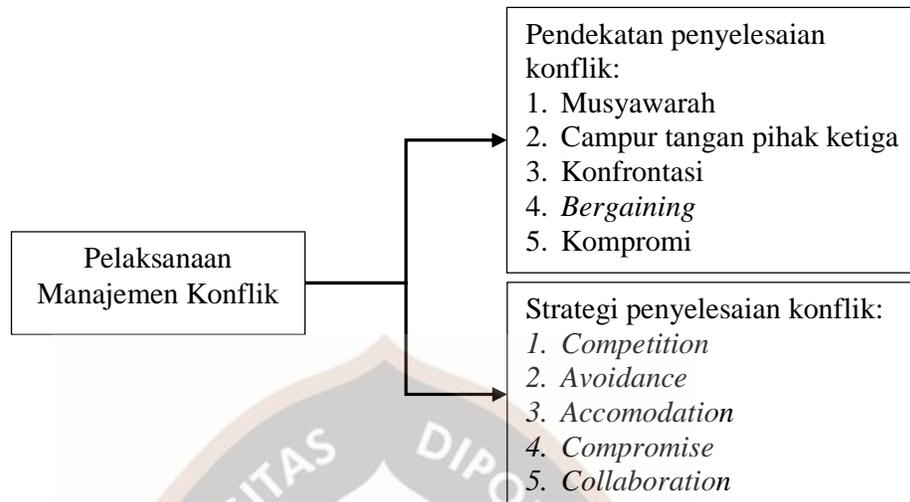
Dimaknai secara sederhana sebagai proses pemberian kekuatan atau dorongan sehingga membentuk interaksi transformatif kepada masyarakat, antara lain: adanya dukungan, pemberdayaan, kekuatan ide baru, dan kekuatan mandiri untuk membentuk pengetahuan baru. Mendorong staf untuk melakukan tanggung jawabnya dengan kesadarannya sendiri untuk memperoleh kepuasan kerja.³⁸

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori^{11, 31, 42-44, 46-48}

C. Fokus Penelitian



Gambar 2.2. Fokus Penelitian



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi bertujuan untuk mempelajari, mengembangkan atau menemukan pengetahuan dengan menggunakan pendekatan ilmiah dalam memberi makna atau menginterpretasikan berdasarkan hal-hal yang berarti bagi manusia.⁵¹

Penelitian ini bertujuan untuk menggali, mengeksplorasi serta mendeskripsikan pelaksanaan manajemen konflik interdisiplin oleh *case manager* di Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo Semarang berdasarkan penemuan fakta dengan menggunakan pendekatan studi fenomenologi.

B. Populasi dan Informan Penelitian

1. Populasi

Populasi target adalah dimana suatu hasil penelitian akan diterapkan (generalisir).⁵² Populasi dalam penelitian ini adalah *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang. *Case manager* bertanggung jawab terhadap pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien secara efektif dan efisien.¹⁹ Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Tugurejo Semarang pada bulan Desember 2015 terdapat 6 *case manager* yang memenuhi kriteria populasi.

2. Informan Penelitian

Informan dalam penelitian ini terdiri dari dua macam informan, yaitu informan utama dan informan triangulasi.

a. Informan Utama

Penelitian ini jumlah informan 6 (enam) informan dengan pertimbangan riset kualitatif dengan desain studi fenomenologi cenderung menggunakan jumlah informan yang kecil, yaitu 10 informan atau kurang dari itu.⁵³ atau jika pengumpulan data dijumpai adanya pengulangan informasi atau saturasi data.⁵⁴

Teknik pengambilan informan dalam penelitian kualitatif ini menggunakan *total sampling* yaitu keseluruhan dari informan yang ada sejumlah 6 orang *case manager*.⁵³

Jumlah informan dalam penelitian ini disesuaikan dengan data yang dibutuhkan peneliti, apabila perbandingan karakteristik data yang diperoleh dari informan sudah terdapat banyak kesamaan maka dianggap sudah mewakili populasi atau saturasi data tercapai.

b. Informan Triangulasi

Dalam penelitian ini, peneliti juga merencanakan adanya informan triangulasi. Tujuan dari adanya informan triangulasi tersebut adalah untuk memvalidasi data yang diperoleh dari informan dan memperluas cakupan data yang diperoleh.

Adapun informan Triangulasi kualitatif tersebut meliputi Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Seksi Keperawatan Rawat Inap.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada periode bulan Maret sampai dengan Mei 2016.

2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Tugurejo Semarang

D. Definisi Istilah

Tabel 3.1.
Definisi Istilah

Istilah	Definisi
Konflik interdisiplin	Masalah internal dan eksternal yang terjadi sebagai akibat dari perbedaan pendapat, nilai-nilai, atau keyakinan dari dua orang atau lebih di RSUD Tugurejo Semarang
Manajemen Konflik	Pendekatan yang berorientasi pada proses yang mengarahkan kepada bentuk komunikasi dari pelaku maupun pihak luar dan cara memengaruhi kepentingan dan interpretasi
<i>Case manager</i>	Professional di rumah sakit yang melaksanakan manajemen pelayanan pasien dalam proses kolaboratif mengenai assesmen, perencanaan, fasilitasi, koordinasi asuhan, evaluasi dan advokasi untuk opsi dan pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarganya yang komprehensif.
Pencegahan konflik	Upaya yang dilakukan dengan tujuan untuk mencegah timbulnya konflik yang keras
Pengelolaan konflik	Upaya yang dilakukan jika upaya pencegahan konflik gagal dilakukan dan konflik mulai ditampilkan dalam bentuk manifestasi
Strategi penyelesaian konflik	Strategi atau gaya yang digunakan untuk menyelesaikan konflik

Istilah	Definisi
Pendekatan penyelesaian konflik	Tehnik yang dilakukan untuk melaksanakan strategi penyelesaian konflik
Rekonsiliasi konflik	Upaya yang dilakukan untuk membentuk hubungan baru yang lebih harmonis antara pihak yang berkonflik

E. Alat Penelitian dan Tehnik Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data. Penelitian ini ditujukan kepada *case manager* sebagai responden berkaitan dengan manajemen konflik interdisiplin.

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data dalam penelitian adalah:

- a. Pedoman wawancara, peneliti melakukan uji coba pertanyaan penelitian terhadap satu orang *informan* yang memiliki karakteristik sama dengan *informan* yang dijadikan subyek penelitian. Uji coba tersebut bertujuan untuk menguji kemampuan peneliti dalam melakukan proses wawancara, memberikan pertanyaan yang mengarah pada tujuan, mengetahui pemahaman *informan* terhadap pertanyaan dan kemampuan untuk membuat catatan lapangan, dimana *informan* diminta memberikan pendapat dan ide – idenya. Pertanyaan inti yang diajukan dalam wawancara mendalam (*In depth interview*) dengan *open ended question*. Topik pertanyaan ini dikembangkan berdasarkan pelaksanaan manajemen konflik yang dilakukan oleh *case manager* (pedoman wawancara terlampir). Peneliti selama wawancara berlangsung

mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan.

b. Pedoman *Focus Group Discussion (FGD)*

FGD dilakukan setelah pelaksanaan *In depth interview* pada 6 (enam) informan untuk mengetahui variasi persepsi tentang pelaksanaan manajemen konflik oleh *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang. FGD dimaksudkan untuk menghindari pemaknaan yang salah dari peneliti terhadap fokus masalah yang akan diteliti. Pelaksanaan FGD menggunakan sebuah pedoman yang digunakan sebagai acuan selama FGD berlangsung. Isi dari pedoman wawancara FGD terdiri dari daftar pertanyaan yang dikembangkan dan uraian tahapan dalam FGD serta penjelasan peran dan fungsi dari fasilitator dan moderator. Pedoman wawancara FGD terlampir.

c. Alat perekam berupa recorder digunakan untuk merekam pembicaraan pada saat dilakukan wawancara mendalam dengan informan. Penggunaan recorder dalam izin informan untuk dilakukan perekaman suara.

d. Buku catatan, Buku catatan peneliti gunakan untuk mencatat informasi penting yang disampaikan oleh informan penelitian. Buku catatan digunakan pada saat FGD dan wawancara mendalam.

e. Kamera

Kamera digunakan untuk memotret saat peneliti melakukan pengambilan data. Foto digunakan untuk meningkatkan jaminan

keabsahan penelitian, karena peneliti benar – benar melakukan pengumpulan data.

2. Tehnik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data penulis melaksanakannya melalui :

a. Tahapan Persiapan

Pada tahapan ini peneliti melakukan:

- 1) Mengajukan ijin penelitian kepada Direktur RS. Tugurejo Semarang
- 2) Setelah direktur RS menyetujui, peneliti menghadap kepala bidang keperawatan untuk koordinasi langkah selanjutnya
- 3) Menjelaskan maksud dari penelitian tersebut.
- 4) Menghubungi *case manager* yang direncanakan dan memenuhi kriteria menjadi responden atau informan.
- 5) Peneliti mengajukan permohonan kesediaan menjadi responden atau informan dalam penelitian ini dan Memberikan lembar *infomed concent*. Apabila responden dan informan bersedia terlibat dalam penelitian ini, maka diminta untuk mengisi lembar *infomed concent* sebagai bukti persetujuan menjadi informan dalam penelitian.

b. Tahapan Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan pengambilan data dilakukan menggunakan teknik wawancara mendalam (*indept interview*) dan *focus group discussion*.

a) Wawancara mendalam

Pengumpulan data dilakukan peneliti melalui wawancara mendalam atau *indepth interview* terhadap 6 (enam) informan yaitu *case manager*. Wawancara mendalam dalam penelitian ini untuk memperoleh data tentang pelaksanaan manajemen konflik interdisiplin oleh *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang. Wawancara dilaksanakan sesuai dengan pedoman wawancara kepada informan utama dan informan triangulasi.

b) *Focus Group Discussion*

Focus Group Discussion (FGD) dilakukan setelah wawancara mendalam. Bertujuan untuk menemukan pemahaman pelaksanaan manajemen konflik oleh *case manager* di RSUD Tugurejo Semarang. *Focus Group Discussion* dimaksudkan untuk menghindari pemaknaan yang salah dari peneliti terhadap fokus masalah yang sedang diteliti. FGD terdiri dari 1 (satu) kelompok, yang terdiri dari 6 orang yang dipandu oleh moderator dan mengacu pada pedoman FGD.

c. Tahapan Terminasi

Pada tahapan ini peneliti mengakhiri proses wawancara dengan memberikan *reward* kepada informan atas sikap kooperatifnya. Memberikan kesempatan pada informan untuk menyampaikan beberapa hal yang berkaitan dengan proses wawancara. Apabila dari hasil wawancara terdapat beberapa hal yang belum dipahami maka peneliti

menghubungi kembali informan. Peneliti mengecek keabsahan data dan kualitas data yang sudah diperoleh.

F. Teknik Analisis Data

1. Reduksi Data

Proses analisa data dimulai dengan cara menelaah seluruh data yang didapat dari informan wawancara mendalam dan FGD dalam bentuk narasi. Peneliti menganalisis secara cermat dengan membaca, memahami, menelaah dan menganalisa makna yang terkandung dalam data tersebut. Peneliti menggunakan metode *analisis content analysis*, langkah – langkah yang dilakukan sebagai berikut :

a) Membuat Transkrip Data

Data wawancara mendalam dan FGD dengan yang terekam dalam *tape recorder* dibuat transkrip menjadi sebuah teks narasi berisi pernyataan informan. Seluruh data verbatim ditranskrip kedalam teks narasi untuk selanjutnya dilakukan analisis data.

b) Melakukan *Meaning Unit*

Meaning Unit merupakan kata, kalimat atau paragraf yang saling berhubungan isinya dan membentuk suatu makna. Perlu dilakukan pemilihan kata, kalimat atau paragraf, karena tidak semua pernyataan informan memiliki makna sesuai dengan tujuan penelitian. Data yang kurang relevan dihilangkan tanpa mengurangi makna dari data secara keseluruhan.

c) Meringkas dan mengorganisir data

Data – data *meaning unit* dikelompokkan sesuai dengan topik atau pertanyaan yang diajukan kepada informan.

- d) Kemudian peneliti membuat abstraksi, yaitu membuat ringkasan yang inti, proses, dan persyaratan yang berasal dari informan tetap terjaga. Dari rangkuman yang dibuat ini kemudian peneliti melakukan reduksi data yaitu memilih data atas dasar tingkat relevansi dan kaitannya dengan setiap kelompok data.⁵⁵

Selanjutnya peneliti membuat koding data sesuai dengan kisi-kisi penelitian serta menyederhanakan dan mentransfer data kasar ke catatan lapangan. Tahap selanjutnya peneliti menyusun data dalam satuan yang sejenis yang disebut kategorisasi atau variabel. Kemudian peneliti membuat tema dari beberapa kategori yang saling berhubungan. .

2. Penyajian Data (*data display*)

Setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah menyajikan data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Peneliti menyajikan data dalam bentuk uraian singkat. Data yang ditemukan pada saat memasuki lapangan dan setelah berlangsung lama dilapangan akan mengalami perkembangan, karena itu peneliti harus selalu menguji apa yang telah ditemukan pada saat memasuki lapangan.⁵⁵

3. Verifikasi (*condusion drawing/verification*)

Pada langkah verifikasi peneliti membuat kesimpulan yang sifatnya terbuka, peneliti juga menerima masukan data dari peneliti lain dan pembimbing. Peneliti memaknai analisis spesifik, menarik serta menjelaskan kesimpulan.⁵⁵

G. Kriteria dan Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Terdapat empat kriteria keabsahan data dalam penelitian kualitatif, yaitu:

1. *Credibility* (Derajat Kepercayaan)

Derajat kepercayaan mengandung makna apakah proses dan hasil penelitian kualitatif dapat diterima dan dipercaya. Kriteria ini untuk memenuhi nilai kebenaran dari data dan informasi yang dikumpulkan. Artinya, hasil penelitian harus dapat dipercaya oleh semua pembaca dan *informan* sebagai informan.⁵⁵ Peneliti melakukan klarifikasi membacakan hasil transkrip wawancara sambil didengarkan oleh informan, kemudian peneliti meminta pendapat informan apakah ada informasi lagi yang mungkin perlu ditambahkan. Setelah informan menjawab tidak ada informasi lagi yang perlu ditambahkan dan tidak ada keberatan dari informasi terkait hasil traskrip wawancara tersebut berarti penelitian sudah mencapai derajat kepercayaan.

2. *Transferability* (Keteralihan)

Keteralihan mengandung makna apakah hasil penelitian ini dapat digeneralisasikan atau diterapkan pada situasi yang lain. Kriteria ini digunakan untuk memenuhi kriteria bahwa hasil penelitian yang dilakukan dalam konteks (*setting*) tertentu dapat ditransfer ke subjek lain yang

memiliki tipologi yang sama.⁵⁵ Agar orang lain mampu memahami hasil penelitian dan menerapkan hasil penelitian tersebut maka peneliti membuat laporan dengan uraian yang jelas, sistematis dan dapat dipercaya. Peneliti membuat pembahasan yang merujuk kepada jurnal – jurnal terkait.

3. *Dependability* (Kebergantungan)

Kebergantungan mengandung makna apakah hasil penelitian mengacu pada kekonsistenan peneliti dalam mengumpulkan data, membentuk dan menggunakan konsep-konsep ketika membuat interpretasi untuk menarik kesimpulan.⁵⁵ Peneliti melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian dengan pembimbing. Dalam penelitian ini peneliti melakukan konsultasi dengan Dosen Pembimbing terkait aktivitas penelitian, mulai dari menentukan masalah penelitian, menentukan sumber, melakukan uji instrumen, melakukan wawancara mendalam, melakukan FGD, membuat transkrip, menentukan kata kunci, kategori dan tema dan membuat kesimpulan.

4. *Confirmability* (Kepastian)

Kepastian mengandung makna apakah hasil penelitian dapat dibuktikan kebenarannya dimana hasil penelitian sesuai dengan data yang dikumpulkan dilapangan. Kriteria ini digunakan untuk menilai mutu tidaknya hasil penelitian.⁵⁵ Uji *Confirmability* dalam penelitian ini dilakukan bersama dengan uji *Dependability*.

H. Etika Penelitian

Beberapa hal yang dipersiapkan peneliti agar penelitian bisa berjalan dengan baik, lancar dan peneliti tidak mendapatkan persoalan masalah etika, yaitu:

1. Peneliti mengurus perijinan penelitian sesuai prosedur

Peraturan yang ditetapkan di RSUD Tugurejo Semarang, peneliti menghargai, menghormati dan patuh terhadap peraturan dan norma yang ada di tempat penelitian dengan melakukan penelitian disaat informan bebas dari jam kerja pelayanan dan dilakukan di ruang yang tidak mengganggu pekerjaan di praktik mandiri keperawatan.

2. Peneliti menempatkan informan bukan sebagai objek, melainkan orang yang derajatnya sama dengan peneliti.
3. Peneliti memilih informan terlebih dahulu dengan memberikan *informed consent*, yaitu memberitahu secara jujur maksud dan tujuan terkait dengan penelitian yang dilakukan pada *informan* dengan sejelas-jelasnya.
4. Peneliti menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan, informasi hanya digunakan untuk kegiatan penelitian dan tidak dipublikasikan tanpa izin informan diberlakukan sama, nama informan diganti dengan kode (*anonimity*).
5. Peneliti memberikan kenyamanan pada informan dengan mengambil tempat sesuai dengan keinginan informan selama proses pengambilan data, sehingga informan dapat leluasa untuk mengungkapkan masalah sesuai dengan topik penelitian. Informasi yang telah diberikan informan serta semua data yang sudah terkumpul dijamin kerahasiannya oleh

peneliti dan tidak dipublikasikan atau diberikan kepada orang lain tanpa seijin informan.



DAFTAR PUSTAKA

1. Kurniadi. Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya. 2013.
2. Arif Y. Efektifitas Model Strategi Manajemen Konflik Perawat Pelaksana Terhadap Produktivitas Kerja Perawat Di Rumah Sakit Pendidikan [Disertasi]. Depok: Universitas Indonesia; 2014.
3. Marquis H. Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Teori dan Aplikasi. 2010.
4. Muchlas M. Perilaku Organisasi. Yogyakarta: Gajah Mada University Press; 2005.
5. Pavlakis A, Kaitelidou D, Theodorou M, Galanis P, Sourtzi P, Siskou O. Conflict management in public hospitals: the Cyprus case. *Int Nurs Rev.* 2011;58(2):242-8.
6. Depkes RI. Pedoman Standar Minimal Rumah Sakit. Kesehatan D, editor. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008.
7. Setiawan. Komunikasi Interdisiplin Dalam Pelayanan Kesehatan. 2015.
8. Rose L. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nursing in critical care.* 2011;16(1):5-10.
9. Morrison G, Goldfarb S, Lanken PN. Team training of medical students in the 21st century: would Flexner approve? *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges.* 2010;85(2):254-9.
10. Ogbimi RI, Adebamowo CA. Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. *BMC nursing.* 2006;5:2.
11. Robbins SP, Judge T. *Organizational behavior.* Edition 16. ed. Boston: Pearson; 2015. xxxiii, 709 pages p.
12. Tabak N, Orit K. Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of nursing management.* 2007;15(3):321-31.
13. Almost J. Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of advanced nursing.* 2006;53(4):444-53.
14. Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International journal for quality in*

health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua. 2004;16(6):491-7.

15. C.J MBH. Leadership Roles and Management Function in Nursing: theory and application 2010;5th edition.
16. Brooten D, Youngblut JM, Hannan J, Guido-Sanz F. The Impact of Interprofessional Collaboration on the Effectiveness, Significance, and Future of Advanced Practice Registered Nurses. *Nursing Clinics of North America*. 2012;47(2):283-94.
17. Susilaningsih S. Praktik kolaborasi kesehatan penting untuk tingkatkan kualitas pelayanan kesehatan. 2014.
18. CMSA. Standards of practice for case management. 2010.
19. Schuetze K, Cunningham B. The case manager connection: Taking a leadership role to improve patient outcomes. *Nurse Leader*. 2007;5(1):48-50.
20. Markle A. The economic impact of case management. *The Case Manager*. 2004;15(4):54-8.
21. Lumenta NA. Pola Patient Centered Care Dalam Asuhan Pasien. 2015.
22. Sutoto. Hospital Case Manager: Akreditasi RS Versi 2012; 2013.
23. Soejono CH. Kerjasama Antara Dokter dan Ahli Farmasi Pada Layanan Informasi Kesehatan Dalam Rangka Peningkatan Keselamatan Pasien. 2009.
24. Janet H, Marra M. Leadership and Managing Conflict in meeting. 2004.
25. Al-Hamdan Z, Shukri R, Anthony D. Conflict management styles used by nurse managers in the Sultanate of Oman. *J Clin Nurs*. 2011;20(3-4):571-80.
26. Al-Hamdan Z, Nussera H, Masa'deh R. Conflict management style of Jordanian nurse managers and its relationship to staff nurses' intent to stay. *Journal of nursing management*. 2015.
27. Whitworth BS. Is there a relationship between personality type and preferred conflict-handling styles? An exploratory study of registered nurses in southern Mississippi. *Journal of nursing management*. 2008;16(8):921-32.

28. Ahanchian MR, Emami Zeydi A, Armat MR. Conflict management styles among Iranian critical care nursing staff: a cross-sectional study. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*. 2015;34(3):140-5.
29. Kaitelidou D, Kontogianni A, Galanis P, Siskou O, Mallidou A, Pavlakis A, et al. Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *Journal of nursing management*. 2012;20(4):571-8.
30. Abubakar ABS. Pengaruh Pelatihan Manajemen Konflik pada Kepala Ruang Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit DR. H. Marzuki Mahdi Bogor. Jakarta: Universitas Indonesia; 2008.
31. Sunaringtyas W. Strategi Case Manager dalam Mengelola Kasus Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit. Semarang: Universitas Diponegoro; 2015.
32. Ratminto, Winarsih AS. Manajemen Pelayanan Yogyakarta: Pustaka Belajar; 2005.
33. Ginting T. Analisis kualitas pelayanan rawat jalan puskesmas berastagi Kabupaten karo: Tesis jurusan magister perencanaan dan kebijakan publik kekhususan ekonomi perencanaan kota dan daerah Universitas Indonesia, (<http://Lontar.ui.ac.id/file>); 2012.
34. Nurachmah E. Asuhan Keperawatan Bermutu. 2007.
35. Indonesia R. Undang-Undang Nomor 36 Tentang Kesehatan. 2009.
36. Cesta T. Case management insider. Back to basics: a day in the life of a hospital case manager--Part 1. *Hospital case management : the monthly update on hospital-based care planning and critical paths*. 2013;21(8):107-10.
37. KARS. Panduan Pelaksanaan Manajer Pelayanan Pasien Rumah Sakit (*Hospital Case Manager*) - Komisi Akreditasi Rumah Sakit Jakarta: KARS; 2012.
38. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi. Jakarta: PT. Asdi Mahasatya; 2005.
39. Ali M. Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi kolaborasi perawat dengan dokter di Rumah Sakit Kepolisian Pusat RS. Sukanto Jakarta Timur. Depok: Universitas Indonesia; 2010.
40. Wuryanto E. Hubungan Lingkungan Kerja dan Karakteristik Individu dengan Kepuasan Kerja Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang. Depok: Universitas Indonesia; 2010.

41. Chen Y-M. Nurses' work environment and job satisfaction [Ph.D.]. Ann Arbor: University of Maryland, Baltimore; 2008.
42. Sunyoto D. Penelitian Sumber Daya Manusia: Teori, Kuesioner, Alat Statistik, dan Contoh Riset. Yogyakarta: CAPS; 2015.
43. Rusdiana A. Manajemen Konflik. Bandung: CV Pustaka Setia; 2015.
44. Nursalam. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. 4 E, editor. Jakarta: Salemba Medika; 2014.
45. Wirawan. Konflik dan manajemen konflik : teori, aplikasi, dan penelitian. Jakarta: Salemba Humanika; 2010.
46. Simamora, H. R. Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Jakarta: EGC; 2012.
47. Hendricks W, Santoso A. Bagaimana Mengelola Konflik : Petunjuk Praktis Untuk Manajemen Konflik Yang Efektif. Jakarta: Bumi Aksara; 2008.
48. Wahyudi. Manajemen Konflik dalam Organisasi. kedua C, editor. Bandung: Alfabeta; 2006.
49. Phaneuf M. Case Management: Client-Centred Care. 2008.
50. Anderson MAPRN, Helms LBPJD, Kelly NRPRN. Realigning the Communication Paradigm in Nursing Case Management. Care Management Journals. 2005;5(2):67-72.
51. Creswell JW. Qualitative Inquiry and Research Design Choosing Among Five Approaches. Lincoln, USA: SAGE Publications, Inc; 2013.
52. Dharma KK. Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan Dan Menerapkan Hasil Penelitian). Depok: TIM; 2011.
53. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 9th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.; 2012.
54. Moleong LJ. Metodologi penelitian kualitatif / Lexy J. Moleong. Bandung: Remaja Rosdakarya; 2010.
55. Sugiyono. Memahami Penelitian Kualitatif. Bandung: CV. Alfabeta; 2013.
56. Forbat L, Sayer C, McNamee P, Menson E, Barclay S. Conflict in a paediatric hospital: a prospective mixed-method study. Archives of disease in childhood. 2016;101(1):23-7.

57. Edwards M, Thronson K, Girardin J. Survey of Canadian critical care nurses' experiences of conflict in intensive care units. *Dynamics*. 2012;23(3):15-9.
58. Kelly EL, Subica AM, Fulginiti A, Brekke JS, Novaco RW. A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. *Journal of advanced nursing*. 2015;71(5):1110-22.
59. Raykova EL, Semerjjeva MA, Yordanov GY, Cherkezov TD. Dysfunctional Effects of a Conflict in a Healthcare Organization. *Folia medica*. 2015;57(2):133-7.
60. Aberese-Ako M, Agyepong IA, Gerrits T, Van Dijk H. 'I Used to Fight with Them but Now I Have Stopped!': Conflict and Doctor-Nurse-Anaesthetists' Motivation in Maternal and Neonatal Care Provision in a Specialist Referral Hospital. *PloS one*. 2015;10(8):e0135129.
61. Skei K. Collaboration at risk: registered nurses' experiences on orthopaedic wards. *J Clin Nurs*. 2008;17(14):1907-14.
62. Moreland JJ, Apker J. Conflict and Stress in Hospital Nursing: Improving Communicative Responses to Enduring Professional Challenges. *Health communication*. 2016;31(7):815-23.
63. Nicotera AM, Mahon MM, Wright KB. Communication that builds teams: assessing a nursing conflict intervention. *Nursing administration quarterly*. 2014;38(3):248-60.
64. Almost J, Wolff AC, Stewart-Pyne A, McCormick LG, Strachan D, D'Souza C. Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *Journal of advanced nursing*. 2016;72(7):1490-505.
65. Eagar SC, Cowin LS, Gregory L, Firtko A. Scope of practice conflict in nursing: a new war or just the same battle? *Contemporary nurse*. 2010;36(1-2):86-95.
66. Uzunboylu H, Karimova LS. The Proceedings of 6th World Conference on educational Sciences Prevention of Interpersonal Conflicts in Teenagers' Environment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015;191:1843-7.
67. Willard C, Luker K. Working with the team: strategies employed by hospital cancer nurse specialists to implement their role. *J Clin Nurs*. 2007;16(4):716-24.

68. Chan JC, Sit EN, Lau WM. Conflict management styles, emotional intelligence and implicit theories of personality of nursing students: a cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2014;34(6):934-9.
69. Gerardi D. Conflict Engagement: Emotional and Social Intelligence. *The American journal of nursing*. 2015;115(8):60-5.
70. Ardiana A, Sahar J, Gayatri D. Dimensi Kecerdasan Emosional: Memahami dan Mendukung Orang Lain Terhadap Perilaku Caring Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Klien. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 2010;13(3):133-8.
71. Ibrahim I. Pengaruh Kecerdasan Emosional terhadap Organizational Citizenship Behaviord dan Dampaknya pada Kinerja Perawat Rumah Sakit Umum Anutapura & Rumah Sakit Undata Palu. *Katalogis*. 2014;1(1).
72. Brinkert R. Conflict coaching training for nurse managers: a case study of a two-hospital health system. *Journal of nursing management*. 2011;19(1):80-91.
73. Sebrant U. Emotion, power and identity. Emotional display of envy when taking on management roles in a professional hierarchy. *Journal of health organization and management*. 2014;28(4):548-61.
74. Stecker M, Stecker MM. Disruptive staff interactions: a serious source of inter-provider conflict and stress in health care settings. *Issues Ment Health Nurs*. 2014;35(7):533-41.
75. Kim WS, Nicotera AM, McNulty J. Nurses' perceptions of conflict as constructive or destructive. *Journal of advanced nursing*. 2015;71(9):2073-83.
76. Auto J, Nasi T, Ogaoga D, Kelly J, Duke T. Hospital services for children in the Solomon Islands: rebuilding after the civil conflict. *Journal of paediatrics and child health*. 2006;42(11):680-7.
77. Kantek F, Kavla I. Nurse-nurse manager conflict: how do nurse managers manage it? *The health care manager*. 2007;26(2):147-51.
78. Wright KB. A communication competence approach to healthcare worker conflict, job stress, job burnout, and job satisfaction. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*. 2011;33(2):7-14.
79. Vendemiatti M, Siqueira ES, Filardi F, Binotto E, Simioni FJ. [Hospital management conflict: the leadership role]. *Ciencia & saude coletiva*. 2010;15 Suppl 1:1301-14.

80. Paquette ET, Kolaitis IN. Intensive Care, Intense Conflict: A Balanced Approach. *The Journal of clinical ethics*. 2015;26(4):346-9.
81. MacLachlan A. Mercy and Forgiveness A2 - Chadwick, Ruth. *Encyclopedia of Applied Ethics (Second Edition)*. San Diego: Academic Press; 2012. p. 113-20.
82. Noor M, Brown R, Gonzalez R, Manzi J, Lewis CA. On positive psychological outcomes: what helps groups with a history of conflict to forgive and reconcile with each other? *Personality & social psychology bulletin*. 2008;34(6):819-32.
83. Hudek-Knezevic J, Kalebic Maglica B, Krapic N. Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croatian medical journal*. 2011;52(4):538-49.
84. Mahon MM, Nicotera AM. Nursing and conflict communication: avoidance as preferred strategy. *Nursing administration quarterly*. 2011;35(2):152-63.