

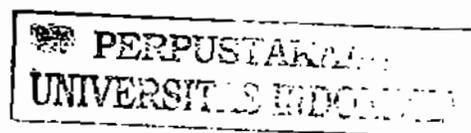


**PENGARUH PELATIHAN MANAJEMEN KONFLIK PADA
KEPALA RUANGAN TERHADAP KINERJA PERAWAT
PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP RUMAH
SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

TESIS

Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

**DISUSUN OLEH :
AMIRA BIN SEH ABUBAKAR
0606026635**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN KEKHUSUSAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU
KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**

LEMBAR PERSETUJUAN

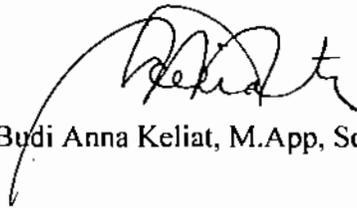
Tesis dengan judul :

Pengaruh Pelatihan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruangan Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

Telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Sidang Tesis
Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Depok, 16 July 2008

Pembimbing I



Dr. Budi Anna Keliat, M.App, Sc.

Pembimbing II



Mustikasari, S. Kp, MARS

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juni 2008
Amira Bin Sch Abubakar

Pengaruh Pelatihan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruangan Terhadap Kinerja
Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

xi + 111 hal + 24 tabel + 3 Skema + 12 lampiran

Abstrak

Perubahan status RSMM menjadi Badan Layanan Umum membawa dampak pada semua bidang termasuk profesi keperawatan. Pada bulan Januari 2008, terjadi mutasi perawat dan hal ini beresiko untuk terjadinya konflik sehingga dirasakan perlu untuk melakukan pelatihan tentang manajemen konflik pada kepala ruangan dan dilihat pengaruhnya pada kinerja perawat pelaksana. Metode penelitian ini adalah quasi-eksperimental dengan desain *Pre and Post Test Without Control Group*. Perawat pelaksana yang menjadi responden sebanyak 104 orang yang dipilih dengan *simple random sampling* dan tersebar pada 18 ruangan. Kepala ruangan mendapatkan pelatihan tentang manajemen konflik dan dibimbing dengan frekuensi yang berbeda (6 kali, 3 kali, dan tanpa bimbingan), kemudian kepala ruangan menerapkan kemampuan manajemen konflik dengan membimbing perawat pelaksana untuk meningkatkan kinerjanya. Karakteristik perawat pelaksana dianalisa dengan uji statistik deskriptif sedangkan kinerja perawat pelaksana dianalisa dengan uji t-dependen untuk melihat perbedaan kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah dibimbing kepala ruangan dan uji Anova untuk melihat perbedaan kinerja perawat pelaksana dengan frekuensi bimbingan yang berbeda pada kepala ruangan. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan yang bermakna pada kinerja perawat pelaksana sesudah dibimbing kepala ruangan yang telah dilatih dan dibimbing ($p \text{ Value} \leq 0,05$). Peningkatan kinerja perawat pelaksana yang kepala ruangnya dibimbing 6 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang kepala ruangnya tidak dibimbing, demikian juga dengan kinerja perawat pelaksana yang kepala ruangnya dibimbing 3 kali. Sementara kinerja perawat pelaksana yang kepala ruangnya dibimbing 6 kali tidak berbeda secara bermakna dengan yang kepala ruangnya dibimbing 3 kali. Perawat pelaksana yang belum menikah lebih tinggi kinerjanya dibandingkan dengan yang telah menikah. Dari hasil penelitian ini disarankan agar calon kepala ruangan diberikan pelatihan manajemen konflik dan dibimbing sebanyak 3 kali.

Kata kunci: pelatihan, bimbingan, kepala ruangan, perawat pelaksana
Daftar Pustaka 50 (1994-2008)

POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2008
Amira Bin Sch Abubakar

The Effect of Conflicts Management Training For Nurse Managers to Nurse Performance at patients ward in Dr. H. Marzoeeki Mahdi Hospital Bogor

xi + 111 pages + 24 tables + 3 Schemas + 12 enclosure

Abstract

The status change of RSMM to independent public health service had impact to all disciplines, including nursing profession. In January 2008, rotation of nurse was conducted and potentially resulted conflicts. This condition was considered to be anticipated with providing training of conflict management for nurse managers, and then evaluated its effect on nurse performance. This study used quasi- experimental design with *Pre and Post Test Without Control Group*. Sample size of this study was 104 nurses of 214 nurses who were selected randomly in 18 patient ward. The training and coaching was performed in different frequency of sessions (6 sessions, 3 sessions, and session without coaching) for nurse managers who then demonstrated their skill of conflict management with guiding nurses in improving their performance. Descriptive statistical test was applied for nurse characteristic and t-dependent test was applied for nurse performance with differentiating nurse performance before and after the guidance provided by nurse manager. Anova test was applied to predict the difference of nurse performance with various frequency of coaching provided for nurse manager. The result of this study showed increasing nurse performance after being guided by nurse managers who were trained and coached ($p\text{Value} \leq 0,05$). The increasing of nurse performance with nurse managers who were coached in 3 sessions and 6 sessions was higher than nurse performance with nurse manager who were not provided with coaching. Nurse performance with nurse manager who were coached 3 times and 6 times was not significantly different. The performance of unmarried nurse was higher than married nurse. It was recommended that candidates of nurse managers should be trained about conflict management with 3 sessions of coaching.

Key word: training, coaching, nurse manager, nurse
Reference: 50 (1994-2008)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat Rahmat-Nya, penyusunan tesis dengan judul “ Pengaruh Pelatihan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruangan terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di RSMM Bogor dapat diselesaikan. Penulis menyadari tersusunnya tesis ini berkat dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Krisna Yetty, S.Kp, M.App,Sc Sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
3. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc.PhD selaku Koordinator Mata Ajaran Tesis
4. Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingan yang intensif dalam penyusunan tesis.
5. Mustikasari, S.Kp, MARS, selaku pembimbing II yang telah memberikan masukan dan memotivasi untuk menyelesaikan penyusunan tesis.
6. Direktur RSMM Bogor, yang telah memberikan ijin pada peneliti untuk melakukan penelitian.
7. Bidang Keperawatan beserta stafnya di RSMM Bogor yang memberikan dukungan dan memfasilitasi jalannya penelitian ini.
8. Kepala ruangan beserta seluruh perawat di RSMM Bogor yang telah bersedia untuk terlibat dalam penelitian ini.
9. Keluarga tercinta, suami dan orang tua yang telah memberikan dukungan dan mendengarkan semua keluhan peneliti. *Special thanks for* dela, ia, awy dan niar yang telah menemani dan membantu dalam penyelesaian tesis ini.
10. Teman-teman Angkatan 2006 yang telah bersama-sama melewati semua proses pembelajaran baik suka maupun duka, khususnya buat teman sekelompok bimbingan yang saling menyemangati selama proses penyusunan tesis ini.

Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi semua rekan perawat baik yang di pelayanan maupun di pendidikan.

Depok, Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	9
C. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN TEORI	11
A. Kinerja	11
B. Manajemen Konflik.....	23
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIOANAL	33
A. Kerangka Teori	33
B. Kerangka Konsep.....	37
C. Hipotesis	38
D. Definisi Operasional.....	39
BAB IV METODE PENELITIAN	42
A. Rancangan Penelitian.....	42
B. Populasi dan Sampel.....	44
C. Tempat Penelitian.....	48
D. Waktu Penelitian	48
E. Etika Penelitian.....	48
F. Alat Pengumpulan Data.....	52
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	57
H. Analisis Data.....	59

BAB IV HASIL PENELITIAN.....	60
A. Karakteristik Perawat Pelaksana.....	60
B. Kinerja Perawat Pelaksana.....	64
BAB VI PEMBAHASAN.....	86
A. Kinerja Perawat Pelaksana.....	86
B. Keterbatasan Penelitian.....	104
C. Implikasi Hasil Penelitian	104
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN.....	107
A. Simpulan.....	108
B. Saran.....	109

Daftar Pustaka

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional	39
Tabel 4.1 Distribusi Responden pada Ruang Rawat Inap Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.....	46
Tabel 4.2 Distribusi Kepala Ruang Rawat Inap Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Pada Kelompok Bimbingan.....	47
Tabel 4.3 Hasil Analisis Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Kinerja Perawat Pelaksana.....	52
Tabel 4.4 Matriks Bimbingan Pada Kepala Ruangan.....	54
Tabel 4.5 Matriks Bimbingan Kepala Ruangan Pada Perawat Pelaksana.....	55
Tabel 4.6 Analisa Bivariat.....	58
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Perawat Pelaksana Menurut Jenis Kelamin, Status Pernikahan dan Tingkat Pendidikan Menurut Kelompok Bimbingan.....	61
Tabel 5.2 Rata-rata Usia dan Lama Kerja Perawat Pelaksana Menurut Kelompok Bimbingan.....	62
Tabel 5.3 Analisis Perawat pelaksana Menurut Jenis Kelamin, Status Perkawinan dan Tingkat Pendidikan Dengan Kelompok Bimbingan..	63
Tabel 5.4 Analisis Perawat Pelaksana Menurut Usia dan Lama Kerja Dengan Kelompok Bimbingan.....	64
Tabel 5.5 Analisis Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum Pelatihan Dengan Kelompok Bimbingan.....	65
Tabel 5.6 Rata-rata Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Pelatihan Menurut Komponen Kinerja dan Kelompok A.....	66
Tabel 5.7 Rata-rata Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Pelatihan Menurut Komponen Kinerja dan Kelompok B.....	68
Tabel 5.8 Rata-rata Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Pelatihan Menurut Komponen Kinerja dan Kelompok C.....	69
Tabel 5.9 Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Menurut Komponen Kinerja Pada Kelompok A.....	71

Tabel 5.10	Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Menurut Komponen Kinerja Pada Kelompok B.....	73
Tabel 5.11	Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Menurut Komponen Kinerja Pada Kelompok C.....	74
Tabel 5.12	Analisis Perbedaan Kinerja Perawat pelaksana Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Pelatihan Pada Kepala Ruangan.....	76
Tabel 5.13	Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Sesudah Pelatihan Menurut Komponennya Dengan Kelompok Bimbingan.....	78
Tabel 5.14	Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Sesudah Pelatihan Dengan Kelompok Bimbingan.....	80
Tabel 5.15	Analisis Kinerja Perawat Pelaksana Dengan Jenis Kelamin dan Status Pernikahan.....	82
Tabel 5.16	Analisis Hubungan Kinerja Perawat Pelaksana Dengan Umur dan Lama Kerja.....	83
Tabel 5.17	Analisis Kinerja Perawat Pelaksana Dengan Tingkat Pendidikan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.....	84

DAFTAR SKEMA

Skema 3.1	Kerangka Teori Penelitian	36
Skema 3.2	Kerangka Konsep Penelitian.....	37
Skema 4.1	Desain Penelitian <i>Pre and Post Test Without Control Group</i>	43

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1: Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2: Kisi-kisi Kuesioner
- Lampiran 3: Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 4: Penjelasan Penelitian
- Lampiran 5: Lembar Persetujuan
- Lampiran 6: Kuesioner Kinerja Perawat Pelaksana
- Lampiran 7: Modul Manajemen Konflik
- Lampiran 8: Surat Permohonan Uji Instrumen Penelitian
- Lampiran 9: Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 10: Surat Balasan Izin Penelitian
- Lampiran 11: Surat Pengantar Penyebaran Kuesioner
- Lampiran 12: Surat Penugasan Mengikuti Pelatihan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Globalisasi sekarang ini mengakibatkan persaingan yang sangat tajam terjadi baik di pasar domestik maupun di pasar internasional/global. Agar organisasi dapat berkembang dan paling tidak bisa bertahan hidup, organisasi tersebut harus mampu menghasilkan produk barang dan jasa dengan mutu yang lebih baik, harganya lebih murah, promosi lebih efektif, dan dengan pelayanan yang lebih baik dan cepat dibandingkan dengan para pesaingnya. Hal ini tentunya ditunjang oleh mutu sumber daya manusianya dalam memberikan pelayanan.

Organisasi rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan dengan produk jasa tentunya mempunyai konsumen/pelanggan yang secara terus menerus meningkatkan kualitas pelayanannya dimana sumberdaya organisasi; manusia memiliki potensi kerja yang berpengaruh pada efektivitas organisasi. Kinerja menjadi tolok ukur keberhasilan pelayanan kesehatan yang menunjukkan akuntabilitas lembaga pelayanan dalam kerangka tata pemerintahan yang baik (*good governance*). Penampilan kerja yang sesuai dengan ketentuan organisasi akan mempercepat tercapainya tujuan organisasi (Wahyudi, 2006).

Penampilan kerja tidak hanya ditunjukkan berupa hasil kerja akan tetapi termasuk perilaku kerja (Murphy & Cleveland, 1991). Perilaku kerja terlihat dari cara kerja yang penuh semangat, disiplin, bertanggung jawab, melaksanakan tugas sesuai

standar yang ditetapkan, memiliki motivasi dan kemampuan kerja yang tinggi untuk mencapai tujuan organisasi. Untuk itu, setiap organisasi kesehatan harus menyadari bahwa kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, ditentukan pula oleh kualitas berbagai komponen pelayanan termasuk keperawatan dan sumber daya manusianya. Keberhasilan pengelolaan pelayanan keperawatan akan menimbulkan keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan oleh para perawat pelaksana. Demikian pula sebaliknya, keberhasilan kerja para perawat pelaksana akan sangat tergantung dari upaya manajerial keperawatan (Nurachmah, 2001, Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit, ¶ 1, <http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&code=95&tbl=artikel>. Diperoleh tanggal 29 Desember 2008).

Kondisi lingkungan kerja yang kondusif juga sangat mendukung bagi personalnya untuk menampilkan kinerja yang terbaik, untuk itu rumah sakit sebagai organisasi kesehatan harus berusaha untuk menciptakan iklim kerja yang memberikan kenyamanan bagi karyawannya untuk bekerja secara optimal.

Keperawatan sebagai organisasi profesi sangat berpotensi mengalami konflik, karena senantiasa berhubungan secara interpersonal dengan orang yang memiliki perbedaan nilai, kepercayaan, latar belakang budaya dan tujuan, yang semuanya dapat menjadi sumber konflik. Dalam organisasi kesehatan konflik muncul baik antara sesama perawat, diantara anggota kesehatan dengan jabatan yang berbeda, antar perawat dan pasien, antar perawat dan keluarga pasien, antar perawat dan manajer dan antar manajer dan pengurus rumah sakit (Gillies, 1996).

Konflik yang tidak dikendalikan secara efektif pada akhirnya akan menimbulkan pengaruh buruk pada kinerja organisasi (Owens, 1991 dalam Wahyudi, 2007). Diperkirakan bahwa sebanyak 25 % waktu para manajer digunakan dalam manajemen konflik (Jandt, 1987 dalam Gillies, 1996). Lebih lanjut, Gibson (1996) mengemukakan bahwa Konflik dapat menambah atau mengurangi kinerja organisasi pada tingkat yang berbeda-beda, dan menjadi tugas manajer untuk mengelola konflik agar meningkatkan kinerja organisasi (Gibson, 1996).

Dapat disimpulkan bahwa kinerja dari perawat pelaksana sebagai karyawan rumah sakit dapat menurun atau meningkat, tergantung dari bagaimana kemampuan kepala ruangnya sebagai manajer dan pemimpin mengelola konflik sehari-hari dengan baik, mengingat bahwa kondisi tenaga keperawatan yang sangat heterogen.

Manajer keperawatan harus mampu mengenali adanya konflik dan mampu memfasilitasi penyelesaian konflik yang bersifat membangun/konstruktif, agar tujuan organisasi dapat tercapai dan pada akhirnya akan tercipta hubungan kerja yang harmonis, sehat dan kompetitif serta akan meningkatkan motivasi kerja (Marquis & Huston, 2000).

Ernawati (2003), melakukan penelitian tentang Hubungan Pola Penyelesaian Konflik oleh Kepala Ruangan dengan Motivasi Kerja Perawat Pelaksana di RS Agung Jakarta, hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna dari pola penyelesaian konflik akomodasi (pValue: 0,001), kompromi (pValue: 0,001), kolaborasi (pValue: 0,007) dengan motivasi kerja perawat pelaksana. Lebih

lanjut. Hasil penelitian Muacni (2003) menunjukkan adanya korelasi positif antara kemampuan manajemen konflik kepala ruang yang dipersepsikan perawat pelaksana dengan produktivitas waktu kerja ($r = 0,251$, $p \text{ Value} = 0,021$).

Manajer yang sukses adalah yang mampu mengelola konflik dengan efektif, kemampuan ini mempertimbangkan kompetensi dan keinginan dari manajer itu sendiri. Untuk itu dibutuhkan seorang kepala ruangan yang mempunyai kemampuan manajerial dan kepemimpinan yang baik (Bulleit, 2006, *Effectively Managing Team conflict*, ¶ 2, http://images.globalknowledge.com/wwwimages/whitepaperpdf/Bulleit_Conflict. Diperoleh tanggal 27 Januari 2008).

Rumah Sakit Dr. H. Marzoeke Mahdi (RSMM) Bogor adalah rumah sakit tipe A dengan sumber daya tenaga perawat bervariasi dengan berbagai latar belakang pendidikan. Sampai dengan September 2007 jumlah tenaga keperawatan adalah 411 orang, sebagian besar masih berlatar belakang pendidikan DIII Keperawatan (74,9%). Laporan akuntabilitas kinerja RSMM tahun 2008 menunjukkan bahwa RSMM mempunyai 668 tempat tidur dengan BOR 79,15 %, LOS 26,95 hari, BTO 13,15 kali, dan TOI 5,78 hari.

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU), maka status RSMM kini mulai berubah menjadi BLU. Rumah sakit Marzoeke Mahdi sebagai salah satu rumah sakit rujukan nasional juga tidak akan terlepas dari perubahan tersebut. Berdasarkan Surat Keputusan Menkes No 756/Menkes/SK/VI/2007 tanggal 26 Juni

2007 tentang Penetapan 15 UPT Vertikal Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum (PPK BLU), RSMM termasuk salah satu diantaranya.

Perubahan status RSMM menjadi Badan Layanan Umum (BLU) membawa dampak pada semua bidang termasuk profesi keperawatan. Sementara ini SOTK yang diusulkan oleh Rumah Sakit tinggal menunggu persetujuan dari Menkes. Jika SOTK tersebut telah disetujui maka akan terjadi perubahan baik secara struktural maupun fungsional sehingga semua pihak yang terkait harus siap dengan perubahan.

Desentralisasi merupakan suatu tantangan bagi RSMM untuk tetap eksis dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Pasien jiwa umumnya membutuhkan perawatan yang panjang dan bahkan sampai seumur hidup. Dampak ekonomi bagi keluarga sangat berat dan dapat menyebabkan kesulitan pembiayaan perawatan. Kondisi seperti ini tentunya sangat berpotensi untuk munculnya konflik baik dengan rekan kerja, profesi lain, maupun dengan bawahan dan atasan.

Pada saat dilakukan sosialisasi tentang BLU dan peningkatan mutu layanan keperawatan tanggal 6 Desember 2007 dengan semua kepala ruangan dan perwakilan ketua tim dari masing-masing ruangan di RSMM Bogor, diadakan diskusi tentang komplain apa saja yang pernah diajukan oleh pelanggan (pasien atau keluarga pasien) tentang pelayanan rumah sakit, peserta diminta untuk menuliskan komplain tersebut. Komplain dari pelanggan yang dituliskan oleh peserta paling banyak ditujukan kepada perawat khususnya pada sikap perawat yang dinilai galak, tidak tanggap dan kurang perhatian (Rahayu & Amira, 2007). Hal ini menunjukkan

bahwa kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dan keluarganya kurang optimal.

Hasil wawancara dengan bidang keperawatan pada tanggal 12 Pebruari 2008, diketahui bahwa ada beberapa ruangan di RSMM yang mempunyai konflik antara kepala ruangan dengan bawahannya, dan biasanya konflik yang terjadi di ruangan sering kali tidak dapat dikelola dengan baik oleh kepala ruangan sehingga harus diselesaikan oleh bidang keperawatan. Pada bulan Januari 2008, terjadi mutasi perawat antar ruangan, pada kesempatan ini ada beberapa perawat pelaksana yang tidak mau di mutasi. Beberapa alasan penolakan mutasi tersebut dikarenakan perawat sudah merasa nyaman di ruangan itu, tidak mau di pindahkan karena adanya ketidakcocokan dengan salah seorang yang berada pada ruangan yang akan dituju atau perawat harus dimutasi karena tidak mempunyai kecocokan dengan atasannya. Alasan lain dari penolakan ini juga disebabkan karena RSMM sendiri tidak mempunyai masterplan mutasi/rotasi perawat sehingga berpotensi untuk menimbulkan konflik dimana perawat tidak siap untuk dipindahkan atau dirotasi.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa kepala ruangan juga didapatkan data bahwa permasalahan yang sering terjadi di ruangan disebabkan karena adanya perilaku ketidakpatuhan dari perawat pelaksana seperti datang tidak tepat waktu, pulang cepat, tidak menggunakan atribut dinas dengan lengkap dan pendokumentasian yang kurang lengkap.

Kinerja tidak hanya dinilai pada hasil kerja yang diberikan oleh karyawan. tetapi juga bagaimana sikap dan perilaku karyawan dalam bekerja, termasuk kepatuhan dalam melaksanakan semua tugas dan tanggung jawab yang diberikan oleh atasan (Robbins, 2003). Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa jika konflik tidak dapat dikelola dengan baik dapat menurunkan kinerja perawat pelaksana.

Terkait dengan manajemen konflik, di RSMM sendiri pernah diadakan penelitian oleh Akemat (2002) di ruang rawat inap RSMM Bogor terhadap 130 orang perawat pelaksana, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana laki-laki cenderung memiliki model penatalaksanaan kolaborasi (pValue: 0,03) dibandingkan perawat pelaksana wanita (pValue: 0,05). Hubungan bermakna juga diperoleh pada karakteristik pendidikan, semakin tinggi pendidikan perawat kecenderungan menggunakan kolaborasi, kompromi, dan akomodasi. Salah satu rekomendasi dari penelitian ini adalah perlu diadakan pelatihan tentang manajemen konflik.

Berdasarkan rekomendasi dari penelitian sebelumnya dan dengan kondisi RSMM sekarang, penulis berkesimpulan bahwa pelatihan tentang manajemen konflik perlu diadakan untuk menambah wawasan bagi kepala ruangan dalam mengembangkan kemampuannya dalam mengelola konflik di ruangan demi tercapainya tujuan organisasi. Selain itu, sebelumnya belum pernah ada penelitian dengan rancangan quasi eksperimental terkait dengan manajemen konflik sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian ini.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan diatas, dapat dilihat bahwa RSMM merupakan rumah sakit yang cukup besar dengan jumlah tenaga kesehatan khususnya keperawatan yang cukup banyak yang berasal dari berbagai latar belakang dan pendidikan yang berbeda, dimana pada saat sekarang sedang mengalami masa transisi untuk berubah dari rumah sakit pemerintah menjadi badan layanan umum. Dengan segala kompleksitas dan perubahan yang sedang dialami RSMM sangat berpotensi untuk timbulnya konflik sehingga diperlukan pemahaman yang baik tentang pola penyelesaian konflik yang tepat oleh semua pihak terutama para manajer keperawatan. Salah satu cara untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman adalah melalui pelatihan dan bimbingan. Rumusan masalah pada penelitian ini yaitu belum diketahui apakah pelatihan dan bimbingan tentang manajemen konflik pada kepala ruangan dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana?.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh pelatihan manajemen konflik pada kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi perbedaan kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang telah dilatih dan dibimbing di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor.

- b. Mengidentifikasi perbedaan kinerja antara perawat pelaksana pada kelompok kepala ruangan dengan 6 kali bimbingan, 3 kali bimbingan, dan tanpa bimbingan di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor.
- c. Mengidentifikasi hubungan antara umur, jenis kelamin, status perkawinan, lama kerja dan tingkat pendidikan perawat pelaksana dengan kinerja di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor.

C. Manfaat Penelitian

1. Bagi Manajemen Rumah Sakit

Menjadi bahan masukan untuk memperbaiki dan mengembangkan pelayanan keperawatan, khususnya terkait dengan kemampuan manajemen konflik kepala ruangan sebagai manajer dan *leader*. Bagi kepala ruangan, untuk lebih memberdayakan dan meningkatkan potensi yang dimiliki oleh perawat pelaksana dengan pendekatan manajemen konflik sehingga menghasilkan kinerja yang baik dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Bagi perawat pelaksana, hasil penelitian ini merupakan evaluasi terhadap kinerja yang dikaitkan dengan kemampuan manajemen konflik sehingga dapat menjadi *feed back* untuk memperbaharui diri menjadi lebih baik lagi.

2. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian dapat memberikan masukan dan sebagai literatur dalam pengembangan ilmu keperawatan, khususnya terkait dengan perlunya pengetahuan tentang manajemen konflik bagi kepala ruangan atau calon kepala ruangan di organisasi rumah sakit dalam meningkatkan kinerja perawat.

3. Bagi Penelitian

Hasil penelitian ini dapat menjadi informasi tambahan atau data dasar untuk peneliti lain yang tertarik untuk meneliti lebih jauh tentang manajemen konflik juga memberikan gambaran tentang kinerja perawat pelaksana yang dapat menjadi data awal terkait dengan penelitian lanjutan untuk mengukur kinerja.

BAB II

TINJAUAN TEORI

Mengacu pada tujuan penelitian yaitu untuk mengidentifikasi kemampuan manajemen konflik kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana sebelum dan setelah mengikuti pelatihan dan bimbingan, maka berikut ini akan diuraikan mengenai konsep dan teori tentang kinerja dan manajemen konflik.

A. Kinerja

1. Pengertian

Kinerja adalah penampilan hasil kerja personil baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi (Ilyas, 2002). Ilyas juga menjelaskan bahwa penampilan kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personel yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personel di dalam organisasi.

Kinerja merupakan hasil pekerjaan yang mempunyai hubungan kuat dengan tujuan strategis organisasi, kepuasan konsumen, dan memberikan kontribusi pada ekonomi (Armstrong & Baron, 1998 dalam Wibowo, 2007). Dengan demikian kinerja adalah tentang melakukan pekerjaan dan hasil yang dicapai dari pekerjaan tersebut. Kinerja adalah tentang apa yang dikerjakan dan bagaimana mengerjakannya.

Pendapat lain dari Mangkunegara (2000) bahwa kinerja karyawan (prestasi kerja) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Jadi dapat disimpulkan bahwa kinerja merupakan hasil atau prestasi kerja seseorang atau kelompok dalam menampilkan kemampuannya sesuai dengan bidang tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

2. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan atau unjuk kerja (*performance appraisal*) seorang personil dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja (Ilyas, 2002). Mengginston (1981, dalam Mangkunegara, 2000) mengemukakan penilaian prestasi kerja (*performance appraisal*) adalah suatu proses yang digunakan pimpinan untuk menentukan apakah seorang karyawan melakukan pekerjaannya sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. Selanjutnya Marquis dan Huston (2006), bahwa penilaian kinerja (*performance appraisal*) adalah proses pengawasan dimana kinerja staf dinilai dan dibandingkan dengan standar yang ada pada organisasi.

Dari pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa penilaian kinerja merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat keberhasilan karyawan dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan meliputi berbagai aspek.

a. Tujuan dan Kegunaan Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja pada dasarnya mempunyai dua tujuan utama, yaitu sebagai alat evaluasi kemampuan personel secara individual, yang dapat digunakan sebagai informasi untuk menilai efektivitas manajemen sumber daya manusia, dan sebagai umpan balik dalam pengembangan personel seperti: promosi, mutasi, rotasi, terminasi dan penyesuaian kompensasi (Ilyas, 2002; Gibson, et al., 1996 dalam Wahyudi 2007). Lebih lanjut, Dessler (1986 dalam Wahyudi, 2007) mengatakan bahwa penilaian kinerja yang dilakukan tidak hanya untuk mendapatkan informasi sebagai dasar pengambilan keputusan, tetapi juga menyediakan kesempatan bagi pimpinan dan bawahan untuk bersama-sama meninjau perilaku yang berkaitan dengan pekerjaan.

Stoner dan Freeman (1992) mengemukakan manfaat penilaian kinerja sebagai berikut; (1) untuk menanggulangi perubahan, (2) meningkatkan produktivitas, (3) dapat menambah nilai, dan (4) memudahkan delegasi dan kerja bersama tim. Penilaian kinerja merupakan alat kontrol yang efektif untuk menjamin terselenggaranya proses organisasi yang solid. Melalui proses penilaian kinerja yang baik, dapat memotivasi anggota organisasi untuk menampilkan kinerja terbaiknya, sehingga tujuan organisasi akan tercapai dan kesempatan untuk berkembang akan menjadi lebih luas (Huber, 2000).

Dengan demikian, penilaian kinerja tidak hanya berguna bagi pimpinan sebagai dasar pengambilan keputusan, tetapi berguna juga bagi bawahan dalam

memotivasi dan meningkatkan kinerjanya serta untuk perbaikan kesalahan di masa yang akan datang.

b. Pendekatan Evaluasi Kinerja

Kreitner dan Kinicki (2001) melihat sasaran evaluasi dari segi pendekatannya, yang disebut sebagai pendekatan terhadap sifat, perilaku, hasil, dan kontingensi. Robbins (2003) melihat evaluasi kinerja dalam ukuran hasil pekerjaan individu, perilaku, dan sikap. Wibowo (2007) mengkombinasikan pendapat dua ahli tersebut dengan penjelasan sebagai berikut:

1). Pendekatan Sikap

Pendekatan ini menyangkut penilaian terhadap sifat atau karakteristik individu. Sifat biasanya diukur dalam bentuk inisiatif, kecepatan membuat keputusan, dan ketergantungan. Meskipun pendekatan sifat sangat luas dipergunakan oleh manajer, pada umumnya dipertimbangkan oleh para ahli sebagai yang paling lemah.

2). Pendekatan Perilaku

Masalah dalam pendekatan perilaku menunjukkan bagaimana orang berperilaku, dan bukan tentang kepribadiannya. Kemampuan orang untuk bertahan meningkat apabila penilaian kinerja didukung oleh tingkat perilaku kinerja. Perilaku seorang *plant manager* yang dapat dipergunakan untuk evaluasi kinerja adalah ketepatan waktu dalam menyampaikan laporan bulanan atau gaya kepemimpinan yang ditunjukkan.

3). Pendekatan Hasil

Apabila pendekatan sikap memfokuskan pada orang dan pendekatan perilaku memfokuskan pada proses, pendekatan hasil berfokus pada produk atau hasil usaha seseorang. Dengan kata lain adalah apa yang telah diselesaikan individu.

4). Pendekatan Kontingensi

Pendekatan sifat, perilaku dan hasil cocok untuk dipergunakan tergantung pada kebutuhan pada situasi tertentu. Oleh karena itu, diusulkan pendekatan kontingensi yang selalu dicocokkan dengan situasi tertentu yang sedang berkembang.

c. Metode Penilaian Kinerja

Menurut Notoatmodjo (2003); Huber (2000); Marquis dan Huston (2006), metode penilaian prestasi kerja pada umumnya dikelompokkan menjadi 2 macam, yakni penilaian yang berorientasi waktu yang lalu, dan metode penilaian yang berorientasi pada waktu yang akan datang.

1). Metode Penilaian Prestasi Kerja Berorientasi Waktu Lalu

Penilaian prestasi kerja berdasarkan hasil yang telah dicapai oleh karyawan selama ini kemudian mendapatkan umpan balik terhadap pekerjaan mereka, selanjutnya umpan balik tersebut akan dimanfaatkan untuk perbaikan prestasi.

Teknik-teknik penilaian ini mencakup antara lain:

a). *Rating Scale*

Dalam hal ini, penilai melakukan penilaian subyektif terhadap prestasi kerja karyawan dengan skala tertentu dari yang terendah sampai dengan tertinggi.

b). *Checklist*

Dalam metode checklist penilai hanya memilih pernyataan-pernyataan yang sudah tersedia, yang menggambarkan prestasi kerja karyawan dan karakteristik-karakteristik karyawan yang dinilai. Penilaian checklist ini dapat dikuantifikasikan, apabila pernyataan-pernyataan itu sebelumnya diberi nilai yang mencerminkan bobotnya.

c). Metode Peristiwa Kritis

Metode penilaian ini didasarkan kepada catatan-catatan dari pimpinan atau penilai karyawan bersangkutan. Catatan itu meliputi hal-hal positif maupun negatif, kemudian berdasarkan catatan itu, penilai membuat penilaian terhadap karyawan yang bersangkutan.

2). Metode Penilaian Berorientasi Waktu Yang akan Datang

Metode penilaian prestasi kerja yang berorientasi waktu yang akan datang, memusatkan prestasi kerja karyawan saat ini serta penetapan sasaran prestasi kerja di masa yang akan datang. Teknik-teknik yang dapat digunakan antara lain sebagai berikut:

a). Penilaian diri (*Self Appraisal*)

Metode Penilaian ini menekankan bahwa penilaian prestasi kerja karyawan dinilai oleh karyawan itu sendiri. Tujuan penilaian ini adalah untuk mengembangkan diri karyawan dalam rangka pengembangan organisasi. Penilaian sendiri adalah pendekatan yang paling umum digunakan untuk mengukur dan memahami perbedaan individu. Penilaian sendiri biasanya digunakan pada bidang manajemen sumber daya manusia seperti: penilaian

kebutuhan pelatihan, analisa peringkat jabatan, perilaku kepemimpinan, penilaian/kinerja dan lainnya.

Penilaian sendiri dilakukan bila personel mampu melakukan penilaian terhadap proses dan hasil karya yang mereka laksanakan sebagai bagian dari tugas organisasi. Penilaian sendiri ditentukan oleh sejumlah faktor kepribadaian, pengalaman, dan pengetahuan, serta sosio-demografis seperti suku dan pendidikan (Ilyas, 2002).

b). Pendekatan *Management by Objective* (MBO)

Metode penilaian ini ditentukan bersama-sama antara penilai atau pimpinan dengan karyawan yang akan dinilai.

c). Penilaian Psikologis

Metode penilaian ini dilakukan dengan cara mengadakan wawancara mendalam, diskusi, atau tes-tes psikologi terhadap karyawan yang akan dinilai. Aspek-aspek yang dinilai antara lain: intelektual, emosi, motivasi, dan sebagainya dari karyawan yang bersangkutan.

d). Tehnik Pusat Penilaian

Didalam suatu organisasi yang sudah sangat maju, terdapat suatu pusat penilaian karyawan. Pusat ini mengembangkan sistem penilaian baku yang digunakan untuk menilai para karyawannya.

Pada penelitian ini, penulis menggunakan metode penilaian kinerja *self appraisal* yaitu karyawan menilai kemampuan kerjanya sendiri. Karyawan yang dimaksud disini adalah perawat pelaksana.

d. Unsur-unsur Penilaian Kinerja

Menurut Umar, H (1997); Hasibuan (2003), unsur-unsur yang harus dinilai adalah kesetiaan, prestasi kerja, kejujuran, kedisiplinan, kreativitas, kerja sama, kepemimpinan, kepribadian, prakarsa, kecakapan, dan tanggung jawab. Unsur-unsur yang dinilai tersebut hampir serupa dengan unsur-unsur penilaian DP3 yang disampaikan oleh Ilyas (2002). Berikut ini merupakan uraian penjelasan dari unsur-unsur penilaian kinerja yang terdapat dalam DP3:

1). Kesetiaan

Kesetiaan ini dicerminkan oleh kesediaan karyawan menjaga dan membela organisasi di dalam maupun di luar organisasi dari rongrongan orang yang tidak bertanggung jawab (Hasibuan, 2003).

2). Prestasi Kerja

Prestasi kerja, merupakan hasil pelaksanaan pekerjaan yang dicapai oleh seorang personel dalam melaksanakan tugas yang dibebankan kepadanya. Prestasi kerja seorang personel dipengaruhi oleh kecakapan, keterampilan, pengalaman, kesungguhan dan lingkungan kerja (Ilyas, 2002).

3). Tanggung Jawab

Tanggung jawab merupakan kesanggupan seorang personel dalam menyelesaikan pekerjaan yang diserahkan kepadanya dengan baik, tepat waktu, serta berani mengambil resiko untuk keputusan yang dibuat atau tindakan yang dilakukan (Ilyas, 2002).

4). Ketaatan

Ketaatan merupakan kesanggupan seorang personel untuk mentaati segala peraturan kedinasan yang berlaku, dan mentaati perintah dinas yang

diberikan atasan yang berwenang. serta sanggup tidak melanggar larangan yang ditentukan (Ilyas, 2002).

5). Kejujuran

Kejujuran merupakan sikap mental yang keluar dari dalam diri manusia sendiri. Ia merupakan ketulusan hati dalam melaksanakan tugas dan mampu untuk menyalahgunakan wewenang dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Ilyas, 2002).

6). Kerjasama

Kesediaan karyawan berpartisipasi dan bekerja sama dengan karyawan lainnya secara vertikal atau horizontal di dalam maupun di luar pekerjaan sehingga hasil pekerjaan akan semakin baik (Hasibuan, 2003).

7). Prakarsa

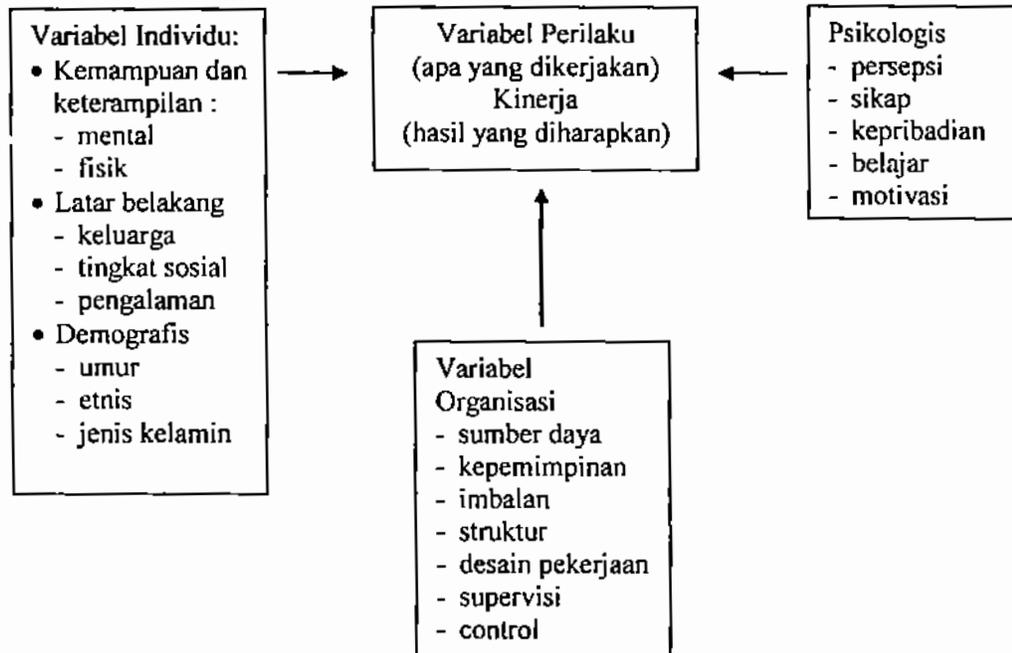
Prakarsa merupakan terjemahan dari *initiative*, merupakan kemampuan seorang personel untuk mengambil keputusan. Langkah-langkah, serta melaksanakannya, sesuai dengan tindakan yang diperlukan dalam melaksanakan tugas pokok, tanpa menunggu perintah atasan (Ilyas, 2002).

8). Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan kemampuan seorang personel untuk mempengaruhi dan meyakinkan orang lain, sehingga orang-orang tersebut dapat digerakkan secara maksimal untuk melaksanakan tugas-tugas yang ada (Ilyas, 2002).

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Timple (1992, dalam Mangkunegara, 2007) faktor-faktor kinerja terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal (disposisional) yaitu faktor yang dihubungkan dengan sifat-sifat seseorang sedangkan faktor eksternal berasal dari lingkungan yang mempengaruhi kinerja seseorang seperti perilaku, sikap, dan iklim organisasi. Ilyas (2002) mengemukakan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja personil secara teoritis ada tiga kelompok variabel yaitu variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personil. Diagram skematis variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja seperti pada skema berikut:



Gambar 2.1. Diagram Skematis Teori Perilaku dan Kinerja
(Gibson, 1987 dalam Ilyas, 2002)

Gibson (1987, dalam Ilyas 2002) menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja. Variabel individu dikelompokkan pada subvariabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Subvariabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Subvariabel demografis, menurut Gibson (1987), mempunyai efek tidak langsung pada kinerja individu.

Variabel psikologik terdiri dari subvariabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Variabel ini menurut Gibson, banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman sebelumnya dan variabel demografis. Variabel psikologis seperti persepsi, sikap, kepribadian, dan belajar merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur.

Variabel organisasi, menurut Gibson (1987) berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi digolongkan dalam subvariabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan. Ilyas dalam variabel organisasi ini menambahkan subvariabel supervisi dan kontrol.

Pada penelitian ini variabel individu yang dilihat hubungannya dengan kinerja perawat pelaksana adalah :

a. Umur

Menurut Dessler (1998) usia 25 tahun awal individu berkarir, dan usia 25 sampai 30 tahun merupakan tahap penentuan bidang yang cocok bagi karir individu. Sedangkan usia 30 sampai 40 tahun adalah tahap pemantapan pilihan karir untuk mencapai tujuan. Puncak karir individu adalah pada usia 40 tahun, dan di usia diatas

40 tahun adalah masa penurunan karir. Sementara itu Gibson (1987) mengatakan bahwa umur mempengaruhi kinerja individu. Lebih lanjut hasil penelitian Nurhaeni (2001, dalam Panjaitan, R, 2004) menemukan bahwa secara proporsional ada kecenderungan pada perawat pelaksana yang berusia lebih dari 35 tahun kinerjanya lebih baik dari pada perawat pelaksana yang berusia antara 21-35 tahun.

b. Jenis Kelamin

Robbins (2006) mengatakan bahwa terdapat hanya sedikit perbedaan penting antara pria dan wanita yang mempengaruhi kinerja mereka. Akan tetapi penelitian tentang keabsenan, secara konsisten menunjukkan bahwa wanita memiliki tingkat keabsenan yang lebih tinggi dibandingkan pria. Lebih lanjut, hasil penelitian terhadap perawat pelaksana menunjukkan bahwa secara proporsional perawat pelaksana yang berjenis kelamin perempuan kinerjanya lebih baik dibandingkan dengan laki-laki (Nurhaeni, 2001 dalam Panjaitan, R, 2004).

c. Status Perkawinan

Tidak terdapat cukup banyak penelitian untuk menarik kesimpulan tentang dampak status perkawinan terhadap produktivitas. Namun riset menunjukkan bahwa karyawan yang telah menikah mempunyai tingkat keabsenan dan pengunduran diri lebih rendah, dan lebih puas dengan pekerjaannya daripada rekan kerjanya yang tidak menikah (Robbins, 2006).

d. Tingkat pendidikan

Menurut Ilyas (2002), pendidikan merupakan gambaran kemampuan dan keterampilan individu, dan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja. Melalui pendidikan seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektualnya sehingga dapat membuat keputusan dalam bertindak, dan diasumsikan orang yang

berpendidikan tinggi mempunyai tujuan, harapan, dan wawasan untuk meningkatkan prestasi kerja melalui kinerja yang optimal. Gibson (1996) juga mengemukakan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab. Sementara menurut Gillies (1996) bahwa perawat yang pendidikannya tinggi mempunyai kemampuan kerja yang lebih tinggi. Saat ini, pada berbagai tatanan lapangan kerja baik di pendidikan maupun di rumah sakit meliputi lulusan SPK, DIII Keperawatan, S1 Keperawatan, dan S2 Keperawatan.

e. Lama kerja

Masa kerja dan kepuasan saling berkaitan positif, semakin lama seorang bekerja, maka semakin terampil dan berpengalaman pula dalam melaksanakan pekerjaannya (Robbins, 2006). Pendapat ini sesuai dengan hasil penelitian Panjaitan (2001), bahwa ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana.

B. Konflik

Konflik adalah suatu bagian kehidupan yang timbul dan selalu ada karena adanya kompleksitas hubungan manusia dimana tiap-tiap orang unik, memiliki sistem nilai, filosofi, struktur, kepribadian, pilihan dan pola (Huber, 2000). Peran manajer keperawatan adalah menciptakan lingkungan dimana konflik bisa digunakan sebagai saluran terjadi pertumbuhan, inovasi dan produktivitas (Marquis dan Huston, 2006).

1. Pengertian

Cummings (1980) mendefinisikan konflik sebagai suatu proses interaksi sosial dimana dua orang atau lebih, atau dua kelompok atau lebih, berbeda atau bertentangan dalam pendapat atau tujuan mereka, sedangkan Walton (1987)

mendefinisikan konflik sebagai perbedaan ide atau inisiatif antara bawahan dengan bawahan, manajer dengan manajer dalam mengkoordinir kegiatan (Wahyudi, 2006). Hampir sama dengan Walton (1969, dalam La Monica, 1998) mendefinisikan konflik sebagai suatu perselisihan atau perjuangan yang timbul bila keseimbangan antara perasaan, pikiran, hasrat dan perilaku seseorang terancam.

Marquis dan Huston (2006), mendefinisikan konflik sebagai perselisihan internal atau eksternal yang diakibatkan oleh perbedaan nilai-nilai atau perasaan antara dua orang atau lebih. Robbins (2001), mendefinisikan suatu proses yang mulai bila satu pihak merasakan bahwa pihak lain telah mempengaruhi secara negatif atau akan segera mempengaruhi secara negatif sesuatu yang diperhatikan pihak pertama.

Dari berbagai definisi konflik diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa konflik adalah suatu kondisi yang ditimbulkan karena adanya perbedaan persepsi, nilai dan latar belakang individu yang saling berinteraksi, dimulai dari dalam individu itu sendiri, antar individu, kelompok dan organisasi.

2. Sumber Konflik

Penyebab terjadinya konflik pada setiap organisasi sangat bervariasi bergantung pada cara-cara individu menafsirkan, mempersepsi, dan memberikan tanggapan terhadap lingkungan kerjanya. Swanburg (2000) mengemukakan bahwa penyebab konflik adalah :

a. Perilaku menentang

Perilaku menentang dapat menimbulkan konflik. Murphy menggambarkan tiga versi penentang : 1) *Competitive Bomber* yang mudah menolak untuk bekerja, sering menggerutu dengan bergumam yang dapat diterjemahkan sebagai urus saja sendiri. Perilaku-perilaku ini dilakukan untuk memancing respons manajerial. 2) *Martyred Accomodator* yang menggunakan kepatuhan palsu. Mereka bekerja dan mampu bekerja sama tetapi sambil juga melakukan ejekan dan hinaan, mengeluh dan mengkritik untuk mendapatkan dukungan yang lainnya. 3) *Avoider*, penentang ini menghindari kesepakatan dan partisipasi, tidak berespon terhadap manajer perawat.

b. Stres

Kepenatan adalah hasil dari stres. Manajer perawat merasa penat karena mencoba untuk mempertahankan sistem pendukung untuk pemberi perawatan. Perawat klinis merasa penat karena mencoba untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi. Konfrontasi, ketidaksetujuan, dan kemarahan adalah bukti dari stres dan konflik. Stres dan konflik disebabkan karena kurangnya hubungan yang dilaksanakan antar manusia, termasuk harapan-harapan yang tidak terpenuhi.

c. Ruang

Ruangan yang sempit, sementara perawat harus berinteraksi secara konstan dengan anggota staf lain, pengunjung dan tenaga kesehatan lain dapat menimbulkan stress sehingga beresiko untuk terjadi konflik.

d. Kewenangan Dokter

Perawat masa kini ingin lebih mandiri. mempunyai tanggung jawab profesional dan tanggung gugat untuk perawatan pasien. Para dokter kadang-kadang melalaikan usulan mereka sementara perawat menginginkan *feed back*, hal ini dapat membuat gagalnya komunikasi dua arah yang mengarah pada konflik.

e. Keyakinan, Nilai dan Sasaran

Aktivitas atau persepsi-persepsi yang tidak cocok menimbulkan konflik. Hal ini terbukti apabila perawat mempunyai keyakinan, nilai dan sasaran yang berbeda dengan manajer perawat, dokter, pasien, pengunjung, keluarga, bagian administrasi dan lainnya.

f. Penyebab lain

Perubahan menimbulkan konflik yang pada gilirannya menghalangi perubahan itu sendiri. Manusia yang tidak dipersiapkan menghadapi perubahan akan menolaknya atau mengalami kegagalan dalam mendukungnya.

Suasana organisasi dan gaya kepemimpinan dapat menimbulkan konflik apabila manajer yang berbeda membuat peraturan-peraturan yang dapat menimbulkan konflik. Usia dapat menimbulkan stres dan konflik.

3. Proses Terjadinya Konflik

Konflik tidak terjadi secara mendadak tanpa sebab dan proses, akan tetapi melalui tahapan-tahapan tertentu. Hendricks (1992) mengidentifikasi proses terjadinya konflik terdiri dari tiga tahap :

a. Peristiwa sehari-hari

Ditandai adanya individu merasa tidak puas dan jengkel terhadap lingkungan kerja. Perasaan tidak puas kadang-kadang berlalu begitu saja dan muncul kembali saat individu merasakan adanya gangguan.

b. Adanya tantangan

Apabila terjadi masalah, individu saling mempertahankan pendapat dan menyalahkan pihak lain. kepentingan individu maupun kelompok lebih menonjol daripada kepentingan organisasi.

c. Timbulnya pertentangan

Pada tahap ini masing-masing individu atau kelompok bertujuan atau menang dan mengalahkan kelompok lain.

4. Jenis Konflik

Menurut Marquis dan Huston (2006), ada 3 kategori utama konflik, yaitu intergroup (antar kelompok), intrapersonal (di dalam diri seseorang) dan interpersonal (antara 2 orang).

a. Konflik intergroup (antar kelompok)

Terjadi antara 2 atau lebih kelompok orang, departemen, atau organisasi. Sebagai contoh, konflik antar kelompok dapat terjadi antara 2 kekuatan politik yang memiliki perbedaan yang besar atau keyakinan yang berlawanan.

b. Konflik intrapersonal

Terjadi dalam diri seseorang. Termasuk didalamnya usaha individu untuk menjelaskan nilai-nilai atau keinginan yang berlawanan. Pada seorang manajer, konflik intrapersonal bisa diakibatkan karena besarnya tanggung jawab berkaitan

dengan peran manajer. Tanggung jawab seorang manajer terhadap organisasi, staf, konsumen, profesi dan sebagainya, kadang-kadang menyebabkan konflik dan konflik itu di internalisasi.

Menjaga kesadaran diri dan bekerja dengan sungguh-sungguh untuk menyelesaikan konflik intra personal sesegera penting dimiliki untuk menjaga kesehatan fisik dan mental seorang pemimpin.

c. Konflik interpersonal

Dikenal dengan nama *horizontal violence* atau *bullying* (Mc Kenna, Smith, and Coverdale, 2003). Terjadi antara 2 atau lebih orang dengan perbedaan nilai, tujuan dan keyakinan.

Dari studi terbaru, dijelaskan bahwa konflik interpersonal merupakan issue yang penting dalam menghadapi profesi keperawatan, terutama untuk lulusan baru. Karena konflik interpersonal biasanya tidak diselesaikan dengan baik, maka dapat mengakibatkan ketidakhadiran dan *turn over* (Mc Kenna, 2003).

d. Strategi Penyelesaian Konflik

Konflik dapat menguntungkan atau merugikan organisasi, untuk itu sebagai manajer dan *leader* dituntut memiliki kemampuan tentang manajemen konflik dan memanfaatkan konflik untuk meningkatkan kinerja dan produktivitas organisasi. Hendricks (1992); Hardjaka (1994) mengatakan bahwa manajemen konflik adalah cara yang dilakukan oleh pimpinan pada saat menanggapi konflik. Tujuan manajemen konflik untuk mencapai kinerja yang optimal dengan cara memelihara konflik tetap fungsional dan meminimalkan konflik yang merugikan (Walton, 1987; Owens, 1991).

Setiap pimpinan organisasi berbeda dalam merespon/menanggapi konflik. Teori perilaku konflik (*Conflict Behavior*) disimpulkan oleh Blake dan Mouton, Filley, Hall, Thomas dan Kilmann (Tosi, et al., 1990 dalam Wahyudi, 2006) begitu juga dengan Spiegel (1994) menjelaskan ada lima macam cara orang menanggapi konflik atau strategi penyelesaian konflik yaitu :

a. Berkompetisi

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.

b. Menghindari konflik

Tindakan ini dilakukan jika salah satu pihak menghindar 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*) dianggap 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*).

c. Akomodasi

Jika kita mengalah dan mengorbankan beberapa kepentingan sendiri agar pihak lain mendapatkan keuntungan dari situasi konflik itu. Disebut juga sebagai *self-sacrifing behavior*.

Pendekatan menyesuaikan (*accomodating*) 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. Teknik menyesuaikan merupakan pendekatan kalah-menang (*lose-win approach*).

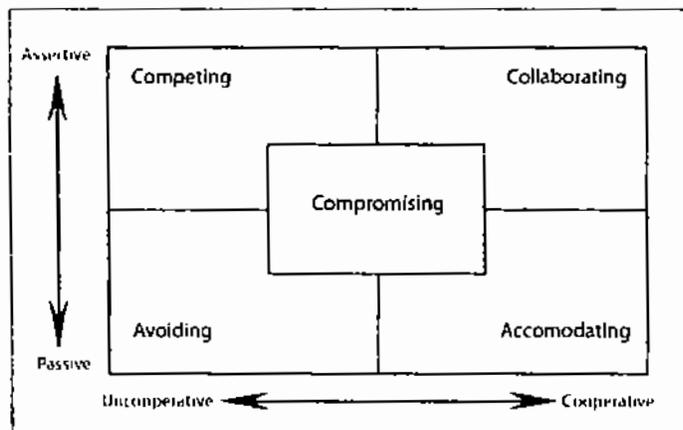
d. Berkompromi

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*). Kedua belah pihak mendapatkan apa yang diinginkan tetapi tidak penuh, dan kehilangan tetapi tidak seluruhnya.

e. Berkolaborasi

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. Secara skematis, model penyelesaian konflik dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut:



Gambar 2.1. *The five conflict-handling modes according to a two-dimensional model.* Source:

Killman and Thomas (1975). Dikutip dari Hendel, at al. (2005).

Setiap organisasi mempunyai kompleksitas yang berbeda-beda, untuk itu setiap manajer dan *leader* harus mampu menggunakan pendekatan yang sesuai dengan konflik yang ditemukan untuk penyelesaian masalah yang konstruktif. Manajer keperawatan harus mampu menguasai semua strategi penyelesaian konflik karena pemilihan penerapan strategi adalah berdasarkan situasi dan kondisi. Untuk penerapan pelatihan dan bimbingan manajemen konflik dapat dilihat pada modul (lampiran 7).

BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Teori

Berdasarkan teori-teori tentang kinerja, dapat disimpulkan bahwa kinerja merupakan keseluruhan perilaku dan kemampuan dari seseorang yang ditampilkan dalam kaitannya dengan pekerjaan. Kinerja dari seorang karyawan tidak hanya ditunjukkan berupa hasil kerja akan tetapi termasuk perilaku (Murphy & Cleaveland, 1991 dalam Wahyudi, 2006).

Perilaku kerja terlihat dari cara kerja yang penuh semangat, disiplin, bertanggung jawab, sesuai standar, memiliki motivasi dan kemampuan kerja untuk mencapai tujuan organisasi. Untuk itu dalam penilaian kinerja, sikap dan perilaku merupakan salah satu unsur yang dinilai. Menurut Umar (1997); Hasibuan (2003); Ilyas (2002), unsur-unsur yang dinilai adalah kesetiaan, prestasi kerja, kejujuran, kedisiplinan, kreativitas, kerja sama, kepemimpinan, kepribadian, prakarsa, kecakapan, dan tanggung jawab.

Ilyas (2002) mengemukakan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja personil secara teoritis ada tiga kelompok variabel yaitu variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personil.

Kepemimpinan merupakan salah satu faktor dari variabel organisasi yang mempengaruhi kinerja. Kemampuan manajemen konflik merupakan salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh kepala ruangan sebagai manajer dan *leader* di ruangan sehingga dapat mengoptimalkan kinerja perawat pelaksana mulai dari mengidentifikasi sumber konflik sampai dengan alternatif penyelesaiannya.

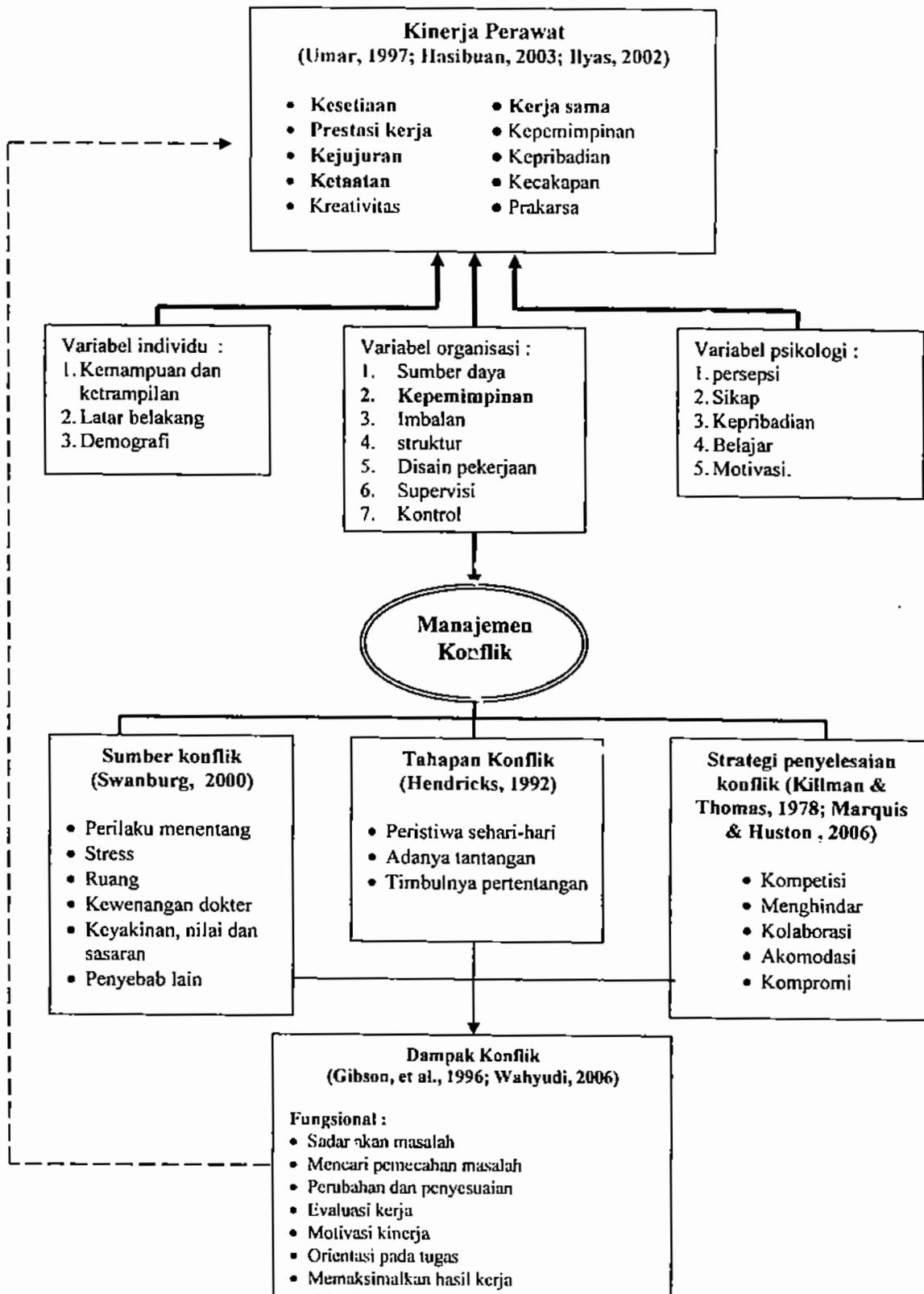
Beberapa hal yang dapat menjadi sumber konflik bagi perawat adalah adanya perilaku menentang, stress, kondisi ruangan, kewenangan dokter, keyakinan, nilai dan sasaran serta penyebab lain seperti suasana organisasi dan gaya kepemimpinan (Swansburg, 2000).

Konflik merupakan serangkaian peristiwa yang dapat dikelola, jika konflik tersebut sejak dini telah diidentifikasi oleh manajer sehingga langkah-langkah penyelesaian segera dapat diambil untuk mengelola konflik menjadi peluang yang baik. Hendricks (1992) mengemukakan bahwa ada tiga tahapan konflik, terdiri dari konflik tahap pertama; peristiwa sehari-hari, konflik tahap kedua; adanya tantangan dan konflik tahap ketiga; timbulnya pertentangan.

Dalam merespon konflik, setiap manajer tentunya mempunyai strategi penyelesaian yang berbeda. Teori tentang perilaku konflik (*conflict behaviour*) disimpulkan oleh Blake dan Mouton, Filley, Hall, Thomas dan Kilmann (Tosi, Et al., 1990 dalam Wahyudi, 2006) juga oleh Marquis & Huston (2006) bahwa terdapat lima strategi penyelesaian konflik yaitu kompetisi, menghindar, kolaborasi, akomodasi, dan kompromi.

Kinerja seorang karyawan dalam organisasi dapat dipengaruhi oleh adanya konflik yang merupakan energi untuk dapat menggerakkan anggota organisasi dalam mencapai tujuan. Konflik yang menjadi kekuatan adalah konflik yang bersifat fungsional sehingga menjadikan konflik berdampak pada perbaikan kinerja kelompok. Sebaliknya apabila konflik yang terjadi berupa sikap dan tindakan yang menghambat proses tujuan organisasi, maka dipastikan konflik bersifat disfungsional karena itu perlu ada pendekatan manajemen konflik (Wahyudi, 2006).

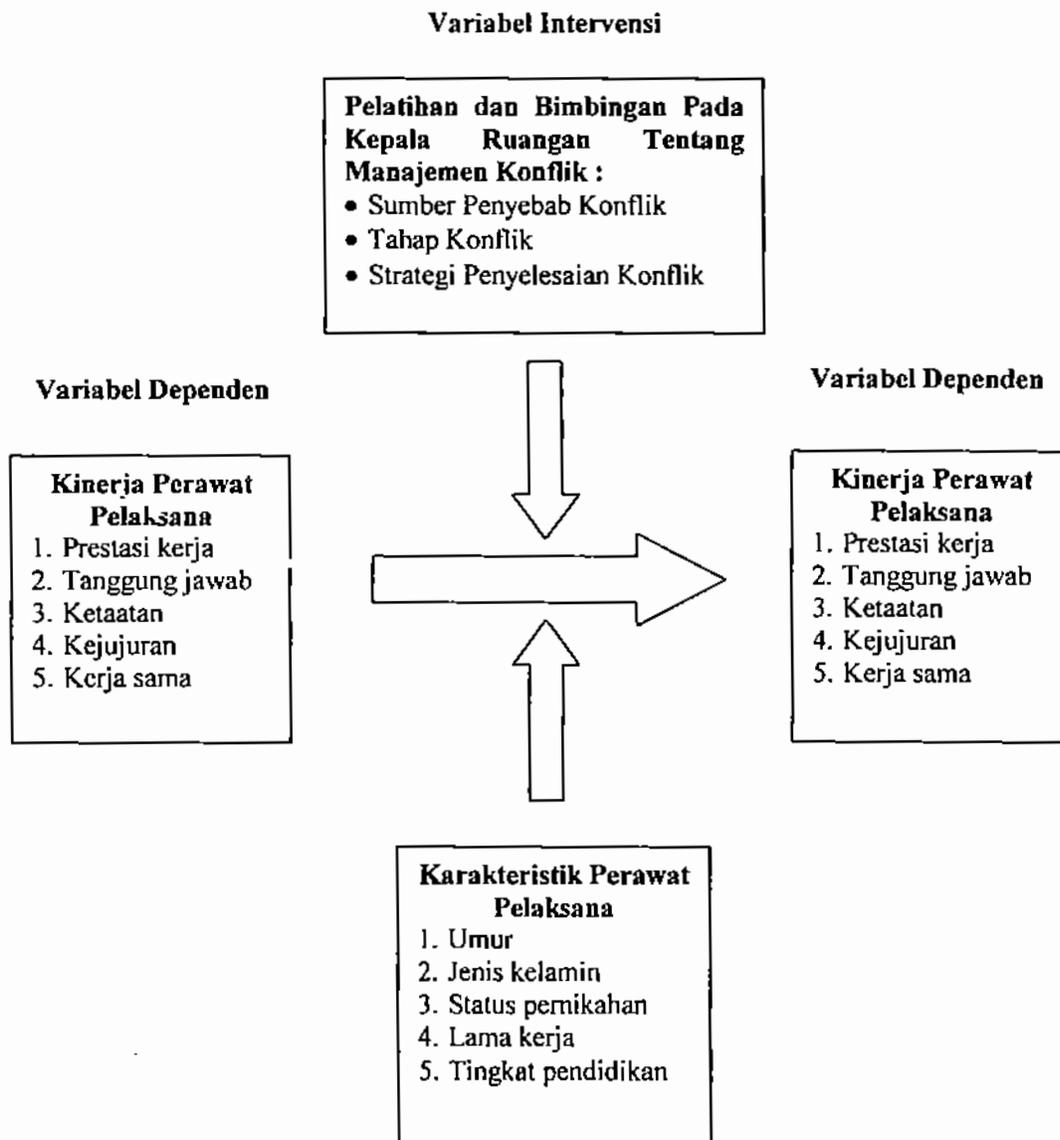
Seperti kita ketahui bahwa dalam sebuah organisasi terdiri dari berbagai macam orang dengan karakteristik yang berbeda. Untuk itu, konflik perlu dikelola dengan baik sehingga mempunyai dampak yang positif bagi organisasi, seperti yang dikemukakan oleh Gibson, et al., (1996) bahwa konflik fungsional berdampak pada peningkatan kinerja individu dan pada akhirnya meningkatkan produktivitas organisasi. Dampak fungsional dari konflik adalah mencari pemecahan masalah, melakukan perubahan dan penyesuaian, evaluasi kerja, motivasi kerja, orientasi pada tugas dan memaksimalkan hasil kerja. Secara skematis, kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1.



Skema 3.1. Kerangka Teori Penelitian

B. Kerangka Konsep

Tujuan utama penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh kemampuan manajemen konflik kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah pelatihan dan bimbingan. Kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.2 berikut :



Skema 3.2. Kerangka Konsep Penelitian

Pada kerangka konsep diatas. pelatihan dan bimbingan untuk meningkatkan kemampuan manajemen konflik pada kepala ruangan merupakan variabel intervensi. Kemampuan kepala ruangan dalam manajemen konflik dilihat bagaimana dampaknya terhadap kinerja perawat pelaksana dan dibandingkan dengan sebelum kepala ruangan mendapatkan pelatihan dan bimbingan. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kinerja perawat pelaksana. Karakteristik perawat pelaksana (umur, jenis kelamin, status pernikahan, lama kerja dan tingkat pendidikan) merupakan variabel *confounding* yang dilihat hubungannya dengan kinerja.

C. Hipotesis

- a. Ada perbedaan kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan manajemen konflik di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- b. Ada perbedaan kinerja perawat pelaksana antara kelompok kepala ruangan dengan 6 kali bimbingan, 3 kali bimbingan, dan tanpa bimbingan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- c. Ada hubungan antara karakteristik; umur, jenis kelamin, status pernikahan, lama kerja dan tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

B. Definisi Operasional

Definisi operasional dan skala pengukuran dari variabel-variabel penelitian diuraikan agar dapat dipahami pengertian variabel yang diukur dan untuk menentukan metodologi yang digunakan dalam analisis data selanjutnya.

Tabel 3.3
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependen: Kinerja Perawat Pelaksana					
1.	Kinerja perawat pelaksana	Penampilan kerja perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan meliputi aspek prestasi kerja, tanggung jawab, kejujuran, ketaatan, dan kerja sama	Pertanyaan terdiri dari 45 item yang meliputi aspek prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran dan kerja sama, dengan pilihan jawaban menggunakan skala likert: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu Skor tertinggi 180 dan Skor terendah 45	Mean, median, SD, minimum-maksimum 95 % CI	Interval
a.	Prestasi kerja	Pendapat perawat pelaksana terhadap kemampuan dan kecakapannya dalam bekerja.	Pertanyaan terdiri dari 11 item pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala likert: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	Mean, median, SD, minimum-maksimum 95 % CI	Interval
b.	Tanggung Jawab	Sikap perawat pelaksana dalam menyelesaikan tugas yang dibebankan kepadanya dengan baik dan tepat waktu.	Pertanyaan terdiri dari 9 item pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala likert:	Mean, median, SD, minimum-maksimum 95 % CI	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
			1. Tidak Pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu		
c.	Ketaatan	Perilaku perawat pelaksana yang mentaati semua peraturan kedinasan dan mendengar perintah atasan.	Pertanyaan terdiri dari 9 item pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala likert: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	Mean, median, SD, minimum-maksimum 95 % CI	Interval
d.	Kejujuran	Sikap dan ketulusan hati perawat pelaksana dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya.	Pertanyaan terdiri dari 8 item pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala likert: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	Mean, median, SD, minimum-maksimum 95 % CI	Interval
c.	Kerja sama	Sikap dan perilaku perawat pelaksana dalam berinteraksi dengan rekan kerja atau atasan dalam menjalankan tugasnya.	Pertanyaan terdiri dari 8 item pertanyaan dengan pilihan jawaban menggunakan skala likert: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	Mean, median, SD, minimum-maksimum 95 % CI	Interval
Variabel <i>confounding</i>: Karakteristik Perawat Pelaksana					
1.	Umur	Usia perawat saat dilakukan penelitian dalam tahun, mulai lahir sampai ulang tahun terakhir	Pertanyaan tentang usia perawat saat ini, yang diisi oleh responden	Umur dalam tahun	Interval
2.	Jenis kelamin	Penggolongan perawat yang terdiri dari jenis kelamin laki-laki dan perempuan	Responden melingkari salah satu option terkait jenis kelamin	Pengelompokkan: 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
3.	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal perawat yang pernah diikuti dan mendapatkan ijazah pada saat diteliti	Responden memberikan <i>check list</i> pada salah satu option tingkat pendidikan	Pengelompokkan: 1. SPK 2. DIII 3. S1	Ordinal
4.	Lama kerja	Lamanya perawat bekerja di rumah sakit dalam tahun	Pertanyaan tentang lama kerja perawat saat ini, yang diisi oleh responden	Lama kerja dalam tahun	Interval
5.	Status perkawinan	Kondisi perawat dalam keluarga terkait dengan pernikahan	Responden memberikan <i>check list</i> pada salah satu option status perkawinan	Pengelompokkan 1. Belum menikah 2. Nikah	Nominal
Variabel Intervensi: Pelatihan dan Bimbingan Manajemen Konflik Kepala Ruangan					
1.	Pelatihan dan Bimbingan Manajemen Konflik pada Kepala Ruangan	Kepala ruangan yang telah mendapatkan pelatihan di kelas selama 1 hari dilanjutkan dengan bimbingan 6 kali, 3 kali dan tanpa bimbingan sehingga mampu mengidentifikasi sumber-sumber konflik, tahapan konflik dan strategi penyelesaian konflik di ruangan, kemudian dilanjutkan dengan bimbingan kepala ruangan terhadap perawat pelaksana untuk meningkatkan kinerjanya melalui pendekatan manajemen konflik.	-	Kelompok perawat pelaksana yang dibimbing oleh kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3 kali dan tanpa bimbingan	-

BAB IV

METODE PENELITIAN

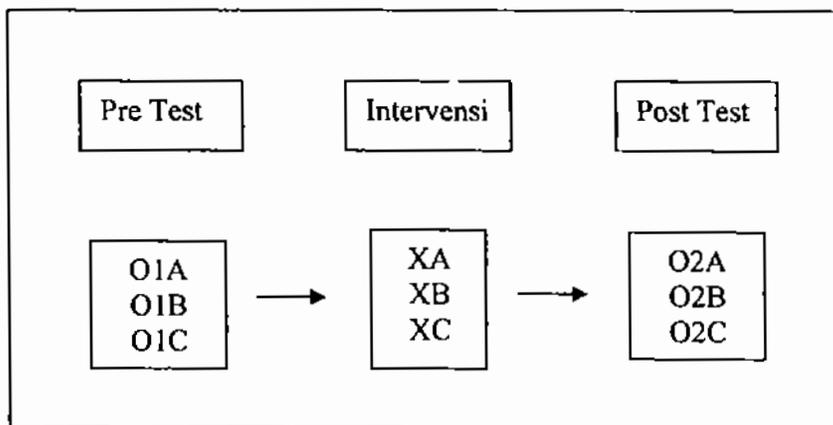
A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah quasi eksperimental, yaitu *pre and post test without control group* dengan *Dose response*. Rancangan ini tidak ada kelompok kontrol (pembanding) tetapi dilakukan observasi pertama (pre test) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan-perubahan yang telah terjadi setelah adanya intervensi (program) (Notoatmodjo, 2005).

Penelitian ini menggunakan *dose response*, maksudnya setelah diberikan pelatihan pada semua kepala ruangan dilanjutkan dengan bimbingan dengan frekuensi yang berbeda, sehingga terbentuk kelompok kepala ruangan berdasarkan frekuensi bimbingan (6 kali, 3 kali, 0 kali). Kepala ruangan diberikan waktu selama 6 minggu untuk menerapkan kemampuan manajemen konfliknya kepada perawat pelaksana.

Pelatihan dan bimbingan tentang manajemen konflik diharapkan dapat meningkatkan kemampuan manajemen konflik pada kepala ruangan baik secara kognitif maupun psikomotor. Dampak yang diharapkan dari peningkatan kemampuan kepala ruangan yaitu terjadi peningkatan kinerja perawat pelaksana. Unsur kinerja yang diukur pada penelitian ini meliputi; prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran dan kerja sama. Kemampuan kepala ruangan dalam manajemen konflik tidak diteliti karena dianggap merupakan bagian dari intervensi (*treatment*), tetapi dijadikan data dasar dalam mengidentifikasi kinerja perawat pelaksana.

Pengukuran terhadap kinerja perawat pelaksana dilakukan sebelum dan sesudah kepala ruangan mendapatkan intervensi berupa pelatihan dan bimbingan tentang manajemen konflik. Desain penelitian *pre and post test without control group* dapat dilihat pada skema 4.1 berikut :



Skema 4.1. Desain penelitian *pre and post test without control group*

Keterangan :

- O1 : Kinerja perawat pelaksana sebelum dibimbing kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan
- O2 : Kinerja perawat pelaksana setelah dibimbing kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan
- XA : Intervensi (Pelatihan dan bimbingan 6 kali) pada kepala ruangan
- XB : Intervensi (Pelatihan dan bimbingan 3 kali) pada kepala ruangan
- XC : Intervensi (Pelatihan dan tanpa bimbingan) pada kepala ruangan

Data tentang kinerja perawat pelaksana diambil berdasarkan pengelompokan kepala ruangan menurut frekuensi bimbingan; kelompok A dengan 6 kali bimbingan, kelompok B dengan 3 kali bimbingan dan kelompok C tanpa bimbingan. Setelah datanya diolah, kemudian dilakukan perbandingan terhadap kinerja perawat pelaksana pada tiga kelompok tersebut dengan menggunakan uji statistik. Perbandingan ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui apakah dengan pelatihan dan frekuensi bimbingan yang berbeda tentang manajemen konflik pada kepala ruangan dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana. Jumlah bimbingan mana yang paling bermakna untuk meningkatkan kemampuan manajemen konflik kepala ruangan yang berdampak pada kinerja perawat pelaksana.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek/elemen/unit/anggota item (misalnya manusia) dari sebuah riset. Populasi dapat terbatas atau tak terbatas (Murti, 2006).

a. Perawat Pelaksana (Responden)

Populasi perawat pelaksana di 18 Ruang Rawat Inap RSMM yang digunakan sebagai tempat penelitian berjumlah 214 orang.

b. Kepala Ruangan (Intervensi)

Kepala ruang rawat inap di RSMM Bogor berjumlah 24 orang yang berasal dari 3 ruang psikiatri; MPKP, 11 ruang psikiatri non MPKP, 3 ruang napza, dan 7 ruang umum.

2. Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *simple random sampling*, yaitu metode mencuplik sampel secara acak dimana masing-masing subyek atau unit dari populasi memiliki peluang yang sama dan independen untuk terpilih ke dalam sampel (Murti, 2006).

a. Perawat Pelaksana (Responden)

Sampel yang diambil pada penelitian ini telah memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut :

- 1). Perawat pelaksana bekerja di ruang rawat inap
- 2). Bekerja di RSMM Bogor minimal 3 bulan
- 3). Tidak sedang cuti, sakit atau tugas belajar saat penelitian
- 4). Tidak menjabat sebagai kepala ruangan

Jumlah sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus ukuran sampel untuk menaksir proporsi sebuah populasi (Kothari, 1990 dalam Murti, B., 2006) :

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot 1 - \alpha / 2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot 1 - \alpha / 2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

N : Besar populasi

n : Besar Sampel ($n = 214$)

d : Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (0,05)

p : Perkiraan proporsi variabel dependen pada populasi (79 %)

q : $1 - p$

$Z_{1-\alpha/2}$ = Statistik Z (misalnya $Z = 1,64$)

Berdasarkan hasil perhitungan, sampel pada penelitian ini adalah 97.49 orang. Untuk menghindari adanya sampel yang drop out, ditambahkan 10 % dari total sampel, sehingga jumlah sampel pada penelitian ini adalah 108 orang perawat pelaksana. Kemudian sampel tersebut didistribusikan secara proporsional pada 18 ruangan. Pada akhirnya hanya 104 kuesioner yang dapat diolah 4 lainnya drop out karena pada saat post test tidak dikembalikan. Distribusi sampel dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1

**Distribusi Responden pada Ruangan Rawat
Inap RSMM Bogor**

Ruangan	Jumlah PP	Jumlah Sampel Sebelum	Jumlah Sampel Sesudah
Kelompok A:			
1. Srikandi	13 orang	$13/214 \times 108 = 7$	$13/214 \times 108 = 6$
2. Yudistira	9 orang	$9/214 \times 108 = 4$	$9/214 \times 108 = 4$
3. Nakula	10 orang	$10/214 \times 108 = 5$	$10/214 \times 108 = 5$
4. Subadra	15 orang	$15/214 \times 108 = 8$	$15/214 \times 108 = 8$
5. Lesmana	12 orang	$12/214 \times 108 = 6$	$12/214 \times 108 = 6$
6. Arjuna	12 orang	$12/214 \times 108 = 6$	$12/214 \times 108 = 6$
Kelompok B:			
1. Sadewa	12 orang	$13/214 \times 108 = 6$	$13/214 \times 108 = 6$
2. Utari	13 orang	$13/214 \times 108 = 7$	$13/214 \times 108 = 7$
3. Bratasena	10 orang	$10/214 \times 108 = 5$	$10/214 \times 108 = 5$
4. Gatot Kaca	13 orang	$13/214 \times 108 = 7$	$13/214 \times 108 = 6$
5. Rama	7 orang	$7/214 \times 108 = 3$	$7/214 \times 108 = 3$
6. Bisma	13 orang	$13/214 \times 108 = 7$	$13/214 \times 108 = 7$
Kelompok C:			
1. Dewi Amba	11 orang	$11/214 \times 108 = 6$	$11/214 \times 108 = 6$
2. Arimbi	10 orang	$10/214 \times 108 = 5$	$10/214 \times 108 = 5$
3. Kresna	18 orang	$18/214 \times 108 = 9$	$18/214 \times 108 = 7$
4. Drupadi	1 orang	$1/214 \times 108 = 1$	$1/214 \times 108 = 1$
5. Antasena	30 orang	$30/214 \times 108 = 14$	$30/214 \times 108 = 14$
6. Shinta	5 orang	$5/214 \times 108 = 2$	$5/214 \times 108 = 2$
Jumlah total	214 orang	108 orang	104 orang

b. Kepala Ruangan (Intervensi)

Pada penelitian ini yang diikutsertakan hanya 18 orang dimana terdiri dari: 12 kepala ruang rawat inap psikiatri, 3 kepala ruang rawat inap napza, dan 3 kepala ruang rawat inap umum. Kepala ruangan yang tidak masuk dalam penelitian ini adalah pada ruangan dengan perlakuan khusus seperti ruang Kebidanan, ICU, Perinatologi, Parekesit, Abimanyu dan Saraswati. Walaupun demikian pada pelatihan tetap diikutsertakan atas permintaan dari pihak rumah sakit. Diharapkan dengan metode *simple random sampling* semua ruangan yang tersebar di tiga unit tersebut mempunyai peluang untuk menjadi kelompok intervensi sehingga lebih representatif yang tersebar secara proporsional seperti pada tabel 4.2:

Tabel 4.2
Distribusi Kepala Ruangan Pada Unit Rawat
Inap RSMM Bogor

Ruangan	Distribusi Kepala Ruangan		
	Kelompok A	Kelompok B	Kelompok C
Psikiatri MPKP	Srikandi	Sadewa	Dewi Amba
Psikiatri Non MPKP	Yudistira	Utari	Arimbi
	Nakula	Bratasena	Kresna
	Subadra	Gatot Kaca	Drupadi
Napza	Lesmana	Rama	Shinta
Umum	Arjuna	Bisma	Antasena
Total	6 Karu	6 Karu	6 Karu

C. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Alasan pemilihan lokasi penelitian ini adalah rumah sakit sedang dalam masa transisi dari status milik pemerintah menjadi BLU dan untuk melanjutkan penelitian sebelumnya.

D. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan dalam kurun waktu enam bulan, mulai Februari – Juni 2008. Kegiatan penelitian selengkapnya dapat dilihat pada lampiran 1.

E. Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji etik pada proposal penelitian ini oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan. Hasil uji etik menerangkan bahwa penelitian ini lolos uji etik (Lampiran 3). Setelah itu, kemudian peneliti mengurus administrasi perizinan penelitian ke rumah sakit terkait sehingga pada akhirnya diperkenankan untuk melaksanakan penelitian melalui surat balasan permohonan izin penelitian oleh direktur RSMM Bogor (Lampiran 10).

Sebelum dilakukan pengambilan data awal berupa pengisian kuesioner tentang kinerja perawat pelaksana sebagai subyek penelitian, semua responden diberikan informasi tentang rencana, tujuan dan manfaat penelitian melalui pemberitahuan tertulis (Lampiran 4) . Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan peneliti (lampiran 5).

Peneliti menjelaskan bahwa responden dijaga kerahasiaannya dimana informasi yang didapat dari mereka hanya untuk penelitian ini. Selama kegiatan penelitian nama responden juga tidak digunakan, sebagai gantinya peneliti menggunakan nomor responden. Peneliti juga meyakinkan responden bahwa identitas responden dari informasi yang diberikan akan dirahasiakan sehingga responden bebas dari rasa tidak nyaman.

F. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2001).

1. Kuesioner untuk Perawat Pelaksana

Pengumpulan data dilakukan dengan cara membagikan instrumen penelitian dalam bentuk angket/kuesioner pada responden (Perawat pelaksana). Adapun kuesioner yang digunakan terdiri dari :

a. Karakteristik responden

Karakteristik responden yang diperlukan dalam penelitian adalah beberapa hal yang merupakan faktor yang dapat berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana. Faktor tersebut meliputi: umur, jenis kelamin, lama kerja dan pendidikan.

b. Kinerja perawat pelaksana

Alat pengambilan data yang digunakan untuk mengukur kinerja perawat pelaksana diadopsi dari instrumen yang dibuat oleh Panjaitan, R (2004) yang memuat tentang unsur-unsur penilaian kinerja ; prestasi kerja, ketaatan,

kejujuran, tanggung jawab dan kerja sama. Sebelum menggunakan instrumen ini, peneliti terlebih dahulu meminta izin kepada yang bersangkutan. Adapun isi dari kuesioner itu terdiri dari 11 pertanyaan untuk aspek prestasi, 9 pertanyaan untuk aspek tanggung jawab, 9 pertanyaan untuk aspek ketaatan, 8 pertanyaan untuk aspek kejujuran dan 8 pertanyaan untuk aspek kerja sama. Selengkapnya dapat dilihat pada kisi-kisi kuesioner (lampiran 2).

Semua item pertanyaan pada kuesioner disusun dalam bentuk pernyataan *vaforabel* yaitu pernyataan positif dengan pilihan jawaban selalu 4, sering 3, jarang 2 dan tidak pernah 1.

2. Uji Coba Instrumen

Sebelum data untuk penelitian yang sebenarnya dikumpulkan, terlebih dahulu dilakukan pengujian terhadap alat ukur. Uji validitas dilakukan untuk mengetahui apakah alat ukur yang telah dirancang dalam bentuk kuesioner benar-benar dapat menjalankan fungsinya. Untuk mengetahui validitas suatu instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi antara skor masing-masing variabel dengan skor totalnya, teknik yang digunakan *Pearson Product Moment*. Suatu variabel dikatakan valid bila variabel tersebut berkorelasi secara signifikan ($r \text{ hitung} > r \text{ tabel}$) dengan skor totalnya (Hastono, 2007).

Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui apakah alat ukur yang telah dirancang dalam bentuk kuesioner dapat diandalkan. Suatu alat ukur dapat diandalkan jika alat ukur tersebut memiliki kekonsistenan dalam pengukuran.

artinya apabila digunakan berulang kali akan memberikan hasil yang relatif sama. Untuk melihat andal tidaknya suatu alat ukur digunakan metode *Alpha – Cronbach*, dan diperoleh koefisien realibilitasnya lebih dari 0,70 (70 %) (Hastono, 2007).

Instrumen di uji cobakan pada 30 responden (Perawat pelaksana) di Ruang Rawat Inap pada RSJ. Grogol dengan pertimbangan bahwa rumah sakit tersebut adalah rumah sakit tipe A dengan karakteristik yang hampir sama dengan RSMM. Uji coba instrumen dilakukan pada tanggal 31 Maret s.d. 04 April 2008 kemudian dilakukan analisa melalui uji statistik dengan *Pearson Product Moment*. Hasil Uji menunjukkan bahwa ada 7 item dari 50 item yang tidak valid, sedangkan untuk melihat pertanyaan tersebut reliabel dilihat pada *Alpha-Cronbach* : 0,9542, hal ini menunjukkan bahwa item pertanyaan tersebut reliabel. Dari 7 item pertanyaan yang tidak valid, 2 item diperbaiki dan dimasukkan dalam kuesioner karena dianggap penting, sedangkan 5 item lainnya dihilangkan karena pertanyaan tersebut sudah ada item lain yang dapat mewakili. Pada akhirnya jumlah item pertanyaan pada instrumen menjadi 45 item dari 50 item yang dirancang. Rangkuman hasil analisis validitas dan reliabilitas kuesioner dapat dilihat pada tabel 4.3:

Tabel 4.3
Hasil Analisis Validitas dan Reliabilitas Kuesioner
Kinerja Perawat Pelaksana

Variabel	Σ Pertanyaan Sebelumnya	Σ Pertanyaan Sesudahnya	Validitas	Reliabilitas
Kinerja	50 item	45 item	0,408-0,732	0,9542
Aspek Prestasi kerja	13 item	11 item	0,440-0,655	
Aspek Tanggung jawab	10 item	9 item	0,451-0,732	
Aspek Ketaatan	10 item	9 item	0,408-0,727	
Aspek Kejujuran	9 item	8 item	0,409-0,675	
Aspek Kerja sama	8 item	8 item	0,426-0,721	

G. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Persiapan

- a) Peneliti mengajukan terlebih dahulu surat ijin penelitian kepada Direktur RSMM Bogor.
- b) Setelah mendapatkan ijin, peneliti berkoordinasi dengan Bidang Keperawatan dan Diklat untuk melaksanakan pelatihan.

2. Pelaksanaan

a) Pretest

Sebelum melaksanakan pelatihan, peneliti mengadakan pengambilan data awal terhadap kinerja perawat pelaksana dari 18 ruangan rawat inap RSMM Bogor yang telah dikelompokkan dengan menggunakan kuesioner kinerja perawat pelaksana pada tanggal 14 s.d 22 April 2008.

b) Pelatihan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruangan

- 1) Pelatihan tentang manajemen konflik dilakukan pada tanggal 24 April 2008, pesertanya 18 kepala ruangan yang berasal dari ruang rawat inap psikiatri MPKP (3 Karu), ruang rawat inap psikiatri non MPKP (9 Karu), ruang napza (2 Karu) dan ruang rawat inap umum (3 Karu).
- 2) Sebelum materi pelatihan diberikan, terlebih dahulu dilakukan pretest kognitif untuk mengetahui pengetahuan awal kepala ruangan tentang manajemen konflik yang meliputi konsep dasar manajemen konflik, sumber konflik, tahapan konflik dan strategi penyelesaian konflik dengan menggunakan pertanyaan *multiple choice* (lampiran 7). Peserta juga diminta untuk mengisi format *self assesment* untuk mengetahui kemampuan manajemen konflik yang dapat dilihat pada modul (lampiran 7). Hasil pretest kognitif nilai rata-ratanya 67,34 sedangkan hasil *self assesment* rata-rata 88,06.
- 3) Pada saat pelatihan, materi yang diberikan meliputi konsep dasar manajemen konflik, sumber konflik, tahapan konflik dan strategi penyelesaian konflik beserta latihannya. Metode yang digunakan adalah ceramah dan diskusi kelompok untuk menyelesaikan latihan-latihan terkait dengan materi.
- 4) Pada akhir pelatihan, dilakukan kembali post test terhadap pengetahuan kepala ruangan tentang manajemen konflik terkait dengan materi yang telah disampaikan. Hasil post test kognitif rata-rata nilai kepala ruangan meningkat menjadi 86,64.
- 5) Setelah pelatihan dilaksanakan, peneliti mengadakan bimbingan 12 hari (28 April s.d. 13 Mei) 2008 terhadap kepala ruangan. Bimbingan yang diberikan

sesuai dengan pembagian kelompok kepala ruangan, dimana frekuensi bimbingan pada 3 kelompok tersebut berbeda. Kelompok A dengan 6 kali bimbingan, kelompok B 3 kali bimbingan dan kelompok C tanpa bimbingan. Diharapkan dengan frekuensi bimbingan yang berbeda pada tiga kelompok tersebut memberikan dampak yang berbeda pada kinerja perawat pelaksana. Matriks Pelaksanaan pelatihan dan bimbingan pada kepala ruangan dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4
Matriks Pelatihan dan Bimbingan Manajemen Konflik Pada Karu

Karu	Mgg I	Mgg III-Mgg V	Jml
	Pelatihan	Bimbingan	Bmbg
Klp A	1.Konsep dasar manajemen konflik 2.sumber-sumber konflik 3.Tahapan Konflik 4.Strategi penyelesaian konflik	1. Mengidentifikasi Sumber Konflik di Ruang: <ul style="list-style-type: none"> • Mendiskusikan dengan karu, sumber-sumber konflik yang telah diidentifikasi pada saat pelatihan. • Mendiskusikan dengan karu prioritas konflik yang harus segera ditangani 2. Mengidentifikasi tahapan Konflik di Ruang: <ul style="list-style-type: none"> • Bersama karu mengidentifikasi proses atau tahapan konflik yang sedang di hadapi. • Mendiskusikan langkah-langkah selanjutnya dan memperdalam identifikasi konflik dengan menggali ciri-ciri melalui evaluasi pada kinerja perawat pelaksana yang dikaitkan dengan manajemen konflik 3. Mengidentifikasi strategi penyelesaian konflik: <ul style="list-style-type: none"> • Mendiskusikan langkah-langkah dan cara menyelesaikan konflik tersebut • Mendiskusikan dan memilih strategi penyelesaian yang akan dipilih. 	6 kali
Klp B	Idem		3 kali
Klp C	Idem	Tanpa Bimbingan	0 kali

- 6) Selama proses bimbingan, kepala ruangan juga melakukan bimbingan terkait dengan manajemen konflik untuk meningkatkan kinerja perawat pelaksana sebanyak 3 kali selama tiga minggu. Kemudian secara mandiri melakukan bimbingan 14 s.d 23 Mei 2008 sebelum dilakukan pengambilan data post test pada perawat pelaksana oleh peneliti. Matriks Pelaksanaan bimbingan kepala ruangan terhadap perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel 4.5.
- 7) Setelah selesai bimbingan, dilakukan kembali *self assesment* oleh kepala ruangan (post test) terhadap kemampuan manajemen konflik. Nilai rata-rata pada hasil *self assesment* kepala ruangan adalah 93,90.

Tabel 4.5
Matriks Bimbingan Kepala Ruangan Pada Perawat Pelaksana

Mg II	Mgg III-Mgg V	Mgg VI
Pre test Kinerja	Bentuk Bimbingan	Post test Kinerja
	1. Menganalisa situasi dan kondisi di ruangan dan membuat daftar masalah	
	2. Melakukan evaluasi kinerja perawat pelaksana dikaitkan dengan manajemen konflik	
	3. Memberikan masukan pada perawat pelaksana terkait dengan manajemen konflik	
	4. Mengadakan diskusi bersama-sama jika ada permasalahan yang muncul dan dicarikan jalan keluar yang sesuai	
	5. Menggunakan pendekatan yang sesuai dalam membimbing pearawat pelaksana	

c. Post test

Peneliti melakukan pengambilan data kembali (post test) pada perawat pelaksana setelah kepala ruangan selesai melakukan bimbingan pada perawat pelaksana pada tanggal 26 s.d 30 Mei 2008.

H. Analisis Data

1. Pengolahan data

Data yang telah dikumpulkan diolah dengan menggunakan tahapan sebagai berikut:
(Hastono, S.P, 2007)

- a. *Editing* : dilakukan untuk mencermati kelengkapan pengisian, kesalahan pengisian atau jawaban yang belum terisi, kejelasan dan kesesuaian jawaban pertanyaan responden dari setiap pernyataan agar dapat diolah dengan baik.
- b. *Coding* : adalah pemberian kode untuk setiap jawaban pada setiap pertanyaan sesuai dengan petunjuk koding. Pemberian kode digunakan untuk data karakteristik responden. Pemberian kode dilakukan pada setiap kelompok pertanyaan yang dibuat dalam bentuk file pertanyaan pada program komputer agar memudahkan peneliti untuk merekam data.
- c. *Scoring* : memberi skor atau nilai pada format isian. Skoring dilakukan untuk memudahkan proses analisa data yang masih bersifat kualitatif dan diubah menjadi kuantitatif dengan cara memberi skor/nilai. Jawaban selalu : 4, sering, 3 : selalu, jarang : 2, dan tidak pernah : 1.
- d. *Entry* : memasukkan data setelah selesai diberi kode dan skor, data dimasukkan ke dalam program komputer yang sesuai.
- e. *Cleaning* : pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak, sehingga data siap dianalisa.

2. Analisis data

a. Univariat

Analisis univariat berupa analisis persentase yang dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi dan hasil statistik deskriptif. Analisis univariat meliputi karakteristik individu yang terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan lama kerja perawat pelaksana kemudian tentang kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan. Data tersebut diolah dalam bentuk proporsi pada data kategori dan untuk data numerik digunakan nilai mean, median, standar deviasi, minimal dan maksimal, yang selanjutnya dilakukan analisis terhadap tampilan data tersebut.

b. Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistika yang digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/ sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Setelah pengambilan data awal (pre test) dilakukan uji kesetaraan sebelum intervensi (Pelatihan dan bimbingan) meliputi karakteristik dan kinerja perawat pelaksana menurut kelompok bimbingan manajemen konflik pada kepala ruangan. Kemudian dilanjutkan dengan uji statistik untuk melihat perbedaan kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah kepala ruangnya mendapatkan pelatihan dan bimbingan. Teknik analisa yang digunakan pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.6:

Tabel 4.6
Analisis Bivariat

No	Variabel	Variabel	Uji statistik
Uji Kesetaraan Sebelum Intervensi			
1	Umur responden (Interval)	Kelompok Bimbingan (Ordinal)	Anova
2	Lama kerja responden (Interval)	Kelompok Bimbingan (Ordinal)	Anova
3	Jenis Kelamin (Nominal)	Kelompok Bimbingan (Ordinal)	<i>Chi-Square</i>
4	Status Perkawinan (Nominal)	Kelompok Bimbingan (Ordinal)	<i>Chi-Square</i>
5	Tingkat pendidikan (Ordinal)	Kelompok Bimbingan (Ordinal)	<i>Chi-Square</i>
6	Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum Pelatihan (Interval)	Kelompok Bimbingan (Ordinal)	Anova
Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana			
7	Kinerja perawat pelaksana sebelum pelatihan pada kelompok A (Interval)	Kinerja perawat pelaksana sesudah pelatihan pada kelompok A (Interval)	t-test dependen
8	Kinerja perawat pelaksana sebelum pelatihan pada kelompok B (Interval)	Kinerja perawat pelaksana sesudah pelatihan pada kelompok B (Interval)	t-test dependen
9	Kinerja perawat pelaksana sebelum pelatihan pada kelompok C (Interval)	Kinerja perawat pelaksana sesudah pelatihan pada kelompok C (Interval)	t-test dependen
10	Kelompok perawat pelaksana menurut kelompok bimbingan kepala ruangan yaitu kelompok A, B dan C (Ordinal)	Kinerja perawat pelaksana setelah pelatihan (Interval)	Anova
Hubungan Karakteristik dengan Kinerja Perawat Pelaksana			
12	Umur responden (Interval)	Kinerja perawat pelaksana setelah pelatihan (Interval)	<i>correlasi</i>
13	Jenis kelamin responden (Nominal)	Kinerja perawat pelaksana setelah pelatihan (Interval)	t-test independen
13	Tingkat pendidikan (Ordinal)	Kinerja perawat pelaksana setelah pelatihan (Interval)	Anova

No	Variabel	Variabel	Uji statistik
14	Lama kerja (Interval)	Kinerja perawat pelaksana setelah pelatihan (Interval)	<i>correlasi</i>
15	Status perkawinan (Nominal)	Kinerja perawat pelaksana setelah pelatihan (Ordinal)	t-test independen

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil penelitian tentang kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah kepala ruangnya mendapatkan pelatihan dan bimbingan di ruang rawat inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Perawat pelaksana terdiri dari 3 (tiga) kelompok menurut klasifikasi bimbingan yang diberikan pada kepala ruangan setelah pelatihan yaitu kelompok A dengan 6 kali bimbingan, kelompok B dengan 3 kali bimbingan dan kelompok C tanpa bimbingan. Hasil penelitian ini didapatkan dari hasil uji statistik yang terdiri dari uji univariat dan uji bivariat. Proses untuk menganalisa data menggunakan komputer dengan hasil sebagai berikut :

A. Karakteristik

Memberikan gambaran karakteristik demografi perawat pelaksana (variabel *confounding*) dan hasil uji kesetaraan terhadap karakteristik perawat pelaksana sebelum pelatihan dan bimbingan diberikan pada kepala ruangan.

1. Karakteristik Perawat Pelaksana

Karakteristik perawat pelaksana merupakan variabel *confounding* pada penelitian ini. Adapun yang termasuk dalam karakteristik perawat pelaksana adalah jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan yang ditampilkan pada tabel 5.1, kemudian umur dan lama kerja yang dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Jenis Kelamin, Status Pernikahan dan Tingkat Pendidikan Perawat Pelaksana Menurut Kelompok Bimbingan Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoecki Mahdi Bogor Bulan April-Mei 2008

Variabel	Kelompok						Total	
	A		B		C		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Jenis Kelamin								
Laki-laki	19	41,3	15	32,6	12	26,1	46	100
Perempuan	16	27,6	19	32,8	23	39,7	58	100
Status Pernikahan								
Belum Menikah *	19	41,3	15	32,6	12	26,1	46	100
Menikah	16	27,6	19	32,8	23	39,7	58	100
Tingkat Pendidikan								
SPK	2	40	1	20	2	40	5	100
DIII	31	33	30	31,9	33	35,1	94	100
S1	2	40	3	60	0	0	5	100

Pada tabel 5.1 diatas, menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoecki Mahdi Bogor berjenis kelamin perempuan sebesar 58 orang (55,8%), perawat pelaksana laki-laki paling banyak terdapat pada kelompok A sebesar 19 orang (41,3%). Pada status pernikahan, dapat dilihat bahwa perawat pelaksana juga sebageian besar telah menikah yaitu sebesar 65 orang (62,5%), perawat pelaksana yang belum menikah paling banyak terdapat pada kelompok A sebesar 19 orang (41,3%). DIII Keperawatan merupakan pendidikan terakhir yang paling banyak dimiliki oleh perawat pelaksana yaitu sebesar 94 orang (90,4%) dan terdistribusi dengan merata pada tiap kelompok bimbingan.

Tabel 5.2
Rata-rata Umur dan Lama Kerja Perawat Pelaksana Menurut Kelompok
Bimbingan Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit
Marzoeki Mahdi Bogor April-Mei 2008 (n=104)

Variabel	Mean	SD	(Min - Max)	(95% CI)
Umur				
• Kelompok A	30,66	8,044	22 -52	27,89-33,42
• Kelompok B	33,24	8,988	23-52	30,10-36,37
• Kelompok C	27,63	6,463	21-52	25,41-29,85
Total	30,48	8,14	21-52	28,90-32,06
Lama Kerja				
• Kelompok A	7,89	8,537	0,34-31	4,96-10,83
• Kelompok B	9,61	9,154	0,34-30	6,41-12,8
• Kelompok C	4,09	5,121	0,34-30	5,85-8,74
Total	7,18	8,05	0,34-31	5,61-8,74

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat pelaksana adalah 30,48 tahun (95% CI : 28,90-32,06). Umur termuda 21 tahun dan tertua 52 tahun. Hasil estimasi interval umur perawat pelaksana dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa perawat pelaksana berumur 28,90 tahun sampai dengan 32,06 tahun yang merupakan umur produktif untuk bekerja. Sedangkan rata-rata lama kerja perawat pelaksana adalah 7,18 tahun (95% CI : 5,61-8,74). Lama kerja tercepat 0,34 tahun (4 bulan) dan terlama 31 tahun. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% dapat disimpulkan bahwa rata-rata lama kerja perawat pelaksana berada diantara 5,61 sampai dengan 8,74 tahun.

2. Kesetaraan Karakteristik Perawat Pelaksana

Analisis untuk melihat kesetaraan karakteristik perawat pelaksana sebelum dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan menurut kelompok bimbingan. Analisis kesetaraan perawat pelaksana menurut jenis kelamin,

status perkawinan dan tingkat pendidikan pada tiap kelompok bimbingan dapat dilihat pada tabel 5.3, dan analisis kesetaraan perawat pelaksana menurut umur dan lama kerja pada tiap kelompok bimbingan dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.3
Analisis Jenis Kelamin, Status Perkawinan dan Tingkat Pendidikan Perawat Pelaksana Dengan Kelompok Bimbingan Kepala Ruangan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeke Mahdi Bogor Bulan April - Mei 2008

Variabel	Kelompok						Total		p Value
	A		B		C		n	%	
	n	%	N	%	n	%			
Jenis Kelamin									0,479
Laki-laki	19	41,3	15	32,6	12	26,1	46	100	
Perempuan	16	27,6	19	32,8	23	39,7	58	100	
Status Pernikahan									0,242
Belum Menikah	19	41,3	15	32,6	12	26,1	46	100	
Menikah	16	27,6	19	32,8	23	39,7	58	100	
Tingkat Pendidikan									0,503
SPK	2	40	1	20	2	40	5	100	
DIII	31	33	30	31,9	33	35,1	94	100	
SI	2	40	3	60	0	0	5	100	

Pada tabel 5.3 hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada jenis kelamin (p Value : 0,479, α : 0,05), status perkawinan (p Value : 0,242, α : 0,05), dan tingkat pendidikan (p Value : 0,503, α : 0,05). Dari hasil uji statistik tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat kesetaraan jenis kelamin, status perkawinan dan tingkat pendidikan pada tiap kelompok bimbingan (p Value > α).

Pada tabel 5.3 dapat dilihat bahwa hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna pada umur (p Value : 0,015, α : 0,005) dan lama kerja (p Value : 0,013, α : 0,005). Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesetaraan umur dan lama kerja perawat pelaksana pada tiap kelompok bimbingan (pValue < α).

Tabel 5.4
 Analisis Umur dan Lama Kerja Perawat Pelaksana Dengan Kelompok Bimbingan di
 Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi
 Bogor Tahun 2008 (n=104)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	(Min – Max)	(95% CI)	Nilai p
Umur	A	30,66	8,044	22 -52	27,89-33,42	0,015
	B	33,24	8,988	23-52	30,10-36,37	
	C	27,63	6,463	21-52	25,41-29,85	
Lama Kerja	A	7,89	8,537	0,34-31	4,96-10,83	0,013
	B	9,61	9,154	0,34-30	6,41-12,8	
	C	4,09	5,121	0,34-30	5,85-8,74	

Berdasarkan hasil uji kesetaraan yang dilakukan, terdapat tiga variabel karakteristik yang tidak setara yaitu kinerja perawat pelaksana sebelum pelatihan dan bimbingan pada kepala ruangan, umur dan lama kerja.

B. Kinerja Perawat Pelaksana

Sebelum dilakukan pelatihan pada kepala ruangan, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan pada kinerja perawat pelaksana yang tersebar dalam tiga kelompok bimbingan pada kepala ruangan. Untuk mengetahui perbedaan kinerja sebelum dan sesudah pelatihan dan bimbingan pada kepala ruangan dilakukan uji t-dependen baik secara keseluruhan maupun berdasarkan kelompok bimbingan. Lebih lanjut untuk mengetahui perbedaan kinerja sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan antar kelompok dilakukan uji Anova. Kemudian untuk melihat hubungan antara variabel *confounding* dan kinerja sesudah pelatihan dan bimbingan pada kepala ruangan dilakukan uji t-independen, anova dan *correlasi pearson product moment*. Adapun hasil analisisnya adalah sebagai berikut:

1. Kesetaraan Kinerja Perawat Pelaksana

Analisis untuk melihat kesetaraan kinerja perawat pelaksana sebelum dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan menurut kelompok bimbingan dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5
Analisis Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Dengan Kelompok Bimbingan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marsoeki Mahdi Bogor April-Mei 2008

No	Variabel	N	Mean	SD	(Min – Max)	(95% CI)	Nilai p Value
1	Kelompok A	35	152	13,43	130-171	147,39-156,61	0,048
2	Kelompok B	34	155,5	14,23	116-179	150,54-160,46	
3	Kelompok C	35	147,26	13,65	120-179	142,57-151,95	
4	Total	104	151,55	14,04	120-179	142,57-151,95	

Berdasarkan tabel 5.5 hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna pada kinerja perawat pelaksana antara kelompok A, kelompok B dan kelompok C (p Value : 0,048, α : 0,05). Dari hasil uji statistik tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesetaraan kinerja perawat pelaksana sebelum kepala ruangan mendapatkan pelatihan dan bimbingan pada tiap kelompok dengan p Value > α .

2. Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah

Gambaran kinerja perawat pelaksana meliputi kinerja sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan yang meliputi gambaran kinerja menurut komponen pada tiap kelompok bimbingan pada kepala ruangan. Gambaran kinerja menurut komponennya dapat dilihat pada tabel

naik sebesar 1,82 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 33,08 (95%CI: 32,29-33,38), aspek ketaatan skor rata-rata kinerja sebelum 29,74 (95%CI: 28,58-30,91) naik sebesar 2,37 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 32,11 (95%CI: 31,35-32,88), aspek kejujuran skor rata-rata kinerja sebelum 27,23 (95%CI: 26,35-28,11) naik sebesar 1,77 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 29 (95%CI: 28,24-29,76), sedangkan pada aspek kerja sama skor rata-rata kinerja sebelum 27,28 (95%CI: 26,28-28,29) naik sebesar 1,72 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 29 (95%CI: 28,11-29,88). Total Skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok A sebelum dibimbing 152 (95%CI: 147,39-156,61) meningkat menjadi 162,57 (95%CI: 159,16-165,98) sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan.

Kinerja perawat pelaksana dilihat dari komponennya sesudah dibimbing oleh kepala ruangan pada kelompok A (6 kali bimbingan pada karu) mengalami peningkatan baik aspek prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran dan kerja sama.

Berdasarkan tabel 5.7 skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok B menurut komponennya sebelum dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan manajemen konflik adalah; pada aspek prestasi skor rata-rata kinerja sebelum 38,35 (95%CI: 37,06-39,64) naik sebesar 2,18 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 40,53 (95%CI: 39,65-41,40), pada aspek tanggung jawab skor rata-rata kinerja sebelum 32,06 (95%CI: 31,06-33,06) naik sebesar 1,35 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 33,41 (95%CI: 32,68-34,14), aspek ketaatan skor rata-rata kinerja sebelum 30,32 (95%CI: 29,16-31,48)

5.6 untuk kelompok A (6 kali bimbingan pada karu). tabel 5.7 untuk kelompok B (3 kali bimbingan pada karu) dan tabel 5.8 untuk kelompok C (Tanpa bimbingan pada karu).

Tabel 5.6
Rata-rata Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Menurut Komponen Kinerja Pada Kelompok A di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Bulan April-Mei 2008 (n=104)

Komponen Kinerja	Mean	Median	SD	Min-Max	95 % CI
Prestasi Kerja					
Sebelum	36,48	35	4,18	29-43	35,05-37,92
Sesudah	39,37	40	2,85	33-44	38,39-40,35
Tanggung Jawab					
Sebelum	31,26	31	3,19	23-36	30,16-32,35
Sesudah	33,08	34	2,32	27-36	32,29-33,38
Ketaatan					
Sebelum	29,74	30	3,39	23-35	28,58-30,91
Sesudah	32,11	32	2,23	27-36	31,35-32,88
Kejujuran					
Sebelum	27,23	26	2,56	22-32	26,35-28,11
Sesudah	29	29	2,22	24-32	28,24-29,76
Kerjasama					
Sebelum	27,28	27	2,93	22-32	26,28-28,29
Sesudah	29	29,11	2,58	24-32	28,11-29,88
Kinerja Klp A					
Sebelum	152	150	13,43	130-174	147,39-156,61
Sesudah	162,57	161	9,92	135-178	159,16-165,98

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok A menurut komponennya sebelum dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan manajemen konflik adalah; pada aspek prestasi skor rata-rata kinerja sebelum 36,48 (95%CI: 35,05-37,92) naik sebesar 2,89 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 39,37 (95%CI: 38,39-40,35), pada aspek tanggung jawab skor rata-rata kinerja sebelum 31,26 (95%CI: 30,16-32,35)

naik sebesar 0,06 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 30,38 (95%CI: 31,55-32,21), aspek kejujuran skor rata-rata kinerja sebelum 27,71 (95%CI: 26,64-28,77) naik sebesar 1,79 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 29,5 (95%CI: 28,72-30,28), sedangkan pada aspek kerja sama skor rata-rata kinerja sebelum 27,06 (95%CI: 25,91-28,21) naik sebesar 2,00 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 29,06 (95%CI: 28,19-29,93). Total Skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok B sebelum dibimbing 155,5 (95%CI: 150,54-160,46) meningkat menjadi 164,88 (95%CI: 161,61-168,15) sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan.

Tabel 5.7

Rata-rata Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Menurut Komponen Kinerja Pada Kelompok B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Bulan April-Mei 2008 (n=104)

Komponen Kinerja	Mean	Median	SD	Min-Max	95 % CI
Prestasi Kerja					
Sebelum	38,35	38,50	3,69	29-44	37,06-39,64
Sesudah	40,53	41	2,5	35-44	39,65-41,40
Tanggung Jawab					
Sebelum	32,06	33	2,86	25-36	31,06-33,06
Sesudah	33,41	34	2,09	28-36	32,68-34,14
Ketaatan					
Sebelum	30,32	30,5	3,32	23-36	29,16-31,48
Sesudah	30,38	32	2,37	28-36	31,55-32,21
Kejujuran					
Sebelum	27,71	28	3,06	20-32	26,64-28,77
Sesudah	29,5	30	2,23	24-32	28,72-30,28
Kerjasama					
Sebelum	27,06	3,3	3,3	17-32	25,91-28,21
Sesudah	29,06	2,48	2,48	24-32	28,19-29,93
Kinerja Klp B					
Sebelum	155,5	155	14,23	116-179	150,54-160,46
Sesudah	164,88	165,5	9,38	143-179	161,61-168,15

Kinerja perawat pelaksana dilihat dari komponennya sesudah dibimbing oleh kepala ruangan pada kelompok B (3 kali bimbingan pada karu) mengalami peningkatan baik aspek prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran dan kerja sama.

Tabel 5.8
Rata-rata Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Menurut Komponen Kinerja Pada Kelompok C di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor Bulan April-Mei 2008 (n=10^d)

Komponen Kinerja	Mean	Median	SD	Min-Max	95 % CI
Prestasi Kerja					
Sebelum	34,54	35	4,24	27-44	33,12-35,96
Sesudah	36,6	37	3,59	30-44	35,36-37,84
Tanggung Jawab					
Sebelum	30,46	31	2,88	22-36	29,47-31,45
Sesudah	31,91	32	2,73	27-36	30,98-32,85
Ketaatan					
Sebelum	29,4	29	3,53	23-36	28,19-30,61
Sesudah	30,97	31	3	26-36	29,94-32,00
Kejujuran					
Sebelum	26,57	27	3,18	21-32	25,48-27,66
Sesudah	28,23	29	2,86	22-32	27,25-29,21
Kerjasama					
Sebelum	26,28	26	2,82	21-32	25,32-27,25
Sesudah	27,68	28	2,64	24-32	26,78-28,59
Kinerja Klp C					
Sebelum	147,26	150	13,65	120-179	142,57-151,95
Sesudah	155,4	160	12,99	132-179	150,94-159,86

Tabel 5.8 menunjukkan skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok C menurut komponennya sebelum dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan tanpa bimbingan manajemen konflik adalah; pada aspek prestasi skor rata-rata kinerja sebelum 34,54 (95%CI: 33,12-35,96) naik sebesar 2,06 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 36,6 (95%CI: 35,36-37,84), pada aspek

tanggung jawab skor rata-rata kinerja sebelum 30,46 (95%CI: 29,47-31,45) naik sebesar 1,45 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 33,91 (95%CI: 30,98-32,85), aspek ketaatan skor rata-rata kinerja sebelum 29,4 (95%CI: 28,19-30,61) naik sebesar 1,57 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 30,97 (95%CI: 29,94-32,00), aspek kejujuran skor rata-rata kinerja sebelum 26,57 (95%CI: 25,48-27,66) naik sebesar 1,66 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 28,23 (95%CI: 27,25-29,21), sedangkan pada aspek kerja sama skor rata-rata kinerja sebelum 26,28 (95%CI: 25,32-27,25) naik sebesar 1,40 sesudah dibimbing oleh kepala ruangan menjadi 27,68 (95%CI: 26,78-28,59).

Berdasarkan tabel 5.8 juga dapat dilihat total Skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok B sebelum dibimbing 155,5 (95%CI: 150,54-160,46) meningkat menjadi 164,88 (95%CI: 161,61-168,15) sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan.

Kinerja perawat pelaksana dilihat dari komponennya sesudah dibimbing oleh kepala ruangan pada kelompok C (tanpa bimbingan pada karu) juga mengalami peningkatan baik aspek prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran dan kerja sama.

3. Perbedaan Peningkatan Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Kepala Ruangan Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan

Analisis untuk melihat adanya perbedaan kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan pada tiap kelompok perawat pelaksana yang dibagi berdasarkan pengelompokan

frekuensi bimbingan pada kepala ruangan setelah pelatihan dimana kelompok A (6 kali bimbingan), kelompok B (3 kali bimbingan) dan kelompok C (tanpa bimbingan). Perbedaan kinerja perawat pelaksana juga dianalisis menurut komponen kinerja pada tiga kelompok bimbingan tersebut. Untuk analisis perbedaan kinerja perawat pelaksana menurut komponennya pada kelompok A dapat dilihat pada tabel 5.9, analisis perbedaan kinerja perawat pelaksana menurut komponennya pada kelompok B dapat dilihat pada tabel 5.10, sedangkan untuk kelompok C dapat dilihat pada tabel 5.11. Hasil analisis kinerja pada masing-masing kelompok dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.9

Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Menurut Komponen Kinerja Pada Kelompok A di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Bulan April-Mei 2008

Komponen Kinerja	Mean	SD	N	df	t	pValue
Prestasi Kerja			35	34	4,107	0,0005
Sebelum	36,48	4,18				
Sesudah	39,37	2,85				
Selisih	2,88	4,1				
Tanggung Jawab			35	34	4,322	0,0005
Sebelum	31,26	3,19				
Sesudah	33,08	2,32				
Selisih	1,83	2,50				
Ketaatan			35	34	4,410	0,0005
Sebelum	29,74	3,39				
Sesudah	32,11	2,23				
Selisih	2,37	3,18				
Kejujuran			35	34	5,161	0,0005
Sebelum	27,23	2,56				
Sesudah	29	2,22				
Selisih	1,77	2,03				
Kerjasama			35	34	5,418	0,0005
Sebelum	27,28	2,93				
Sesudah	29	2,58				
Selisih	1,71	1,87				

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa skor rata-rata aspek prestasi kerja perawat pelaksana pada kelompok A meningkat sebesar 2,88 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, skor rata-rata aspek tanggung jawab mengalami peningkatan sebesar 1,83 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, skor rata-rata aspek ketaatan mengalami peningkatan sebesar 2,37 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, skor rata-rata aspek kejujuran juga mengalami peningkatan sebesar 1,77 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, begitu juga dengan skor rata-rata aspek kerjasama yang mengalami peningkatan sebesar 1,71. Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan pada seluruh komponen kinerja perawat pelaksana pada kelompok A yang bermakna antara sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan (p Value : 0,0005, α : 0.05).

Hasil analisis menunjukkan bahwa semua komponen kinerja pada kelompok A mengalami peningkatan sesudah kepala ruangan mendapatkan pelatihan dan bimbingan kemudian menerapkan bimbingan manajemen konflik pada perawat pelaksana terkait dengan kinerjanya.

Berdasarkan tabel 5.10 skor rata-rata aspek prestasi kerja perawat pelaksana pada kelompok B meningkat sebesar 2,18 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, skor rata-rata aspek tanggung jawab mengalami peningkatan sebesar 1,35 sesudah perawat pelaksana

dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan. skor rata-rata aspek ketaatan mengalami peningkatan sebesar 2,06 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, skor rata-rata aspek kejujuran juga mengalami peningkatan sebesar 1,79 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, begitu juga dengan skor rata-rata aspek kerjasama yang mengalami peningkatan sebesar 2,00.

Tabel 5.10

Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Menurut Komponen Kinerja Pada Kelompok B di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Bulan April-Mei 2008

Komponen Kinerja	Mean	SD	N	df	t	pValue
Prestasi Kerja			34	33	3,403	0,002
Sebelum	38,35	3,69				
Sesudah	40,53	2,5				
Selisih	2,18	3,73				
Tanggung Jawab			34	33	2,801	0,008
Sebelum	32,06	2,86				
Sesudah	33,41	2,09				
Selisih	1,35	2,82				
Ketaatan			34	33	3,752	0,001
Sebelum	30,32	3,32				
Sesudah	30,38	2,37				
Selisih	2,06	3,19				
Kejujuran			34	33	4,320	0,0005
Sebelum	27,71	3,06				
Sesudah	29,5	2,23				
Selisih	1,79	2,42				
Kerjasama			34	33	3,817	0,001
Sebelum	27,06	3,3				
Sesudah	29,06	2,48				
Selisih	2,00	3,05				

Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan pada seluruh komponen kinerja perawat pelaksana pada kelompok B yang bermakna antara

sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Dari hasil analisis diatas, menunjukkan bahwa semua komponen kinerja pada kelompok B mengalami peningkatan sesudah kepala ruangan mendapatkan pelatihan dan bimbingan kemudian menerapkan bimbingan manajemen konflik pada perawat pelaksana terkait dengan kinerjanya.

Tabel 5.11

Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Menurut Komponen Kinerja Pada Kelompok C di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit
Marzoeki Mahdi Bogor Bulan April-Mei 2008

Komponen Kinerja	Mean	SD	N	df	t	pValue
Prestasi Kerja			35	34	3,613	0,001
Sebelum	34,54	4,24				
Sesudah	36,6	3,59				
Selisih	2,06	3,37				
Tanggung Jawab			35	34	3,227	0,003
Sebelum	30,46	2,88				
Sesudah	31,91	2,73				
Selisih	1,46	2,67				
Ketaatan			35	34	3,283	0,002
Sebelum	29,4	3,53				
Sesudah	30,97	3,00				
Selisih	1,57	2,83				
Kejujuran			35	34	4,438	0,0005
Sebelum	26,57	3,18				
Sesudah	28,23	2,86				
Selisih	1,66	2,21				
Kerjasama			35	34	4,166	0,0005
Sebelum	26,28	2,82				
Sesudah	27,68	2,64				
Selisih	1,40	1,99				

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa skor rata-rata aspek prestasi kerja perawat pelaksana pada kelompok C meningkat sebesar 2,06 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, skor rata-rata aspek

tanggung jawab mengalami peningkatan sebesar 1,46 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan. skor rata-rata aspek ketaatan mengalami peningkatan sebesar 1,57 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, skor rata-rata aspek kejujuran juga mengalami peningkatan sebesar 1,66 sesudah perawat pelaksana dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, begitu juga dengan skor rata-rata aspek kerjasama yang mengalami peningkatan sebesar 1,40. Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan pada seluruh komponen kinerja perawat pelaksana pada kelompok A yang bermakna antara sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan ($p \text{ Value} \leq 0.05$).

Hasil analisis menunjukkan bahwa semua komponen kinerja pada kelompok B mengalami peningkatan sesudah kepala ruangan mendapatkan pelatihan walaupun tanpa bimbingan dan dengan mandiri menerapkan bimbingan manajemen konflik pada perawat pelaksana terkait dengan kinerja.

Tabel 5.12
 Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Dibimbing
 Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Menurut Kelompok
 di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi
 Bogor Bulan April-Mei 2008

No	Kinerja Perawat Pelaksana	Mean	SD	N	df	t	pValue
1	Kelompok A			35	34	5,71	0,0005
	• Sebelum	152	13,43				
	• Sesudah	162,57	9,92				
	• Selisih	10,57	10,94				
2	Kelompok B			34	33	4,56	0,001
	• Sebelum	155,5	14,23				
	• Sesudah	164,88	9,38				
	• Selisih	9,38	12,00				
3	Kelompok C			35	34	5,39	0,0005
	• Sebelum	147,26	13,65				
	• Sesudah	155,4	12,99				
	• Selisih	8,14	8,93				

Tabel 5.12 menunjukkan skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok A sebelum dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan adalah 152 sedangkan skor rata-rata kinerja sesudah dibimbing oleh kepala ruangan meningkat sebesar 10,57 menjadi 162,57. Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kinerja perawat pelaksana pada kelompok A yang bermakna antara sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan (p Value : 0,0005, α : 0.05).

Berdasarkan tabel 5.12 juga dapat dilihat skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok B sebelum dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan adalah 155,5 sedangkan skor rata-rata kinerja perawat pelaksana sesudah dibimbing meningkat sebesar 9,38 menjadi 164,88. Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kinerja yang bermakna pada kelompok B antara sebelum dan sesudah kepala ruangan mendapatkan pelatihan dan bimbingan (p Value : 0,0005, α : 0.005).

Sementara untuk skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok C pada tabel 5.12 sebelum dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan 147,26 sedangkan skor rata-rata kinerja sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan meningkat sebesar 8,14 menjadi 155,4. Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kinerja perawat pelaksana yang bermakna pada kelompok C antara sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan (p Value : 0,001, α : 0.05).

Dari hasil analisis diatas, setelah pelatihan dan bimbingan terjadi peningkatan rata-rata kinerja perawat pelaksana pada tiga kelompok perawat pelaksana baik yang kepala ruangnya dibimbing 6 kali, 3 kali maupun tanpa bimbingan.

4. Perbedaan Kinerja Perawat pelaksana Sesudah Pelatihan Antar Kelompok Bimbingan

Untuk melihat apakah ada peningkatan kinerja prawat pelaksana sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan yang berbeda pada ketiga kelompok dilakukan uji Anova. Hasil analisisnya dapat dilihat pada tabel 5.13 untuk analisis kinerja perawat pelaksana menurut komponen kinerja sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang telah mendapatkan pelatihan dan bimbingan berikut dan tabel 5.14 untuk analisis kinerja perawat pelaksana secara keseluruhan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan.

Tabel 5.13

Analisis Kinerja Perawat Pelaksana Menurut Komponen Kinerja Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan Dan Bimbingan Dengan Kelompok Bimbingan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Bulan April-Mei 2008

No	Kinerja Perawat Pelaksana	Kelompok	Mean	SD	N	F	pValue
1.	Prestasi Kerja	A	39,37	40	35	15,455	0,0005
		B	40,53	41	34		
		C	36,6	37	35		
2.	Tanggung Jawab	A	33,08	34	35	3,749	0,027
		B	33,41	34	34		
		C	31,91	32	35		
3.	Ketaatan	A	32,11	32	35	2,972	0,056
		B	30,38	32	34		
		C	30,97	31	35		
4.	Kejujuran	A	29	29	35	2,346	0,101
		B	29,5	30	34		
		C	28,23	29	35		
5.	Kerjasama	A	29	29,11	35	3,175	0,046
		B	29,06	29	34		
		C	27,68	28	35		

Berdasarkan tabel 5.13 diatas, skor rata-rata prestasi kerja perawat pelaksana pada kelompok A (6 kali bimbingan pada kepala ruangan) 39,37. skor rata-rata prestasi kerja perawat pelaksana pada kelompok B (3 kali bimbingan pada kepala ruangan) 40,53, sedangkan rata-rata prestasi kerja perawat pelaksana pada kelompok C (tanpa bimbingan) 36,6. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara prestasi kerja perawat pelaksana dengan kelompok bimbingan (p Value: 0,0005, α : 0.005).

Pada tabel 5.13 juga dilihat bahwa pada aspek tanggung jawab, skor rata-ratanya pada kelompok A 33,08, pada kelompok B 33,41, sedangkan pada kelompok C 31,91. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara aspek tanggung jawab perawat pelaksana dengan kelompok bimbingan (p Value: 0,027, α : 0.005).

Tabel 5.13 juga dapat dilihat bahwa pada aspek ketaatan, skor rata-ratanya pada kelompok A 33,11, pada kelompok B 30,38, sedangkan pada kelompok C 30,97. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara aspek tanggung jawab perawat pelaksana dengan kelompok bimbingan (p Value: 0,056, α : 0.005).

Pada aspek kejujuran, tabel 5.13 menunjukkan skor rata-ratanya pada kelompok A 29, pada kelompok B 29,5, sedangkan pada kelompok C 28,23. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara aspek kejujuran perawat pelaksana dengan kelompok bimbingan (p Value: 0,101, α : 0.005).

Berdasarkan tabel 5.13, skor rata-rata aspek kerjasama pada kelompok A 29, pada kelompok B 29,06, sedangkan pada kelompok C 27,68. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara aspek kerjasama perawat pelaksana dengan kelompok bimbingan (p Value: 0,046, α : 0.005).

Hasil analisis diatas menunjukkan bahwa pada komponen kinerja terdapat aspek ketaatan dan kejujuran pada perawat pelaksana yang tidak berbeda secara bermakna antara kelompok bimbingan sedangkan untuk aspek prestasi kerja, tanggung jawab dan kerjasama pada perawat pelaksana berbeda secara bermakna antara kelompok bimbingan dimana kelompok A (6 kali bimbingan) dan Kelompok B (3 kali bimbingan) mempunyai rata-rata nilai yang lebih tinggi dari kelompok C (tanpa bimbingan).

Tabel 5.14

Analisis Kinerja Perawat Pelaksana Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan Dan Bimbingan Dengan Kelompok Bimbingan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Bulan April-Mei 2008

No	Kinerja Perawat Pelaksana	Mean	SD	N	F	pValue
1	Kelompok A	162,57	9,92	35	7,14	0,001
2	Kelompok B	164,88	9,38	34		
3	Kelompok C	155,4	12,99	35		

Berdasarkan tabel 5.14 diatas, skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok A (6 kali bimbingan pada kepala ruangan) 162,57, skor rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok B (3 kali bimbingan pada kepala ruangan) 164,88,

sedangkan rata-rata kinerja perawat pelaksana pada kelompok C (tanpa bimbingan) 155,4. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana dengan kelompok bimbingan (p Value : 0.002, α : 0.005). Kelompok A (6 kali bimbingan pada kepala ruangan) berbeda secara bermakna dengan kelompok C (tanpa bimbingan pada kepala ruangan) begitu juga dengan kelompok B (3 kali bimbingan pada kepala ruangan) berbeda secara bermakna dengan kelompok C (tanpa bimbingan pada kepala ruangan) sementara Kelompok A (6 kali bimbingan pada kepala ruangan) tidak berbeda secara bermakna dengan kelompok C (3 kali bimbingan pada kepala ruangan).

Dari analisis tersebut, dapat disimpulkan bahwa bimbingan pada kepala ruangan setelah pelatihan mempengaruhi kinerja perawat pelaksana, dimana dengan frekuensi bimbingan minimal 3 kali sudah dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana karena secara statistik dari hasil analisa tidak ada perbedaan kinerja yang bermakna antara kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya dibimbing 6 kali dengan yang dibimbing 3 kali.

5. Pengaruh Karakteristik Perawat Pelaksana dengan Kinerja Sesudah Pelatihan dan Bimbingan Pada Kepala Ruangan

Karakteristik perawat pelaksana sebagai variabel *confounding* yang akan dianalisa pengaruhnya dengan kinerja perawat pelaksana sesudah pelatihan dan bimbingan pada kepala ruangan adalah jenis kelamin, status perkawinan, usia, lama kerja dan tingkat pendidikan. Untuk jenis kelamin dan status pernikahan dapat dilihat pada

tabel 5.15, umur dan lama kerja pada tabel 5.16 dan tingkat pendidikan pada tabel 5.17.

Tabel 5.15

Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Setelah Dibimbing Kepala Ruang Yang Mendapatkan Pelatihan Dan Bimbingan Dengan Jenis Kelamin dan Status Pernikahan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor Tahun 2008

No	Variabel	Mean	SD	N	df	t	pValue
1	Jenis Kelamin				102	0,38	0,705
	• Laki-laki	161,39	10,78	46			
	• Perempuan	160,53	12,16	58			
2	Status Pernikahan				102	2,50	0,014
	• Belum Menikah	164,41	10,74	39			
	• Menikah	158,82	11,55	65			

Berdasarkan tabel 5.15 skor rata-rata kinerja perawat pelaksana laki-laki 161,39 sedangkan skor rata-rata kinerja perawat pelaksana perempuan 160,53. Hasil uji statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana laki-laki dan perempuan (p Value : 0,658, α : 0.005) sehingga dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana setelah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan.

Pada tabel 5.15 juga menunjukkan skor rata-rata kinerja perawat pelaksana yang belum menikah 164,41 dan skor rata-rata kinerja perawat pelaksana yang telah menikah 158,82. Hasil uji statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana yang belum menikah dengan yang

sudah menikah (p Value : 0,012, α : 0.005) dimana perawat pelaksana yang belum menikah mempunyai skor rata-rata kinerja lebih tinggi dengan selisih nilai rata-rata kinerjanya sebesar 5,59 sehingga dapat disimpulkan bahwa status perkawinan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan. Perawat yang belum menikah mempunyai kinerja yang lebih baik daripada perawat yang telah menikah.

Tabel 5.16

Analisis Hubungan Kinerja Perawat Pelaksana Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan Dan Bimbingan Dengan Umur dan Lama Kerja di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor Tahun 2008

No	Variabel	<i>Pearson Product Moment (r)</i>	pValue
1	Usia	-0,098	0,323
2	Lama Kerja	-0,035	0,724

Tabel 5.16 menunjukkan bahwa dari hasil analisis umur dan lama kerja tidak berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana ($r=0,00-0,25$) dengan arah hubungan negatif yang artinya semakin bertambah umur dan lama kerja perawat, maka semakin menurun kinerjanya. Pada hasil uji statistik juga tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara umur dan lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana (p Value > 0,05).

Berdasarkan tabel 5.17 menunjukkan bahwa skor rata-rata kinerja perawat pelaksana yang mempunyai pendidikan SPK 155,20, skor rata-rata kinerja perawat pelaksana yang mempunyai pendidikan DIII 161,51 dan skor rata-rata kinerja perawat pelaksana yang mempunyai pendidikan SI 155,40. Hasil uji statistik lebih lanjut

menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana yang berpendidikan SPK, DIII dan SI (p Value : 0.658, α : 0.005).

Tabel 5.17

Analisis Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Setelah Kepala Ruangan Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan Dengan Tingkat Pendidikan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor April-Mei 2008

No	Pendidikan	Mean	SD	N	F	pValue
1	SPK	155,20	8,53	5	1,321	0,271
2	DIII	161,51	11,78	94		
3	SI	155,40	5,73	5		

Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana sesudah kepala ruangan mendapatkan pelatihan dan bimbingan walaupun skor rata-rata kinerja perawat yang berpendidikan DIII lebih tinggi dari yang lainnya karena mayoritas perawat di Rumah Sakit ini adalah DIII keperawatan.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian dengan hasil penelitian sebelumnya disertai dengan studi kepustakaan yang mendasarinya. Pembahasan meliputi hasil penelitian tentang kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah dibimbing kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan, perbedaan kinerja perawat pelaksana berdasarkan kelompok bimbingan pada kepala ruangan, serta hubungan karakteristik individu terhadap kinerja perawat pelaksana. Bab ini juga membahas tentang keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian terhadap pelayanan keperawatan.

A. Kinerja Perawat Pelaksana

Dalam penelitian ini, kepala ruangan pada 18 ruang rawat inap diberikan pelatihan tentang manajemen konflik kemudian dilanjutkan dengan bimbingan terkait manajemen konflik yang terbagi dalam tiga kelompok. Kelompok pertama (A) diberikan bimbingan 6 kali, kelompok kedua (B) diberikan bimbingan 3 kali dan kelompok ketiga (C) tidak diberikan bimbingan. Kelompok kepala ruangan tersebut kemudian memberikan bimbingan pada perawat pelaksana terkait dengan kinerjanya melalui manajemen konflik. Dampak dari penelitian ini diukur dengan penilaian kinerja oleh perawat pelaksana dengan metode *self appraisal*.

1. Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum Dan Sesudah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan Dan Bimbingan

Hasil penelitian menunjukkan ada peningkatan kinerja perawat pelaksana secara bermakna sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan. Peningkatan terjadi baik pada kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya setelah pelatihan dibimbing 6 kali, kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya dibimbing 3 kali dan kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya hanya mendapatkan pelatihan tanpa bimbingan. Selisih peningkatan rata-rata kinerja pada kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya dibimbing 6 kali adalah 10,57, selisih peningkatan rata-rata kinerja perawat pelaksana yang kepala ruangnya dibimbing 3 kali adalah 9,38 sedangkan pada kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya hanya mengikuti pelatihan saja selisih peningkatan rata-rata kinerjanya sebesar 8,14. Rata-rata kinerja perawat pelaksana tertinggi adalah pada kelompok yang kepala ruangnya dibimbing 3 kali.

Kinerja adalah penampilan hasil kerja personil baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi (Ilyas, 2002). Menurut Gibson, et al., (1996) konflik fungsional berdampak pada peningkatan kinerja individu dan pada akhirnya meningkatkan produktivitas organisasi. Peran manajer keperawatan adalah menciptakan lingkungan dimana konflik bisa digunakan sebagai saluran terjadi pertumbuhan, inovasi dan produktivitas (Marquis & Huston, 2006).

Menurut Handoko (2000) pelatihan merupakan suatu sarana untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan. Dalam pelatihan diciptakan suatu lingkungan dimana karyawan dapat memperoleh atau mempelajari sikap, kemampuan, keahlian, pengetahuan dan perilaku yang spesifik berkaitan dengan pekerjaan dimana tujuan akhir dari setiap pelatihan adalah bahwa belajar yang terjadi selama pelatihan ditransfer kembali dalam pekerjaan (Simamora, 2001). Untuk itu kepala ruangan sebagai manajer keperawatan harus terus berupaya untuk meningkatkan kemampuannya dalam mengelola konflik baik secara formal maupun informal dengan mengikuti berbagai seminar atau pelatihan sesuai dengan tujuan manajemen konflik menurut Walton, (1987); Owens (1991) yaitu mencapai kinerja yang optimal dengan cara memelihara konflik tetap fungsional dan meminimalkan konflik yang merugikan.

Pelatihan yang diberikan pada penelitian ini, adalah kepada kepala ruangan dengan pertimbangan bahwa kepala ruangan merupakan manajer sekaligus *leader* di ruangan yang harus mempunyai kompetensi untuk melakukan manajemen konflik sehingga dapat menciptakan iklim kerja yang kondusif bagi staff. Suatu studi oleh Kramer dan Schmalenberg di AS sejak tahun 1985 s.d 2001 melaporkan bahwa memiliki perawat manajer merupakan suatu hal yang sangat penting untuk menciptakan kepercayaan di tempat kerja (RNAO, 2006, *Healthy Work Enviroments Best Practice Guidenlines; Developing and Sustaining Nursing Leadership*, ¶ 7, http://www.rnao.Org/storage/16/1067/BPG_Sustain_Leadership.pdf. Diperoleh tanggal 16 Juni 2008). Sesudah pelatihan, diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan dan terjadi perubahan sikap pada kepala ruangan. Hasil pre test pada uji

kognitif menunjukkan bahwa nilai rata-rata kepala ruangan adalah 67,34 dan meningkat menjadi 86,64 pada saat post test. Hasil *self assesment* untuk menilai kemampuan manajemen konflik kepala ruangan juga menunjukkan adanya peningkatan dari 88,06 sebelum pelatihan dan bimbingan menjadi 93,90 sesudah pelatihan dan bimbingan. Hal ini menunjukkan bahwa kepala ruangan di ruang rawat inap RSMM Bogor telah berupaya untuk mengembangkan pengetahuan dan kemampuan mengelola konflik dengan baik di ruangan sehingga memberikan dampak yang positif terhadap kinerja staffnya yaitu perawat pelaksana.

Terkait dengan unsur atau aspek dalam penilaian kinerja, hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan kinerja perawat pelaksana terjadi karena adanya peningkatan pada seluruh aspek penilaiannya yang meliputi prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran dan kerja sama setelah dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan.

a. Kinerja Perawat Pelaksana Berdasarkan Aspek Prestasi

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata aspek prestasi kerja perawat pelaksana mengalami peningkatan yang bermakna sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang telah dilatih dan dibimbing pada ketiga kelompok tersebut. Kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya setelah pelatihan dibimbing 6 kali mengalami peningkatan sebesar 2,88, kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya setelah pelatihan dibimbing 3 kali mengalami peningkatan sebesar 2,18 sedangkan kelompok perawat pelaksana yang kepala

ruangannya hanya mendapatkan pelatihan tanpa bimbingan mengalami peningkatan sebesar 2,06.

Prestasi kerja, merupakan hasil pelaksanaan pekerjaan yang dicapai oleh seorang personel dalam melaksanakan tugas yang dibebankan kepadanya (Ilyas, 2002). Prestasi kerja perawat pelaksana sangat ditentukan oleh kemampuan kognitif maupun keterampilan dalam menyelesaikan pekerjaannya. Jika seorang perawat terus berupaya untuk berprestasi dalam pekerjaannya maka secara otomatis akan meningkatkan kinerjanya. Dikatakan berprestasi bukan berarti ditentukan oleh piagam atau sertifikat tetapi bagaimana perawat itu dapat menghargai pekerjaannya dan berusaha untuk menyelesaikan tugasnya dengan baik dan semaksimal mungkin sehingga dapat memberikan suatu kepuasan yang diartikan sebagai prestasi kerja. Prestasi kerja perawat pelaksana pada semua ruangan di RSMM mengalami peningkatan setelah kepala ruangannya mendapatkan pelatihan walaupun dengan frekuensi bimbingan yang berbeda, hal ini menunjukkan bahwa ada peningkatan kemampuan manajemen konflik dari kepala ruangan sehingga dapat meningkatkan prestasi kerja perawat pelaksana.

b. Kinerja Perawat Pelaksana Berdasarkan Aspek Tanggung Jawab

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata aspek tanggung jawab perawat pelaksana mengalami peningkatan yang bermakna sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang telah dilatih dan dibimbing pada ketiga kelompok tersebut. Kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangannya setelah pelatihan dibimbing 6 kali mengalami peningkatan sebesar 1,83, kelompok perawat

pelaksana yang kepala ruangnya setelah pelatihan dibimbing 3 kali mengalami peningkatan sebesar 1,35 sedangkan kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya hanya mendapatkan pelatihan tanpa bimbingan mengalami peningkatan sebesar 1,46.

Tanggung jawab merupakan kesanggupan seorang personel dalam menyelesaikan pekerjaan yang diserahkan kepadanya dengan baik, tepat waktu, serta berani mengambil resiko untuk keputusan yang dibuat atau tindakan yang dilakukan (Ilyas, 2002). Tanggung jawab merupakan bentuk kesadaran tentang arti pentingnya sebuah pekerjaan atau tugas yang dibebankan. Perawat pelaksana merupakan orang yang paling sering berinteraksi dengan pasien. Rasa tanggung jawab terhadap pekerjaan merupakan hal penting yang harus dimiliki oleh perawat mengingat bahwa yang menjadi klien kita adalah manusia dengan keterbatasan kesehatan dimana memerlukan perhatian yang lebih. Pasien akan mendapatkan perawatan yang baik jika perawat yang memberikan asuhan keperawatan mempunyai rasa tanggung jawab yang baik, dengan rasa tanggung jawab tersebut perawat akan berusaha untuk meningkatkan kinerjanya.

c. Kinerja Perawat Pelaksana Berdasarkan Aspek Ketaatan

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata aspek ketaatan perawat pelaksana mengalami peningkatan yang bermakna sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang telah dilatih dan dibimbing pada ketiga kelompok tersebut. Kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya setelah pelatihan dibimbing 6 kali mengalami peningkatan sebesar 2,37, kelompok perawat

pelaksana yang kepala ruangnya setelah pelatihan dibimbing 3 kali mengalami peningkatan sebesar 2,06 sedangkan kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya hanya mendapatkan pelatihan tanpa bimbingan mengalami peningkatan sebesar 1,57.

Ketaatan merupakan kesanggupan seorang personel untuk mentaati segala peraturan kedinasan yang berlaku, dan mentaati perintah dinas yang diberikan atasan yang berwenang, serta sanggup tidak melanggar larangan yang ditentukan (Ilyas, 2002). Ketaatan atau kedisiplinan merupakan hal penting yang sering diabaikan perawat sehingga dapat menimbulkan konflik baik dengan rekan kerja maupun dengan atasan. Hasil diskusi dengan kepala ruangan pada saat pelatihan, rata-rata konflik yang terjadi di ruangan dipicu oleh adanya ketidakdisiplinan oleh perawat dalam bekerja seperti datang dinas terlambat atau pulang dinas sebelum waktunya. Keterlambatan waktu datang pada saat dinas dapat mengganggu pekerjaan, dimana waktu operan menjadi molor dan membuat teman sekerja menjadi marah. Ketaatan merupakan aspek kinerja yang penting, jika seorang perawat malas dan tidak mau tunduk pada aturan maka kinerjanya juga akan menurun. Untuk itu perawat harus berusaha untuk mendisiplinkan diri sehingga semua pekerjaan yang telah direncanakan dapat berjalan dengan baik sehingga pencapaian kinerja menjadi optimal.

d. Kinerja Perawat Pelaksana Berdasarkan Aspek Kejujuran

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata aspek ketaatan perawat pelaksana mengalami peningkatan yang bermakna sebelum dan sesudah dibimbing oleh

kepala ruangan yang telah dilatih dan dibimbing pada ketiga kelompok tersebut. Kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya setelah pelatihan dibimbing 6 kali mengalami peningkatan sebesar 1,77, kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya setelah pelatihan dibimbing 3 kali mengalami peningkatan sebesar 1,79 sedangkan kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya hanya mendapatkan pelatihan tanpa bimbingan mengalami peningkatan sebesar 1,66.

Kejujuran merupakan sikap mental yang keluar dari dalam diri manusia itu sendiri. Ia merupakan ketulusan hati dalam melaksanakan tugas dan mampu untuk menyalahgunakan wewenang dan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Ilyas, 2002). Kejujuran merupakan salah satu aspek kinerja yang mencerminkan sikap moral dari perawat. Kejujuran hati menciptakan ketulusan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Perawat yang tidak jujur dalam bekerja memberikan kerugian baik pada organisasi maupun pasien yang dirawat. Untuk itu kejujuran merupakan hal penting dalam meningkatkan kinerja.

e. Kinerja Perawat Pelaksana Berdasarkan Aspek Kerjasama

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata aspek kerjasama perawat pelaksana mengalami peningkatan yang bermakna sebelum dan sesudah dibimbing oleh kepala ruangan yang telah dilatih dan dibimbing pada ketiga kelompok tersebut. Kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya setelah pelatihan dibimbing 6 kali mengalami peningkatan sebesar 1,71, kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya setelah pelatihan dibimbing 3 kali mengalami

peningkatan sebesar 2,00 sedangkan kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya hanya mendapatkan pelatihan tanpa bimbingan mengalami peningkatan sebesar 1,40.

Kerjasama merupakan kesediaan karyawan berpartisipasi dan bekerja sama dengan karyawan lainnya secara vertikal atau horizontal di dalam maupun di luar pekerjaan sehingga hasil pekerjaan akan semakin baik (Hasibuan, 2003). Rumah Sakit merupakan tempat dimana berkumpul orang-orang dari berbagai profesi dengan latar belakang yang berbeda. Kelancaran sebuah pekerjaan tergantung dari bagaimana sikap seseorang dalam bekerja sama. Kemampuan bekerjasama sangat penting bagi perawat, kemampuan ini tidak hanya digunakan untuk bekerja sama dengan rekan atau profesi lain tetapi juga dengan pasien dan keluarganya. Jika perawat tidak mau atau tidak mampu bekerjasama dapat mengakibatkan konflik atau bisa jadi itu merupakan suatu tanda adanya konflik, hal ini dapat menurunkan kinerja. Untuk itu kemampuan bekerjasama juga merupakan hal yang penting dalam meningkatkan kinerja.

Peningkatan kinerja perawat pelaksana baik secara keseluruhan maupun menurut komponennya pada tiga kelompok bimbingan tersebut menunjukkan bahwa dengan pelatihan manajemen konflik pada kepala ruangan sudah dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana, hal ini terjadi pada kelompok perawat pelaksana dimana kepala ruangnya hanya mendapatkan pelatihan saja tanpa bimbingan. Jika setelah pelatihan kemudian ditambahkan dengan bimbingan, maka akan lebih meningkatkan kinerja perawat pelaksana, hal ini ditunjukkan oleh kinerja perawat pelaksana pada

kelompok yang kepala ruangnya dibimbing 6 kali dan dibimbing 3 kali yang lebih tinggi dari kelompok dimana kepala ruangnya hanya mendapatkan pelatihan tanpa bimbingan, kemudian menerapkan bimbingan manajemen konflik terkait kinerja pada perawat pelaksana.

2. Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana Antar kelompok bimbingan

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana dengan kelompok bimbingan. Kinerja kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya dibimbing 6 kali berbeda secara bermakna dengan kinerja kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya tanpa bimbingan begitu juga dengan kinerja kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya dibimbing 3 kali berbeda secara bermakna dengan kinerja kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya tanpa bimbingan, sementara kinerja kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya mendapatkan 6 kali bimbingan tidak berbeda secara bermakna dengan kinerja kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya dibimbing 3 kali.

Coaching merupakan suatu proses interaktif yang proses tersebut melalui manajer dan supervisor yang bermaksud untuk menyelesaikan persoalan kinerja atau mengembangkan kemampuan orangnya (Wibowo, 2007). Penelitian menunjukkan bahwa pelatihan saja 22,4% meningkatkan motivasi, komitmen dan kinerja, jika dikombinasikan dengan bimbingan (*coaching*) produktifitas akan meningkat lebih dari 80 % (*Coaching Skills For Healthcare Managers*, 2007, ¶ 1, http://www.talkinglife.co.uk/html/seminars_coaching_hypnosis.html. Diperoleh

tanggal 16 Juni 2008). Semua karyawan menginginkan keterampilannya meningkat, tapi cara yang mereka inginkan ternyata *face-to-face coaching* di tempat kerja. 88 % jawaban perawat pelaksana yang diteliti menyakini bahwa seorang mentor atau *coacher* di tempat kerja merupakan hal yang penting untuk kemajuan karirnya (CCL, *Emerging Leader Research Survey Summary Report*, 2003 dalam Ubaydillah, AN, 2006).

Lebih lanjut hasil penelitian oleh Kushnir, Ehrenfeld, dan Shalish menunjukkan bahwa *coaching* (bimbingan) memberikan kontribusi yang penting dalam memfasilitasi perawat terutama perawat yang baru lulus untuk menjadi pekerja yang lebih profesional dan dapat menjadi suatu proses pengembangan staff. (Kushnir, Ehrenfeld, Shalish, 2007, *The effects of a coaching project in nursing on the coaches' training motivation, training outcomes, and job performance: An experimental study*, ¶ 1, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17296202>. Diperoleh tanggal 16 Juni 2008).

Setelah pelatihan, kepala ruangan yang mendapatkan bimbingan juga melakukan bimbingan kepada perawat pelaksana untuk meningkatkan kinerjanya, dengan memahami konflik serta bagaimana cara mengelolanya, kepala ruangan mengevaluasi penampilan dari perawat pelaksana sehingga bisa lebih dini mengidentifikasi apabila ada konflik yang terjadi di ruangan. Jika semua permasalahan di ruangan dapat dibicarakan dan di selesaikan dengan kepala dingin, maka akan menciptakan iklim kerja yang kondusif untuk menampilkan kinerja yang terbaik.

Kinerja perawat pelaksana yang dibimbing oleh kepala ruangnya yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan baik itu 6 kali atau 3 kali menunjukkan hasil yang lebih daripada kinerja perawat pelaksana yang dibimbing kepala ruangnya yang tidak mendapatkan bimbingan. Sementara perbedaan yang tidak bermakna antara kinerja perawat pelaksana yang dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan 6 kali bimbingan (Kelompok A) dan 3 kali bimbingan (Kelompok B) disebabkan karena pada saat uji kesetaraan pada awalnya nilai atau skor kinerja pada kelompok B sudah lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok lain. Begitu juga dengan umur dan lama kerja, perawat pelaksana di kelompok yang kepala ruangnya dibimbing 3 kali (kelompok B) mempunyai rata-rata umur yang lebih tua dengan lama kerja yang lebih lama. Menurut peneliti, hal inilah yang menyebabkan tidak adanya perbedaan kinerja perawat pelaksana antara kelompok A dengan kelompok B. Hal ini tidak berarti bahwa dengan frekuensi bimbingan yang lebih banyak pada kepala ruangan kelompok A (6 kali bimbingan) tidak memberikan kemaknaan pada kinerja perawat pelaksana karena kalau ditelaah lebih jauh pada hasil analisis deskriptif, besar peningkatan yang terjadi pada kelompok A (6 kali bimbingan) lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok yang lain.

Lebih lanjut dilakukan analisa terhadap perbedaan aspek kinerja antar kelompok dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa pada komponen kinerja terdapat aspek ketaatan dan kejujuran pada perawat pelaksana yang tidak berbeda secara bermakna antara kelompok bimbingan sedangkan untuk aspek prestasi kerja, tanggung jawab dan kerjasama pada perawat pelaksana berbeda secara bermakna antara kelompok bimbingan dimana pada kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya

mendapatkan bimbingan 6 kali dan 3 kali mempunyai nilai rata-rata lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya tidak mendapatkan bimbingan.

Menurut Umar (1997); Hasibuan (2003); Ilyas (2002) unsur-unsur yang harus dinilai dalam kinerja adalah kesetiaan, prestasi kerja, kejujuran, kedisiplinan, kreativitas, kerja sama, kepemimpinan, kepribadian, prakarsa, kecakapan, dan tanggung jawab. Unsur-unsur yang dinilai tersebut hampir serupa dengan unsur-unsur penilaian DP3 yang biasa digunakan oleh pegawai negeri sipil terkait dengan perilaku kerja karyawan. Pada penelitian ini, yang dinilai hanya aspek prestasi kerja, tanggung jawab, ketaatan, kejujuran dan kerja sama. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada semua ruangan, perawat pelaksana mempunyai ketaatan dan kejujuran yang hampir sama yang berbeda adalah prestasi kerja, tanggung jawab dan kerjasama dimana kelompok perawat pelaksana yang dibimbing oleh kepala ruangan yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan lebih tinggi, hal ini menunjukkan bahwa kemampuan manajemen konflik kepala ruangan yang dibimbing lebih baik dari pada yang hanya mengikuti pelatihan saja.

3. Pengaruh Karakteristik Perawat Pelaksana Dengan Kinerja Setelah Dibimbing Kepala Ruangan Yang Mendapatkan Pelatihan dan Bimbingan

a. Pengaruh Umur Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur perawat pelaksana tidak berhubungan dengan kinerja dimana arah hubungannya negatif artinya semakin bertambah umur semakin menurun kinerjanya. Sementara itu Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (1996)

mengatakan bahwa umur mempengaruhi kinerja individu. Hal serupa juga dikemukakan oleh Siagian (2003) bahwa terdapat korelasi antara umur dan kepuasan kerja, dimana akhirnya kepuasan akan berpengaruh terhadap kinerja seseorang.

Hasil penelitian dari Panjaitan (2002), Panjaitan (2004) dan Prawoto (2007) juga menemukan bahwa umur tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian ini juga didukung oleh pendapat Robbins (2006) yang menyatakan bahwa umur bukan merupakan faktor penentu dalam menampilkan kinerja yang positif di tempat kerja, tetapi komitmen dari individu tersebut untuk melakukan yang terbaik di tempat kerja.

Perawat pelaksana di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi terdiri dari berbagai latar belakang, salah satunya adalah umur yang berbeda, mulai dari yang termuda 21 tahun sampai yang tua 52 tahun semuanya dapat menampilkan kinerja terbaiknya. Hal ini terbukti dengan adanya beberapa ruangan tertentu yang walaupun rata-rata perawatnya sudah mempunyai umur yang lebih dari 35 tahun tetapi dapat menunjukkan kinerja yang baik. Menurut peneliti, umur tidak selalu menjadi patokan bagi kinerja seseorang tetapi semangat dalam bekerja, walaupun umurnya masih muda jika seorang perawat tidak mempunyai semangat kerja maka kinerja yang ditampilkan tidak akan optimal.

b. Pengaruh Jenis Kelamin Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana sesudah pelatihan. Robbins (2006) mengatakan bahwa terdapat hanya sedikit perbedaan penting antara pria dan wanita yang mempengaruhi

kinerja mereka. Kemampuan laki-laki dan perempuan dalam memecahkan masalah, keterampilan analitis, dorongan kompetitif, motivasi, sosialibilitas dan kemampuan belajar adalah sama. Gibson, Ivancevich, dan Donelly (1996) mengemukakan bahwa masih terdapat debat soal perbedaan pria dan wanita mengenai prestasi dalam pekerjaan, absensi, dan tingkat pergantian. Begitu juga dengan hasil penelitian Panjaitan (2002) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan kinerja. Sementara hasil penelitian lain terhadap perawat pelaksana menunjukkan bahwa secara proporsional perawat pelaksana yang berjenis kelamin perempuan kinerjanya lebih baik dibandingkan dengan laki-laki (Nurhaeni, 2001 dalam Panjaitan, 2004; Prawoto, 2007).

Menurut peneliti, dengan globalisasi dan perkembangan IPTEK sekarang ini semua orang bebas untuk mendapatkan informasi dan meningkatkan pengetahuannya baik secara formal atau informal. Gender bukan merupakan penghalang untuk mencapai kesuksesan di hampir semua profesi, wanita sudah lebih pandai mempergunakan dirinya untuk kepentingan karir tanpa mengabaikan keluarga. Begitu juga dengan perawat, yang membedakan justru kompetensi dan keterampilan yang dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan bagi pasien. Perawat Pelaksana di RSMM sendiri, walaupun secara statistik lebih banyak perawat perempuannya, tetapi dalam bekerja bukan berarti perawat laki-laki tidak menunjukkan kinerja yang baik.

c. Pengaruh Status Perkawinan Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana yang belum menikah dengan yang sudah menikah sehingga dapat

disimpulkan bahwa status perkawinan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana sesudah pelatihan. Kinerja perawat pelaksana yang belum menikah lebih tinggi dibandingkan dengan kinerja perawat pelaksana yang telah menikah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Prawoto (2007) tetapi berbeda dengan penelitian Panjaitan (2004) yang menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pada kinerja perawat yang berstatus menikah dan belum menikah. Sementara itu Robbins (2006) menyatakan bahwa tidak terdapat cukup banyak penelitian untuk menarik kesimpulan tentang dampak status perkawinan terhadap produktivitas. Namun riset menunjukkan bahwa karyawan yang telah menikah mempunyai tingkat keabsenan dan pengunduran diri lebih rendah, dan lebih puas dengan pekerjaannya daripada rekan kerjanya yang tidak menikah.

Menurut peneliti, kinerja perawat yang berbeda karena status perkawinan dimana perawat yang belum menikah mempunyai kinerja yang lebih baik dari perawat yang telah menikah karena pada perawat yang telah menikah mempunyai lebih banyak stresor untuk timbulnya konflik dimana dalam rumah tangga banyak hal yang harus dipikirkan dan diselesaikan. Jika konflik dalam rumah tangganya tidak terselesaikan dengan baik, hal itu dapat mempengaruhi konsentrasi perawat tersebut dalam bekerja. Sementara itu, perawat yang belum menikah belum mempunyai tanggung jawab yang lebih pada keluarga, stresor untuk terjadi konflik lebih sedikit sehingga konsentrasi terhadap pekerjaan tidak terganggu.

d. Pengaruh Status Pendidikan Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana yang berpendidikan SPK, DIII dan S1 sehingga dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan tidak mempengaruhi kinerja perawat pelaksana.

Menurut Ilyas (2002), pendidikan merupakan gambaran kemampuan dan keterampilan individu, dan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja. Melalui pendidikan seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektualnya sehingga dapat membuat keputusan dalam bertindak, dan diasumsikan orang yang berpendidikan tinggi mempunyai tujuan, harapan, dan wawasan untuk meningkatkan prestasi kerja melalui kinerja yang optimal. Gibson et all (1996) juga mengemukakan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab. Sementara menurut Gillies (1996) bahwa perawat yang pendidikannya tinggi mempunyai kemampuan kerja yang lebih tinggi. Siagian (2000) juga menyatakan bahwa latar belakang pendidikan akan mempengaruhi kinerja, dimana individu yang berpendidikan tinggi akan menampilkan kinerja yang lebih baik. Hasil penelitian Sirait (2002) juga menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana. Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini adalah Kodri (2003 dalam Prawoto, 2006), Lumantorian (2005 dalam Prawoto, 2006) dan Panjaitan (2004) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana.

Menurut peneliti, tidak adanya perbedaan kinerja pada perawat pelaksana berdasarkan tingkat pendidikannya disebabkan karena mayoritas pendidikan perawat pelaksana di Rumah Sakit ini adalah DIII keperawatan (90,4%) sehingga faktor pendidikan tidak berpengaruh pada kinerja. Walaupun pendidikan mempengaruhi cara berpikir seseorang dalam bertindak, bukan berarti hanya orang yang berpendidikan tinggi yang dapat memberikan penampilan kinerja terbaik, masih ada aspek perilaku dan emosi dalam bekerja yang mempengaruhi individu. Sebagaimana, hasil penelitian Goleman (2000, dalam Mangkunegara, 2007) menyimpulkan bahwa : “Kecerdasan emosi (EQ) menentukan 80 persen pencapaian kinerja individu dan organisasi, sedangkan IQ (kecerdasan pikiran) hanya 20 persen saja menentukan kinerja”. Bahkan secara psikologis, orang yang memiliki kecerdasan emosi baik akan mampu menggunakan otaknya dan kecerdasan pikiran secara optimal; sebaliknya, orang yang kecerdasan emosinya buruk, tidak mampu menggunakan otak dan IQ secara optimal.

Penelitian lain yang mendukung pendapat ini, adalah hasil penelitian dari Joan Beck, bahwa IQ sudah berkembang 50 persen sebelum umur 5 tahun, 80 persen berkembangnya sebelum 8 tahun, dan hanya berkembang 20 persen sampai akhir masa remaja; sedangkan kecerdasan emosi (EQ) dapat dikembangkan tanpa batas waktu. Oleh karena itu, pimpinan dan manajer jika mengharapkan pencapaian kinerja maksimal, upaya yang paling tepat bagaimana membina diri dan membina SDM bawahan untuk memiliki kecerdasan emosional (Wahyudi, 2007). Untuk itu selain berupaya untuk meningkatkan pendidikannya, perawat juga perlu mempunyai sikap dan perilaku yang baik, perawat yang dapat menampilkan kinerja

terbaiknya adalah perawat yang mempunyai kemampuan kognitif dan penguasaan emosi yang baik sehingga lebih bijak dalam menyikapi suatu permasalahan.

e. Pengaruh Lama Kerja Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama kerja tidak berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana dengan arah hubungan negatif yang artinya semakin bertambah lama kerja perawat, maka semakin menurun kinerjanya. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana.

Masa kerja dan kepuasan saling berkaitan positif, semakin lama seorang bekerja, maka semakin terampil dan berpengalaman pula dalam melaksanakan pekerjaannya (Robbins, 2006). Pendapat ini sesuai dengan hasil penelitian Panjaitan (2002), bahwa ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian lain yang mendukung penelitian ini bahwa lama kerja tidak berhubungan dengan kinerja adalah Panjaitan (2004), Simamora (2005) dan Muharyati (2006).

Lama kerja perawat pelaksana yang bekerja di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi sangat bervariasi, yang tercepat 4 bulan dan terlama 31 tahun. Dari segi keterampilan dalam melaksanakan praktek di lapangan, perawat yang mempunyai masa kerja lebih lama tentunya lebih terampil karena pengalaman yang didapatnya lebih banyak tetapi hal ini belum menjadi jaminan bahwa kinerjanya lebih baik dari mereka yang mempunyai cukup pengalaman karena baru bekerja, yang terpenting adalah

bagaimana keinginan dan semangat dari perawat itu sendiri untuk terus belajar untuk meningkatkan kemampuannya sesuai dengan perkembangan IPTEK serta mau bekerja dengan sungguh-sungguh hal inilah yang dapat meningkatkan kinerja seorang perawat tanpa melihat umur maupun lama kerjanya. Pada Rumah Sakit Marzoeki Mahdi di beberapa ruangan tertentu berdasarkan hasil pengamatan dari peneliti, umur dan lama kerja ada yang hampir homogen dan ada juga yang heterogen sesuai dengan kebutuhan ruangan. Segi positif dari penempatan ini adalah apabila perawat bekerja dengan kelompok yang sebaya maka pendistribusian tugas dan tanggung jawab lebih merata tanpa alasan lebih tua atau lebih muda tetapi kekurangannya adalah kondisi ini dapat menimbulkan persaingan dan kesulitan untuk mendisiplinkan mereka karena alasan umur sehingga dapat memicu terjadinya konflik.

B. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dari penelitian ini adalah pada saat dilakukan uji kesetaraan, hasilnya menunjukkan bahwa umur, lama kerja dan kinerja tidak setara pada ketiga kelompok bimbingan kepala ruangan. Kelompok perawat pelaksana yang kepala ruangnya mendapatkan 3 kali bimbingan mempunyai kinerja yang lebih tinggi dengan umur dan masa kerja yang lebih lama sehingga pada akhirnya mempengaruhi kemaknaannya dengan kinerja kelompok perawat pelaksana yang mempunyai frekuensi bimbingan yang lebih banyak. Seyogyanya jika pada uji kesetaraan, terdapat hasil yang tidak homogen, sebaiknya dilakukan uji kesetaraan kembali. Pada penelitian ini, peneliti tidak melakukan kembali uji kesetaraan dan langsung melakukan penelitian.

C. Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian ini menjelaskan tentang kemanfaatan penerapan hasil penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan bagi peneliti lain yang ingin melanjutkan atau melakukan penelitian lain terkait dengan manajemen konflik.

1. Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kinerja pada perawat pelaksana sesudah dibimbing kepala ruangnya yang mendapatkan pelatihan dan bimbingan tentang manajemen konflik. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan manajemen konflik merupakan hal yang perlu dikuasai oleh kepala ruangan sehingga nantinya dapat menyelesaikan masalah dengan memilih strategi yang cocok untuk tiap permasalahan yang menciptakan kepercayaan staf terhadap dirinya. Kemampuan manajemen konflik tidak hanya dikuasai oleh kepala ruangan tetapi juga oleh perawat pelaksana melalui bimbingan dari kepala ruangan. Perawat yang mempunyai kemampuan manajemen konflik yang baik tentunya akan mengasah kecerdasan emosionalnya sehingga memberikan dampak yang baik pada kinerja.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan pelatihan saja sudah dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana. Jika ditambahkan dengan bimbingan setelah pelatihan, peningkatan kinerja yang ditunjukkan menjadi lebih tinggi. Peningkatan kinerja yang lebih tinggi terjadi pada kelompok yang kepala ruangnya mendapatkan bimbingan baik itu 6 kali maupun 3 kali. Bimbingan (*Coaching*) merupakan hal penting yang harus dikuasai oleh manajer atau

supervisor dalam melakukan pembinaan terhadap staf karena bimbingan atau *coaching* dapat meningkatkan kinerja staf serta dapat memberikan kepuasan kerja karena perilaku staf mendapatkan feed back dari atasannya. Kepala ruangan merupakan suatu aset yang penting dalam organisasi rumah sakit karena ia merupakan manajer lini tengah yang selalu berinteraksi dengan perawat pelaksana. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan manajemen dan kepemimpinan dari kepala ruangan melalui suatu pelatihan atau seminar adalah merupakan suatu hal penting dalam mengembangkan organisasi. Jika kepala ruangan mempunyai kemampuan yang baik, maka akan timbul kepercayaan dari staf terhadap dirinya sehingga lebih termotivasi untuk meningkatkan kinerjanya.

Penelitian ini juga memberikan gambaran tentang kinerja perawat pelaksana secara keseluruhan sehingga dapat menjadi masukan bagi pelayanan untuk melihat sejauh mana pencapaian kinerja stafnya. Penilaian kinerja merupakan salah satu cara untuk mengevaluasi keberhasilan dari organisasi dan juga dapat memberikan *feed back* pada perawat sejauh mana kemampuan dirinya sehingga dapat terus memperbaharui diri. Untuk itu, pelayanan keperawatan diharapkan untuk melakukan penilaian kinerja secara berkala baik menggunakan metode penilaian langsung dengan standar penilaian tertentu yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit maupun dengan penilaian sendiri (*Self Appraisal*) oleh staff.

2. Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Pendidikan Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, bahwa kemampuan dalam manajemen konflik bagi kepala ruangan dapat meningkatkan kinerja perawat

pelaksana, maka bagi pendidikan diharapkan agar calon-calon perawat sudah sejak dini diperkenalkan dengan manajemen konflik baik tidak hanya secara terstruktur dalam kurikulum yang merupakan bagian dari mata ajar tertentu tetapi akan lebih baik jika ada seminar atau pelatihan dalam periode tertentu tentang manajemen konflik bagi mahasiswa perawat, terutama pada saat baru masuk atau akan selesai kuliahnya karena manajemen konflik merupakan suatu kemampuan yang akan sangat membantu para calon perawat atau perawat baru untuk lebih dapat menempatkan dirinya dan beradaptasi dengan lingkungan baru. Manajemen konflik itu tidak hanya bagaimana kita mengelola konflik dengan orang lain tetapi juga bagaimana kita mengelola konflik dalam diri kita.

Evaluasi terhadap kinerja yang dikaitkan dengan manajemen konflik dapat diterapkan pada mahasiswa sebagai calon perawat di pendidikan sehingga perilaku kinerja yang kurang baik dapat dideteksi sejak dini dan dapat dilakukan pembinaan.

3. Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber literatur untuk penelitian selanjutnya. Beberapa hal yang dapat digunakan sebagai sumber dari penelitian ini untuk penelitian selanjutnya adalah bahwa pelatihan tentang manajemen konflik bagi kepala ruangan dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana, modul pelatihan tentang manajemen konflik yang dapat digunakan untuk penelitian lain yang terkait.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian ini, dapat ditarik beberapa simpulan yaitu :

1. 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.
2. Kinerja perawat pelaksana yang kepala ruangnya mendapatkan pelatihan dan bimbingan lebih tinggi dibandingkan dengan kinerja perawat pelaksana yang kepala ruangnya hanya mendapatkan pelatihan saja tanpa bimbingan. Kinerja perawat pelaksana pada kelompok yang kepala ruangnya mendapatkan pelatihan dan 6 kali bimbingan tidak berbeda secara makna dengan kinerja perawat pelaksana pada kelompok yang kepala ruangnya dibimbing 3 kali.
3. Karakteristik perawat yang meliputi umur, lama kerja, jenis kelamin dan tingkat pendidikan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat pelaksana. Karakteristik status perkawinan perawat pelaksana menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat pelaksana dimana perawat pelaksana yang belum menikah mempunyai kinerja yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang telah menikah.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka peneliti menyarankan kepada :

1. Pelayanan Keperawatan

a. Manajemen Keperawatan

- 1). Perlu diadakan pelatihan berkelanjutan bagi kepala ruangan dan calon kepala ruangan terkait dengan kemampuan kepemimpinan dan manajerial di ruangan khususnya fungsi pengarahan seperti supervisi, *coaching* dan *concelling*.
- 2). Pelatihan tentang manajemen konflik juga perlu diberikan pada calon kepala ruangan sehingga nantinya lebih siap dalam menghadapi permasalahan-permasalahan yang ditemukan nantinya di ruangan.
- 3). Bagi pihak rumah sakit agar menjadwalkan penilaian kinerja secara berkala sehingga dapat memberikan *feed back* dan motivasi bekerja bagi perawat.
- 4). Terkait dengan kemampuan manajemen konflik kepala ruangan perlu dilakukan evaluasi terus menerus oleh bidang keperawatan baik melalui *conselling* maupun dengan *coaching*.
- 5). Setelah melakukan pelatihan manajemen konflik pada kepala ruangan, bimbingan minimal yang diberikan adalah 3 kali.

b. Kepala Ruangan

Untuk kepala ruangan diharapkan untuk menjadi role model dan dapat menjadi mediator di ruangan ketika menghadapi konflik sehingga berdampak positif terhadap kinerja perawat pelaksana.

c. Perawat Pelaksana

Bagi perawat pelaksana untuk terus mengoptimalkan kinerja melalui pendekatan manajemen konflik yang baik sehingga dapat menciptakan iklim kerja yang kondusif.

2. Pendidikan Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka kompetensi tentang manajemen konflik perlu diasah melalui pelatihan atau seminar sejak perawat masih menjadi mahasiswa sehingga nantinya tidak hanya kecerdasan intelektual saja yang berkembang tetapi juga kecerdasan emosional sehingga nantinya lulusan perawat menjadi orang yang siap secara intelektual, moral dan emosional yang baik. Instrumen untuk mengevaluasi kinerja dikaitkan dengan kemampuan manajemen konflik dapat digunakan pada calon perawat yang masih duduk di bangku pendidikan.

3. Peneliti lebih lanjut

- a. Bagi peneliti lain untuk melakukan kembali penelitian ini dengan hasil uji kesetaraan yang homogen pada semua kelompok sehingga nantinya didapatkan hasil yang lebih baik.
- b. Penelitian ini menggunakan metode quasi eksperimental yang menguji pengaruh pelatihan manajemen konflik terhadap kinerja perawat pelaksana, untuk itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut yang menggali lebih dalam bagaimana pendapat perawat pelaksana tentang pentingnya kemampuan manajemen konflik bagi kepala ruangan dengan metode riset kualitatif.

- c. Pada penelitian ini hanya melihat bagaimana frekuensi bimbingan pada kepala ruangan mempengaruhi kinerja perawat pelaksana. Pada peneliti selanjutnya disarankan agar melakukan penelitian lanjutan tentang pengaruh dari pelatihan tentang *coaching*, *conselling* dan *team building* bagi kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana yang pengukurannya dilakukan oleh supervisor maupun dari perawat itu sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2000). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Akemat. (2002). *Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana Dengan Pola Penangan Konflik Interpersonal Di Ruang Rawat Inap RSMM Bogor*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Burns, N. & Grove, S.K. (1991). *The practice of nursing research: conduct, critiques and utilisation*. 2nd. Philadelphia: WB Saunders C.O.
- Bulleit, B. (2006). *Effectively Managing Team conflict*. http://images.globalknowledge.com/wwwimages/whitepaperpdf/WPBulleit_Conflict. Diperoleh tanggal 27 Januari 2008).
- Chaoisis, L. (2000). *Organizational Behaviour*. First edition. Australia; Prentice Hall
- Coaching Skills For Healthcare Managers* (2008). ¶ 1, http://www.talkinglife.co.uk/html/seminars_coaching_hypnosis.html. Diperoleh tanggal 16 Juni 2008.
- Ernawati. (2003). *Hubungan Pola Penyelesaian Konflik oleh Kepala Ruangan dengan Motivasi Kerja Perawat Pelaksana di RS Agung Jakarta*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Creswell, John.W. (1994). *Research design, quantitative & qualitative approaches (Desain penelitian, pendekatan kualitatif & kuantitatif)*. Sage Publications.
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management : a system approach*. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnely, J.H. (1996). *Organisasi dan Manajemen-perilaku, Struktur, Proses*. Jakarta: Erlangga.
- Hastono, S.P. (2007). *Basic Data Analysis For Health Research*. Depok: FKM-UI.
- Handoko, T.H. (2001). *Manajemen Personalia Dan Sumber Daya Manusia*. Cetakan Kedua. Yogyakarta : BPFE UGM.
- Huber, D. (2000). *Leadership and nursing care management*. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

- Hendricks, W. (2006). *Bagaimana Mengelola Konflik: petunjuk praktis untuk manajemen konflik yang efektif*. Cetakan keenam. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Hidayat A, A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Cetakan pertama. Jakarta; Salemba Medika.
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja: teori, penilaian dan penelitian*. Cetakan ketiga. Depok; Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Juanita, SE.(2002). *Memanageri Konflik Dalam Suatu Organisasi*. Medan : FKM-USU.
- Jawwad, A,A. (2005). *Manajemen Konflik; panduan sukses diri dan organisasi*. Edisi Pertama. Bandung: PT. Syaamil Cipta Media.
- Kushnir T, Ehrenfeld M, Shalish Y. (2007). *The effects of a coaching project in nursing on the coaches' training motivation, training outcomes, and job performance: An experimental study*, ¶ 1, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17296202>. Diperoleh tanggal 16 Juni 2008).
- La Monica, E. (1998). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Marquis, B.L dan Huston, CJ (2006). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing : Theory and Application*. 5 th Ed. Philadelphia : Lippincot – Williams & Wilkins.
- Muaeni. (2003). *Hubungan Kemampuan Manajemen Konflik Kepala Ruang Yang Dipersepsikan Perawat Pelaksana Dan Karakteristik Perawat Pelaksana Dengan Produktivitas Waktu Kerja Di Rsud Gunung Jati Kota Cirebon*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Mangkunegara. (2007). *Evaluasi Kinerja SDM*. Cetakan ketiga. Bandung; PT. Refika Aditama.
- Murti, B. (2006). *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif di Bidang Kesehatan*. Cetakan pertama. Yogyakarta; Gajah mada University Press.
- Nurachmah, E. (2001). *Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit*. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&code=95&tbl=artikel>. Diperoleh tanggal 29 Desember 2008).
- Notoadmodjo, Soekijo. (2003). *Pengantar Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*, Yogyakarta: Andi Offset.

- Notoadmodjo, Sockijo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam & Siti Pariani. (2001). *Pendekatan Praktis metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Panjaitan. (2002). *Hubungan Efektifitas Kepemimpinan Kepala Ruangan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap Rspad Gatot Subroto*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Panjaitan, R. (2004). *Persepsi Perawat Pelaksana tentang Budaya Organisasi dan Hubungannya dengan Kinerja di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Pickering, P. (2006). *How To Manage Conflict*. Edisi ketiga. Surabaya; Penerbit Erlangga.
- Robbins, S, P.(2006). *Perilaku Organisasi*. Edisi kesepuluh. Jakarta; PT. Indeks Gramedia.
- RNAO.(2006). *Healthy Work Enviroments Best Practice Guidenlines; Developing and Sustaining Nursing Leadership*, ¶ 7, <http://www.rnao.Org/storage/16/1067 BPG Sustain Leadership pdf>. Diperoleh tanggal 16 Juni 2008
- Sabri, L & Hastono, S.P.(2006). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi Riset*. Surabaya: Program Administrasi & Kebijakan Kesehatan. FKM-Unair.
- Swansburg, R.C. & Swanburg, R.J (1999). *Introductory Management And Lesdership For Nurses*. Second edition. Boston : James and Bartlet publishers.
- Simanjuntak P, J. (2005). *Manajemen dan Evaluasi Kinerja*. Cetakan pertama. Depok; Lembaga Penerbit FE-UI.
- Siagian, S.P. (2000). *Teori dan Praktek Kepemimpinanan*. Cetakan kelima. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Simamora, R. (2005). *Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana Terhadap Penerapan Fungsi Pengorganisasian Yang Dilakukan Oleh Kepala Ruangan Dengan Kinerja Di Ruang Rawat Inap Rsud Koja Jakarta Utara*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Simamora, H. (2001). *Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi Kedua*. Yogyakarta: STIE YKPN.

- Subanegara, H, P. (2005). *Diamond Head Drill & Kepemimpinan dalam Manajemen Rumah Sakit*. Edisi Pertama. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Umar, H. (2005). *Riset Sumberdaya Manusia dalam Organisasi*. Cetakan ketujuh. Jakarta; PT.Sun.
- Ubaidillah, A.N. (2006) *Membudayakan Coaching di Tempat Kerja*. <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jaan/2007/00000019/00000011/art00001>. Diperoleh tanggal 16 Juni 2008
- Wibowo. (2007). *Manajemen Kinerja*. Cetakan pertama. Jakarta; PT Rajagrafindo Persada.
- Wahyudi. (2006). *Manajemen Konflik dalam Organisasi*. Cetakan kedua. Bandung; Penerbit Alfabeta.
- Winardi. (2007). *Manajemen Konflik; konflik perubahan dan pengembangan*. Cetakan kedua. Bandung; CV. Mandar Maju.

**Kisi-kisi Kuesioner Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap
Rumah Sakit dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor**

No.	Variabel Penelitian	No Soal Pada Kuesioner	Jumlah
1.	Aspek Prestasi	1, 2, 11, 12, 13, 14, 15, 23, 25, 26, 34	11 item
2.	Aspek Tanggung Jawab	3, 4, 5, 16, 17, 18, 19, 24, 28	9 item
3.	Aspek Ketaatan	6, 7, 20, 21, 29, 30, 41, 42, 44	9 item
4.	Aspek Kejujuran	8, 9, 10, 22, 27, 31, 35, 36	8 item
5.	Aspek Kerja sama	32, 33, 37, 38, 39, 40, 43, 45	8 item



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7884124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

Lampiran 3

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Pelatihan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruangan Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Unit Rawat Inap Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Nama peneliti utama : **Amira Bia Sek Abubakar**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 31 Maret 2008



Prof. Dra. Elly Nurachmah, D.N.Sc

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

Penjelasan Tentang Penelitian

Saya, Amira Bin Seh Abubakar, NPM 0606026635, mahasiswa Progran Pascasarjana Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian tentang **“Pengaruh Pelatihan Manajemen Konflik pada Kepala Ruang terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor”**. Data yang diperoleh akan direkomendasikan sebagai masukan, khususnya untuk meningkatkan kualitas asuhan dan pelayanan keperawatan dan umumnya kesehatan di rumah sakit.

Peneliti menjamin, penelitian ini tidak menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap perawat maupun institusi. Peneliti sangat menghargai hak-hak responden dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan informasi yang saudara berikan akan di jaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini.

Peneliti sangat berharap partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/I dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan bantuannya, dihaturkan terima kasih.

Jakarta, April 2008
Peneliti,

Amira Bin Seh abubakar

Lembar Persetujuan

Setelah membaca penjelasan tentang penelitian ini, saya memahami bahwa keikutsertaan saya sebagai perawat pelaksana dalam penelitian dimaksud bermanfaat untuk meningkatkan kualitas asuhan dan pelayanan keperawatan di RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak sebagai responden dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif kepada saya.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini, maka saya secara sukarela untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Jakarta, April 2008

Responden,

(.....)

**Kuesioner Penelitian Tentang Kinerja Perawat Pelaksana
di Rumah Sakit dr.H. Marzoeqi Mahdi Bogor**

I. Karakteristik Perawat Pelaksana

1. Jenis Kelamin : L / P
2. Umur :tahun
3. Pendidikan terakhir : SPK/SPR D3-Kep. S1 Kep.
 S2 Keperawatan.
4. Status : Menikah Belum Menikah
5. Unit Kerja/Ruangan :
6. Lama Kerja di rumah sakit ini :tahun

II. Kinerja Perawat

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah daftar pernyataan di bawah ini dengan memberikan tanda cek list (√) pada kolom yang tersedia di sebelah pernyataan sesuai dengan persepsi saudara dengan alternatif pilihan sebagai berikut :
Sl = selalu, Sr = sering, Kd = kadang-kadang, Tp = tidak pernah.
2. Sebelum kuesioner dikembalikan mohon diperiksa kembali kelengkapan jawaban, jangan sampai ada kolom jawaban yang kosong.

No	Pernyataan	Sl 4	Sr 3	Kd 2	Tp 1
1.	Saya menggunakan seluruh kemampuan keperawatan yang saya miliki dalam memberikan asuhan keperawatan				
2.	Saya melakukan perbaikan secara terus menerus terhadap hasil kerja saya				
3.	Saya menyelesaikan tugas yang diberikan kepada saya dengan tuntas				
4.	Saya menyelesaikan tugas yang diberikan kepada saya dengan tepat waktu				
5.	Saya bertanggung jawab terhadap kesalahan yang saya lakukan				
6.	Saya mengikuti peraturan yang berlaku di tempat kerja				

No	Pernyataan	Sl 4	Sr 3	Kd 2	Tp 1
7.	Saya memberikan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan SOP yang berlaku				
8.	Saya melaporkan hasil pekerjaan saya kepada atasan menurut apa adanya				
9.	Saya mendokumentasikan sesuai dengan apa yang saya kerjakan (tidak menambah atau mengurangi)				
10.	Saya melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan yang saya mampu				
11.	Saya berupaya menghindari kesalahan dalam menjalankan tugas				
12.	Saya melakukan pengkajian pada klien yang menjadi tanggung jawab saya				
13.	Saya mengetahui dengan jelas diagnosa keperawatan klien yang menjadi tanggung jawab saya				
14.	Saya menyusun rencana keperawatan secara tertulis untuk klien yang menjadi tanggung jawab saya				
15.	Saya melaksanakan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun				
16.	Saya mengoperkan tugas yang menjadi tanggung jawab saya sebelum pulang dinas				
17.	Saya mengutamakan kepentingan pekerjaan daripada kepentingan pribadi				
18.	Saya memelihara barang-barang dinas yang ada di ruangan dengan sebaik-baiknya				
19.	Saya memberitahu pada teman kerja bila saya meninggalkan tempat dinas				
20.	Saya memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan SAK yang telah ditetapkan				
21.	Saya datang dan pulang dinas dengan tepat waktu				
22.	Saya menjalani tugas sebagai perawat dengan tulus ikhlas				
23.	Saya menemukan kesulitan dalam menerapkan SAK				
24.	Saya melakukan evaluasi tentang perkembangan kondisi kesehatan klien yang menjadi tanggung jawab saya				
25.	Saya memberitahu perawat atasan saya (kepala ruangan atau ketua tim) jika saya tidak dapat menjalankan tugas				
26.	Saya memberikan pendidikan kesehatan kepada klien				
27.	Saya melakukan pencatatan tentang kondisi perkembangan klien yang menjadi tanggung jawab saya				
28.	Saya memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan rasa percaya diri				
29.	Saya melakukan kegiatan pribadi (kegiatan diluar pekerjaan) saat jam dinas				
30.	Saya langsung mengembalikan alat-alat yang saya gunakan ke tempat semula setiap kali selesai tindakan				

No	Pernyataan	Sl 4	Sr 3	Kd 2	Tp 1
31.	Saya mengikuti kegiatan operan dinas dengan tepat waktu				
32.	Saya menggunakan atribut dinas perawat secara lengkap saat dinas				
33.	Saya merasa yakin dengan apa yang saya berikan kepada klien				
34.	Saya bersama tim memberikan asuhan keperawatan secara kompak				
35.	Saya segera menanyakan jika ada operan yang meragukan				
36.	Saya memberikan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan kebutuhannya				
37.	Saya melakukan penelitian untuk mendukung pemberian asuhan keperawatan kepada klien				
38.	Saya melakukan tindakan keperawatan sesuai hasil penelitian				
39.	Saya menggunakan telepon di ruangan untuk keperluan pribadi (keperluan di luar pekerjaan)				
40.	Saya menyampaikan informasi kepada klien dengan jujur				
41.	Saya menyampaikan informasi kepada keluarga klien dengan jujur				
42.	Saya melaporkan perkembangan klien kepada perawat yang menjadi atasan saya				
43.	Saya melaporkan perkembangan klien kepada dokter yang merawat				
44.	Saya menerima keputusan tim kesehatan tentang asuhan keperawatan atau tindakan keperawatan pada klien yang saya rawat				
45.	Saya melimpahkan pekerjaan kepada teman kerja dengan jelas				
46.	Saya menerima limpahan pekerjaan dari teman kerja dengan jelas				
47.	Saya sudah berada di ruangan dinas 10 menit sebelum dilakukan serah terima tugas jaga				
48.	Saya menghargai dan mempertimbangkan pendapat anggota tim kesehatan lain atau menerima masukan				
49.	Saya tidak ragu terhadap arahan yang diberikan oleh perawat yang menjadi atasan saya				
50.	Saya semangat datang ke ruangan untuk dinas karena kerja sama dengan teman-teman sejawat sangat menyenangkan				



MODUL

**Pelatihan Manajemen Konflik
Bagi Kepala Ruang Di Unit Rawat Inap RSMM Bogor**

Oleh :
**Amira Bin Seh Abubakar
Dr. Budi Anna Keliat, M.App,Sc**

**Program Pasca Sarjana Kekhususan Kepemimpinan Dan Manajemen
Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
2008**

BAB I

Pendahuluan

Konflik adalah suatu bagian kehidupan yang timbul dan selalu ada karena adanya kompleksitas hubungan manusia dimana tiap-tiap orang unik, memiliki sistem nilai, filosofi, struktur, kepribadian, pilihan dan pola (Huber, 2000). Menurut Garner (1992 dalam Huber, 2000), konflik oleh sebab itu peran manajer keperawatan adalah menciptakan lingkungan dimana konflik bisa digunakan sebagai saluran terjadi pertumbuhan, inovasi dan produktivitas (Marquis dan Huston, 2006).

Setiap kelompok dalam satu organisasi, dimana didalamnya terjadi interaksi antara satu dengan lainnya, memiliki kecenderungan timbulnya konflik. Dalam institusi layanan kesehatan terjadi kelompok interaksi, baik antara kelompok staf dengan staf, staf dengan pasien, staf dengan keluarga dan pengunjung, staf dengan dokter, maupun dengan lainnya yang mana situasi tersebut seringkali dapat memicu terjadinya konflik. Konflik sangat erat kaitannya dengan perasaan manusia, termasuk perasaan diabaikan, disepelkan, tidak dihargai, ditinggalkan, dan juga perasaan jengkel karena kelebihan beban kerja. Perasaan-perasaan tersebut sewaktu-waktu dapat memicu timbulnya kemarahan.

Keadaan tersebut akan mempengaruhi seseorang dalam melaksanakan kegiatannya secara langsung, dan dapat menurunkan produktivitas kerja organisasi secara tidak langsung dengan melakukan banyak kesalahan yang disengaja maupun tidak disengaja. Dalam suatu organisasi, kecenderungan terjadinya konflik, dapat disebabkan oleh suatu perubahan secara tiba-tiba, antara lain: kemajuan teknologi baru, persaingan ketat, perbedaan kebudayaan dan sistem nilai, serta berbagai macam kepribadian individu.

Konflik dapat ditangani secara efektif bila Anda mengembangkan dan menerapkan strategi penanganan tertentu yang efektif. Cara yang paling efektif ditentukan oleh intensitas konflik bersangkutan. Konflik terdiri atas berbagai tahap, dan setiap tahap melibatkan emosi pada tingkat dan intensitas tertentu. Ketika intensitas konflik meningkat, setiap orang

akan berusaha membela diri dan ingin menang. Pada konflik tahap tinggi, menyelamatkan muka semakin penting artinya. Dalam situasi konflik yang makin panas, orang sabar sekalipun bisa marah dan tersinggung.

Jika konflik diidentifikasi sejak dini dan langkah-langkah segera diambil untuk memperbaiki situasi dan menenangkan emosi, hampir setiap konflik dapat menjadi peluang. Bila dibiarkan tidak ditangani, konflik berpotensi menimbulkan bahaya pada semua pihak yang terlibat. Untuk itu perlu diadakan pelatihan dan bimbingan bagi kepala ruangan dalam mengelola konflik sebagai manajer di ruangan karena perannya yang menuntut tanggung jawab baik dari atasan, staf, maupun pasien.

BAB II
Prosedur Pelaksanaan Pelatihan Manajemen Konflik
Pada Kepala Ruangan

A. Prosedur Pelaksanaan Pelatihan

Pelaksanaan pelatihan manajemen konflik dimulai dengan pemberian materi di kelas, bimbingan dan mandiri.

1. Pemateri dan Pembimbing

a. Kriteria

- 1). Minimal lulus S2 Manajemen Keperawatan;
- 2). Berpengalaman dalam bidang manajemen pelayanan keperawatan minimal 2 tahun.

b. Peran

- 1). Pada tahap awal memberikan gambaran pada peserta tentang pentingnya pengelolaan konflik di ruangan, berdiskusi dan mereview konsep dasar;
- 2). Memberikan materi tentang sumber-sumber konflik;
- 3). Memberikan latihan untuk mengidentifikasi sumber konflik : dengan meminta peserta untuk menuliskan pada selembar kertas 5 hal yang dalam waktu 5 menit dapat menjadi sumber konflik diruangan kemudian ditarik kesimpulan;
- 4). Memberikan materi pada peserta tentang proses/tahapan konflik;
- 5). Memberikan latihan mengidentifikasikan tahapan konflik, masing-masing peserta diminta untuk mengisi angket kemudian mencocokkan jawabannya;
- 6). Memberikan materi tentang strategi penyelesaian konflik;
- 7). Memberikan latihan untuk mengidentifikasi strategi penyelesaian konflik yang digunakan oleh diri sendiri dan latihan tentang bagaimana mencari solusi dengan beda pendapat; kelompok peserta di berikan beberapa gambar, kemudian diminta pendapatnya kemudian dibahas arti/maksud dari latihan ini;
- 8). Memberikan satu contoh kasus, kemudian peserta yang telah dibagi dalam beberapa kelompok untuk menyelesaikan pertanyaan yang ada pada kasus tersebut dan mempresentasikannya;

- 9). Memberikan umpan balik pada peserta atas keberhasilannya menyelesaikan contoh kasus tersebut;
- 10). Menyimpulkan hasil pelatihan dan melakukan kontrak dengan peserta untuk kunjungan ke ruangan untuk mempraktekkan materi yang telah diperoleh selama 12 hari.
- 11). Mendokumentasikan semua hasil pertemuan dengan kepala ruangan pada saat kunjungan.

2. Kriteria Peserta

- a. Kepala Ruangan;
- b. Bersedia mengikuti sampai selesai program pelatihan dan bimbingan;
- c. Tidak dalam kondisi cuti atau tugas belajar

3. Proses Kerja

a. Persiapan

- 1). Melakukan identifikasi kepala ruangan yang akan ikut serta dalam pelatihan manajemen konflik sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan;
- 2). Bekerja sama dalam bidang keperawatan untuk memberikan surat pemberitahuan/undangan kepada kepala ruangan yang telah dipilih tentang pelatihan yang diadakan selama 2 hari;
- 3). Jika ada kepala ruangan yang berhalang untuk mengikuti pelatihan, maka peneliti mendiskusikannya dengan bidang keperawatan untuk mencari pengganti Kepala Ruangan tersebut.
- 4). Sebelum mengikuti pelatihan, kepala ruangan terlebih dahulu melakukan *self assesment*.

b. Pelaksanaan

Pelatihan dilaksanakan selama 2 hari kemudian dilanjutkan dengan bimbingan selama 12 hari.

Tahap I : Pelatihan di ruangan/kelas

Sesi I : Memberikan gambaran pada peserta tentang pentingnya manajemen konflik dan mereview sekilas tentang konsep manajemen konflik.

- Sesi II : Memberikan materi tentang sumber-sumber konflik dilanjutkan dengan latihan untuk mengidentifikasi sumber konflik; masing-masing peserta diminta untuk mengisi angket kemudian mencocokkan jawabannya.
- Sesi III : Memberikan materi pada peserta (karu) tentang proses/tahapan konflik dilanjutkan dengan latihan untuk
- Sesi IV : Memberikan materi tentang strategi penyelesaian konflik dilanjutkan dengan latihan refleksi diri (*self assesment*) terhadap strategi penyelesaian konflik yang biasanya digunakan dan latihan untuk mengidentifikasi gambar terkait dengan kemampuan mencari solusi apabila ada beda pendapat
- Sesi V : Latihan kasus; peserta diberikan suatu contoh kasus kemudian diminta untuk menyelesaikannya dalam kelompok dan mempresentasikan hasilnya. Setelah selesai dipresentasikan, pemateri memberikan umpan balik terhadap hasil peserta.

Tahap II : Bimbingan di ruangan masing-masing karu

- 1) Mendiskusikan dengan karu tentang sumber-sumber konflik yang telah diidentifikasi (ditulis) pada saat pelatihan.
- 2) Membuat prioritas terhadap sumber-sumber konflik tersebut dan menentukan langkah selanjutnya.
- 3) Mengidentifikasikan tahapan konflik dari permasalahan yang ditemukan : menggunakan format untuk identifikasi tahapan konflik yang dihadapi di ruangan.
- 4) Mendiskusikan lebih jauh tentang data-data yang mendukung masalah berdasarkan ciri-ciri yang ditemukan pada tahapan konflik.
- 5) Mendiskusikan dan memutuskan strategi yang akan digunakan dalam penyelesaian konflik.
- 6) Mendiskusikan dengan karu proses bimbingan manajemen konflik terkait dengan kinerja perawat pelaksana.

c. Evaluasi

- 1). Melakukan evaluasi kognitif terhadap pengetahuan karu sebelum dan sesudah pelatihan dengan standar nilai $\geq 80\%$
- 2). Melakukan evaluasi terhadap kemampuan karu dalam manajemen konflik dengan *self assesment* sebelum dan sesudah pelatihan dan bimbingan.

B. Waktu

Kegiatan pelatihan dan bimbingan pada Kepala Ruangan terbagi atas 2 tahap. Tahap pertama pelatihan terdiri dari 5 sesi yang diberikan dalam 2 hari pelatihan di ruangan (kelas) dan bimbingan, yaitu melakukan kunjungan/pertemuan selama 45-60 menit dengan kepala ruangan di ruangan masing-masing sesuai dengan pengelompokannya (6 kali, 3 kali dan 0 kali bimbingan) selama 6 minggu.

1. Pelatihan

Jadwal dan susunan acara pelatihan dapat dilihat pada tabel berikut :

Waktu	Susunan Kegiatan	Pemateri	Fasilitator
Hari I			
07.30-08.30	Pembukaan		
08.30-09.30	Gambaran umum dan review konsep dasar konflik		
09.30-09.45	Coffe Break		
09.45-10.45	Sumber-sumber konflik		
10.45-12.00	Latihan dan diskusi		
12.00-13.00	Tahapan konflik		
13.00-14.00	Isoma		
14.00-15.00	Latihan dan diskusi		
15.00-15.15	Penutupan hari I		
Hari II			
08.00-09.00	Starategi penyelesaian konflik		
09.00-10.00	Latihan dan diskusi 1		
10.00-10.15	Coffe Break		
10.15-11.15	Latihan dan diskusi 2		
11.15-12.15	Analisa Kasus dalam kelompok		
12.15-13.15	Isoma		
13.15-15.15	Presentasi kelompok		
15.15-15.30	Penutupan		
15.30-16.00	Ramah tamah		

2. Bimbingan

Jadwal pelaksanaan bimbingan dapat dilihat pada matriks berikut :

Peserta		Pre test	Pelatihan	Bimbingan Manajemen Konflik												Post test	Total	
				Mgg III-Mgg V														
				Mgg I	Mgg II	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			11
Klp A	3 Karu	√	√	√		√		√		√		√		√		√	√	6 kali
	3 Karu	√	√	√	√		√		√		√		√		√		√	6 kali
Klp B	3 Karu	√	√	√			√			√							√	3 kali
	3 Karu	√	√		√			√			√						√	3 kali
Klp C	3 Karu	√	√														√	0 kali
	3 Karu	√	√														√	0 kali

C. Tempat pelaksanaan

- Pelatihan dilakukan pada ruang pertemuan yang nyaman dan aman (Ruang Diklat RSMM)
- Bimbingan dilakukan pada ruangan karu masing-masing ditempat yang kondusif untuk bertukar pikiran.

BAB III

Pelaksanaan Pelatihan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruangan

A. Pelatihan Manajemen Konflik

Sesi 1 : Review Konsep Dasar Konflik

Tujuan : Setelah pelatihan, peserta mengetahui :

1. Definisi konflik
2. Dampak konflik
3. Jenis konflik
4. Penyebab konflik
5. Strategi penyelesaian konflik
6. Pendekatan situasi konflik

Alat : 1. Proyektor
2. Kertas dan Pena

Metode : 1. Ceramah
2. Diskusi

Materi :

1. Definisi Konflik

- Situasi yang terjadi ketika ada perbedaan pendapat atau perbedaan cara pandang diantara beberapa orang, kelompok atau organisasi.
- Sikap saling mempertahankan diri sekurang-kurangnya diantara dua kelompok, yang memiliki tujuan dan pandangan berbeda, dalam upaya mencapai satu tujuan sehingga mereka berada dalam posisi oposisi, bukan kerjasama

2. Aspek Positif dalam Konflik

Konflik bisa jadi merupakan sumber energi dan kreativitas yang positif apabila dikelola dengan baik. Misalnya, konflik dapat menggerakkan suatu perubahan :

- Membantu setiap orang untuk saling memahami tentang perbedaan pekerjaan dan tanggung jawab mereka.

- Memberikan saluran baru untuk komunikasi.
- Menumbuhkan semangat baru pada staf.
- Memberikan kesempatan untuk menyalurkan emosi.
- Menghasilkan distribusi sumber tenaga yang lebih merata dalam organisasi

3. Jenis-Jenis Konflik

- a. Konflik intergroup (antar kelompok), terjadi antara 2 atau lebih kelompok orang, departemen, atau organisasi
- b. Konflik intrapersonal, terjadi dalam diri seseorang. Pada seorang manajer, konflik intrapersonal bisa diakibatkan karena besarnya tanggung jawab terhadap organisasi, staf, konsumen, profesi dan sebagainya, kadang-kadang menyebabkan konflik dan konflik itu di internalisasi.
- c. Konflik interpersonal, terjadi antara 2 atau lebih orang dengan perbedaan nilai, tujuan dan keyakinan.

4. Penyebab Konflik

Konflik dapat berkembang karena berbagai sebab sebagai berikut:

- a. Batasan pekerjaan yang tidak jelas
- b. Hambatan komunikasi
- c. Tekanan waktu
- d. Standar, peraturan dan kebijakan yang tidak masuk akal
- e. Pertikaian antar pribadi
- f. Perbedaan status
- g. Harapan yang tidak terwujud

5. Strategi Penyelesaian Konflik

- Berkompetisi
- Menghindari konflik
- Akomodasi
- Berkompromi
- Berkolaborasi

6. Pendekatan Situasi Konflik

- Diawali melalui penilaian diri sendiri
- Analisa isu-isu seputar konflik
- Tinjau kembali dan sesuaikan dengan hasil eksplorasi diri sendiri.
- Atur dan rencanakan pertemuan antara individu-individu yang terlibat konflik
- Memantau sudut pandang dari semua individu yang terlibat
- Mengembangkan dan menguraikan solusi
- Memilih solusi dan melakukan tindakan
- Merencanakan pelaksanaannya

Sesi 2 : Sumber-sumber Konflik

Tujuan : Setelah pelatihan, peserta :

1. Mengetahui pengertian sumber konflik
2. Mengidentifikasi sumber-sumber konflik
3. Mampu menyebutkan sumber konflik yang terjadi pada ruangan masing-masing

Alat : 1. Proyektor
2. Kertas dan Pena

Metode : 1. Ceramah
2. Diskusi

Materi :

1. Pengertian

Sumber konflik merupakan segala sesuatu baik yang berasal dari internal maupun eksternal individu, kelompok maupun organisasi yang dapat menyebabkan terjadinya konflik.

2. Sumber-sumber konflik

Sumber konflik pada setiap organisasi sangat bervariasi bergantung pada cara-cara individu menafsirkan, mempersepsi, dan memberikan tanggapan terhadap lingkungan kerjanya.

Sumber konflik adalah :

a. Perilaku menentang

Perilaku menentang dapat menimbulkan konflik. Murphy menggambarkan tiga versi penentang ; 1) *Competitive Bomber* yang mudah menolak untuk bekerja, sering menggerutu dengan bergumam yang dapat diterjemahkan sebagai urus saja sendiri. Perilaku-perilaku ini dilakukan untuk memancing respons manajerial. 2) *Martyred Accomodator* yang menggunakan kepatuhan palsu. Mereka bekerja dan mampu bekerja sama tetapi sambil juga melakukan ejekan dan hinaan, mengeluh dan mengkritik untuk mendapatkan dukungan yang lainnya. 3) *Avoider*, penentang ini menghindari kesepakatan dan partisipasi, tidak berespon terhadap manajer perawat.

b. Stress

Kepenatan adalah hasil dari stres. Manajer perawat merasa penat karena mencoba untuk mempertahankan sistem pendukung untuk pemberi perawatan. Perawat klinis

merasa penat karena mencoba untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi. Konfrontasi, ketidaksetujuan, dan kemarahan adalah bukti dari stres dan konflik. Stres dan konflik disebabkan karena kurangnya hubungan yang dilaksanakan antar manusia, termasuk harapan-harapan yang tidak terpenuhi.

c. Ruang

Ruangan yang sempit, sementara perawat harus berinteraksi secara konstan dengan anggota staf lain, pengunjung dan tenaga kesehatan lain dapat menimbulkan stress sehingga beresiko untuk terjadi konflik.

d. Kewenangan Dokter

Perawat masa kini ingin lebih mandiri, mempunyai tanggung jawab profesional dan tanggung gugat untuk perawatan pasien. Para dokter kadang-kadang melalaikan usulan mereka sementara perawat menginginkan feed back, hal ini dapat membuat gagalnya komunikasi dua arah yang mengarah pada konflik.

e. Keyakinan, Nilai dan Sasaran

Aktivitas atau persepsi-persepsi yang tidak cocok menimbulkan konflik. Hal ini terbukti apabila perawat mempunyai keyakinan, nilai dan sasaran yang berbeda dengan manajer perawat, dokter, pasien, pengunjung, keluarga, bagian administrasi dan lainnya.

f. Penyebab lain

Perubahan menimbulkan konflik yang pada gilirannya menghalangi perubahan itu sendiri. Manusia yang tidak dipersiapkan menghadapi perubahan akan menolaknya atau mengalami kegagalan dalam mendukungnya.

Suasana organisasi dan gaya kepemimpinan dapat menimbulkan konflik apabila manajer yang berbeda membuat peraturan-peraturan yang dapat menimbulkan konflik. Usia dapat menimbulkan stres dan konflik.

3. Latihan :

- Silahkan saudara tuliskan pada kertas yang telah disediakan sumber-sumber konflik yang menurut saudara ada di ruangan saudara saat ini. Tuliskan dengan sejujurnya, waktu saudara 10 menit.
- Silahkan saudara kumpulkan hasil tulisan saudara tersebut.

Sesi 3 : Tahapan Konflik

Tujuan : Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu :

1. Mengidentifikasi tahap-tahap konflik
2. Mengetahui ciri khas dari setiap tahap konflik
3. Mengetahu cara menangani konflik pada setiap tahap
4. Menilai situasi konflik yang dihadapi berdasarkan tahapannya

Alat : 1. Proyektor
2. Kertas dan Pena

Metode : 1. Ceramah
2. Diskusi

Materi :

1. Konflik tahap satu**a. Pengertian**

Konflik tahap satu adalah konflik yang ditimbulkan oleh Persoalan dan perselisihan kecil sehari-hari dan masih dapat ditangani.

b. Ciri khas

- 1) Konflik jelas ada, tetapi intensitasnya rendah. Tahap ini ditandai oleh hal-hal kecil yang menjengkelkan yang terjadi setiap hari.
- 2) Orang pada umumnya mau bekerja sama untuk mencari cara mengatasi konflik, dan biasanya mereka optimis akan berhasil.
- 3) Cara termudah untuk menentukan apakah kita berada pada konflik tahap satu atau konflik tahap lebih tinggi adalah mengamati kemampuan orang-orang yang terlibat konflik memisahkan orang dari persoalan yang dihadapi.

c. Cara menangani

Kesediaan mendengarkan pendapat orang lain dan partisipasi berbicara penting sekali pada konflik tahap satu. Jika anda ditugasi mengatasi konflik tahap satu, adakan pertemuan dengar pendapat untuk mencari alternatif pemecahan atas dasar asas kerja kelompok dan tanggung jawab bersama. Dengan cara ini, perhatian peserta digiring ke satu fokus dan setiap peserta mendapat kesempatan untuk mengemukakan pikirannya.

Cara-cara lain untuk menangani konflik tahap pertama :

- Mengambil prakarsa untuk menciptakan proses untuk menguji kedua belah pihak. Apakah dapat dibangun suatu kerangka yang mendorong timbulnya saling pengertian antara pihak-pihak yang bertikai?
- Menguji apakah reaksi sepadan dengan situasi. Apakah salah satu pihak membawa sisa-sisa emosi dari peristiwa lain? Apakah peristiwa ini berdiri sendiri atau apakah perasaan yang terungkap merupakan sisa-sisa perbedaan pendapat dari waktu lalu?
- Mengidentifikasi pendapat-pendapat yang sama dari pihak-pihak yang bertikai dan mengembangkannya lebih lanjut. Lalu, identifikasi titik-titik perbedaan dalam pendapat kedua pihak yang bertikai. Apakah mungkin hambatan konflik itu dapat teratasi dengan melihat gambaran situasi secara keseluruhan?

2. Konflik tahap dua

a. Pengertian

Konflik tahap dua merupakan **tantangan yang lebih besar**. Konflik tahap dua dalam jangka panjang membawa dampak dan memicu emosi yang lebih besar. Untuk menanganinya, diperlukan latihan dan keahlian tertentu.

b. Ciri khas

- Pada tahap kedua, konflik mengandung unsur persaingan, dilandasi oleh sikap menang atau kalah.
- Tahap ini juga diwarnai sikap "selamatkan diri".
- Pada konflik tahap kedua, bahasa yang digunakan tidak spesifik; orang berbicara secara umum seperti istilah "**mereka**" yang tidak jelas menunjuk siapa, dan ungkapan seperti "**semua orang yakin**".
- Kata-kata yang bersifat berlebihan seperti "**selalu**" dan "**tidak pernah**" banyak sekali digunakan pada konflik tahap kedua.

c. Cara menangani



Untuk mengatasi konflik secara efektif pada tahap kedua, anda harus menerapkan strategi pengelolaan manusia

Strategi Pengelolaan Manusia untuk Menangani Konflik Tahap Kedua

- Ciptakan iklim yang menimbulkan rasa aman.
Ciptakan lingkungan yang memberikan rasa percaya diri pada semua orang
 - ▶ Buatlah suasana informal
 - ▶ Bentuk wilayah wewenang yang netral
 - ▶ Siapkan agenda
 - ▶ Pegang kendali
 - ▶ Tetapkan aturan main
 - ▶ Tempatkan diri Anda pada posisi yang sedikit lemah
- Giat menggali fakta, tetapi perlakukan orang dengan lemah lembut. Gunakan kesempatan yang ada untuk mendapatkan fakta serinci-rincinya.
- Pertanyakan setiap ungkapan umum. Tanyakan siapa yang dimaksud dengan "mereka"? Apakah istilah "selalu" tepat? Pastikan semua fakta.
- Lakukan bersama-sama sebagai satu tim, bagi tanggung jawab untuk mencari jalan keluar alternatif sebanyak-banyaknya yang dapat diterima semua orang.
- Carilah jalan tengah tetapi jangan berkompromi. Kompromi mempunyai implikasi bahwa masing-masing orang mengorbankan hal-hal yang penting baginya. carilah secara kreatif jalan tengah yang terfokus pada hal-hal yang dapat disepakati bersama
- Sediakan waktu yang cukup bagi pihak yang bertikai untuk mencapai kesepakatan bersama tanpa dipaksa atau harus memberikan konsesi .
- Pihak yang bertikai duduk berdampingan, jangan berhadap-hadapan. Bahkan lebih baik gunakan meja bundar.

3. Konflik tahap tiga

a. Pengertian

Konflik tahap tiga merupakan pertarungan terbuka atau pertentangan yang bisa menimbulkan kerugian pada orang lain bila dikuasai emosi

b. Ciri khas

- Pada tahap ini, tujuan bergeser dari ingin menang ke ingin menyakiti. Bersikukuh berada di pihak yang benar dan menghukum pihak yang salah menjadi motivasi utama.
- Orang berpihak dalam hal suatu persoalan menyangkut kepentingannya, dan kedua belah pihak membedakan kawan dari lawan.
- Dalam konflik tahap ketiga, bagi pihak-pihak yang berkepentingan, "**Saya dapat apa**" dan "**Apa manfaatnya bagi organisasi**" sama saja artinya.
- Seorang pemimpin muncul dari kelompok dan bertindak sebagai juru bicara. Berbagai pendapat mengelompok dan terbentuk kubu-kubu pendapat dan faksi-faksi, hingga akhirnya keutuhan faksi lebih penting daripada keutuhan organisasi.

c. Cara menangani konflik tahap ketiga

- Pada tahap ketiga, intensitas konflik tidak sama bagi semua orang yang terlibat konflik. Oleh karena itu, coba identifikasi orang-orang yang berada pada tingkat intensitas lebih rendah dan coba alihkan perhatian mereka, salurkan energi mereka ke tugas lain.
- Atasan yang ahli mengatasi konflik dengan mendelegasikan wewenang pada bawahannya, membenahi segala yang perlu dibenahi, dan mendorong bawahannya untuk menggunakan kemampuan masing-masing semaksimal mungkin.
- Konflik tidak pula harus menjadi persoalan besar yang memakan tenaga dan pikiran—seperti yang cenderung dilakukan pihak-pihak yang bertikai.
- Taktik yang patut dipertimbangkan bila Anda melihat konflik mulai memasuki tahap ketiga adalah membentuk tim intervensi yang bersikap netral pada pihak-pihak yang bertikai. Tim intervensi dapat memainkan peran negosiasi, mediasi, atau arbitrari.



Negosiasi. Meminta pihak-pihak yang terlibat duduk berhadaphadapan dan berupaya bersama-sama mencari pemecahan dengan disaksikan pihak luar. Sekali dimulai, proses ini dapat menghasilkan jalan keluar bagi masalah yang dihadapi; namun proses ini tidak akan mampu membuahkan harmoni. Pada konflik tahap tiga, pihak-pihak yang bertikai sudah berketetapan hati bahwa harus ada yang tersingkir.

Mediasi. Kedua belah pihak membeberkan persoalan pada tim intervensi. Tim ini akan mendorong diskusi dan mengusahakan agar pihak-pihak yang bertikai terus berupaya mencari jalan keluar yang disepakati bersama. Dalam proses mediasi, biasanya pihak-pihak yang bertikai bertanggung jawab mencari landasan yang sama dan jalan keluarnya.

Arbitrari. Setiap pihak membeberkan argumen terbaik dan tim intervensi memenangkan salah satu pihak. Bila digunakan, taktik ini jelas membawa kerugian besar bagi kedua belah pihak. Namun, konflik tahap tinggi dapat diselesaikan. Arbitrari, terutama yang mengikat, harus ditegakkan. Semua pihak harus mematuhi dan menerima keputusan tim intervensi.

Para anggota tim intervensi tidak boleh memihak dan harus mampu mendengarkan semua pihak. Tim intervensi harus menyaring fakta dari tumpukan berbagai emosi pihak-pihak yang bertikai, dan harus memberikan arah yang jelas pada akhir pencarian fakta.

4. Latihan

Bacalah sebelas pernyataan dibawah ini dan hubungkan dengan suasana tempat kerja anda. Jawablah dengan jujur dan lingkari jawaban anda.

1 = sangat tidak setuju s.d 5 = sangat setuju

1. Rekan-rekan sekerja saya saling memberikan semangat
1 2 3 4 5
2. Kami selalu mencari cara untuk saling membantu
1 2 3 4 5
3. Kami menghormati perbedaan pendapat
1 2 3 4 5
4. kami kreatif mencari pemecahan bila terjadi perselisihan pendapat
1 2 3 4 5
5. Kami saling berbagi pengetahuan sehingga semua orang dapat meraih kesuksesan
1 2 3 4 5
6. Kami meminta pendapat orang lain mengenai hasil kerja kami: dari rekan dan pelanggan
1 2 3 4 5
7. Kami percaya perlunya perbaikan yang berkesinambungan, dan tindakan kami mencerminkan keyakinan ini
1 2 3 4 5
8. Kami secara aktif mengendalikan perilaku kami dan kami mengarahkan sendiri diri kami menuju tujuan yang ingin dicapai
1 2 3 4 5
9. Kami belajar dari kesalahan
1 2 3 4 5
10. Kami tidak membuang-buang waktu mencari kesalahan orang lain
1 2 3 4 5
11. Kami membuang kebijaksanaan, prosedur dan metode yang telah usang
1 2 3 4 5

Nilai :

- ▶ Nilai 44 atau lebih menunjukkan lingkungan yang sangat baik untuk mengatasi persoalan dan mengadakan perubahan yang positif. Sebagian besar konflik dapat diatasi pada tahap satu.
- ▶ Nilai dibawah 33 menunjukkan perlunya perbaikan yang cukup besar. Konflik tahap pertama jarang terjadi, tetapi konflik tahap pertama dan ketiga sering muncul.

Sesi 4 : Strategi Penyelesaian Konflik

Tujuan : 1. Mengetahui jenis gaya manajemen konflik
2. Mengetahui kegunaan masing-masing gaya
3. Mengidentifikasi gaya manajemen konflik diri sendiri

Alat : 1. Proyektor
2. Kertas dan Pena

Metode : 1. Ceramah
2. Diskusi

Materi :

1. Kolaborasi (Kerja sama)**a. Pengertian**

Merupakan menangani konflik sama-sama menang. Orang yang memilih gaya ini mencoba mengadakan pertukaran informasi. Ada keinginan untuk melihat sedalam mungkin semua perbedaan yang ada dan mencari pemecahan yang disepakati semua pihak. Gaya ini erat kaitannya dengan metode memecahkan persoalan dan paling efektif untuk persoalan yang kompleks.

b. Kegunaan

- Salah satu kelebihan gaya ini adalah orang berusaha mencari berbagai alternatif sehingga mendorong orang berpikir kreatif.
- Gaya kolaborasi menyatukan langkah semua pihak pada upaya mencari pemecahan bagi persoalan yang kompleks.
- Gaya ini tepat digunakan bila orang dan masalah jelas terpisah, dan biasanya tidak efektif bila pihak-pihak yang bertikai memang ingin bertengkar.
- Gaya ini dapat menjadi motivator positif dalam sesi *brainstorming* atau *problem-solving*. Pastikan setiap orang yang berkepentingan ikut berpartisipasi.

c. Contoh gaya kolaborasi

Ungkapan yang dapat digunakan untuk memicu gaya kolaborasi dalam upaya menangani konflik antara lain:

- “Tampaknya ada perbedaan pendapat di sini, mari kita cari bersama sumber perbedaan itu.”
- “Sebaiknya kita ajak beberapa orang lagi dari departemen lain untuk bersama-sama mengupas pemecahannya.”

2. Akomodasi

a. Pengertian

Disebut juga *placating* (memuaskan), adalah gaya lain untuk mengatasi konflik. Gaya ini menilai orang lain lebih tinggi dan memberikan nilai rendah pada diri sendiri, barangkali mencerminkan rasa rendah diri orang tersebut.

b. Kegunaan

- Gaya ini juga dapat digunakan dengan sengaja untuk menyanjung-nyanjung orang lain, sehingga membuatnya merasa lebih tenang dalam menghadapi persoalan.
- Gaya mengikuti kemauan orang lain berusaha menyembunyikan perbedaan yang ada antara pihak-pihak terlibat sejauh mungkin dan mencari titik-titik persamaan.
- Bila digunakan secara efektif, gaya ini dapat memelihara hubungan yang baik.
- gaya ini dapat berguna untuk membangun kepercayaan dan rasa percaya diri pada pihak lain.
- Jika anda merasa pasti dengan posisi anda, gaya ini dapat digunakan sebagai mekanisme untuk melimpahkan wewenang.

c. Contoh gaya Akomodasi

Kata-kata yang menunjukkan gaya mengikuti kemauan orang lain, antara lain:



3. Kompetisi (Bersaing/ Mendominasi)

a. Pengertian

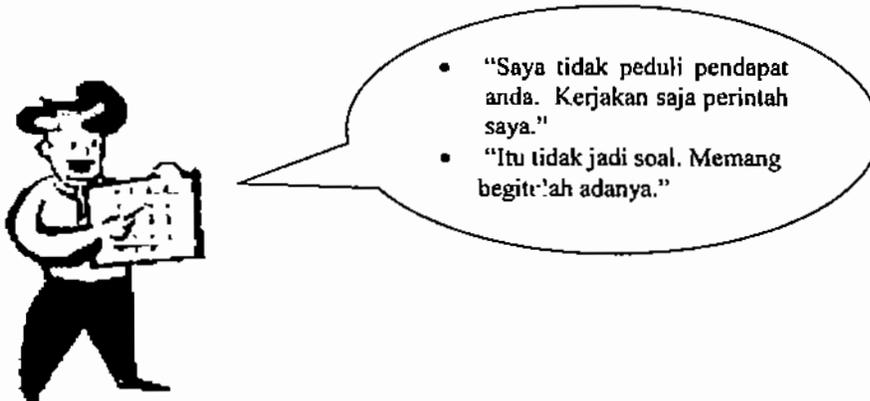
Merupakan kebalikan dari gaya mengikuti kemauan orang lain. Gaya ini menekankan kepentingan sendiri. Pada gaya mengikuti kemauan orang lain, seseorang mengesampingkan kepentingannya sendiri. Pada gaya mendominasi, kepentingan orang lain tidak digubris sama sekali.

b. Kegunaan

- Gaya ini efektif bila keputusan perlu segera diambil atau jika persoalan yang dihadapi tidak penting.
- Gaya ini bisa reaksioner, didorong oleh keinginan menyelamatkan diri sendiri. Ini tercermin dalam aliran filsafat yang mengatakan, **“Lebih baik menembak mereka daripada ditembak.”**
- Gaya mendominasi bisa efektif bila ada perbedaan besar dalam tingkat pengetahuan yang dimiliki.
- Gaya ini sebaiknya hanya digunakan bila sangat diperlukan. Gaya ini berlaku selama anda memiliki hak dan kekuasaan.
- Gaya ini menggariskan dengan jelas siapa anak buah dan siapa yang berwenang mengambil keputusan.

c. Contoh gaya Kompetisi/Mendominasi

Ungkapan yang menunjukkan gaya mendominasi:



4. Menghindar (Avoiding)

a. Pengertian

Menghindari adalah gaya keempat dalam menangani konflik. Orang yang menggunakan gaya ini tidak memberikan nilai yang tinggi pada dirinya atau orang lain. Ini adalah gaya "jangan merusak suasana."

Aspek negatif dari gaya ini adalah melemparkan masalah pada orang lain atau mengesampingkan masalah. Orang yang menggunakan gaya ini menarik diri dari situasi yang ada dan membiarkan orang lain untuk menyelesaikannya.

b. Kegunaan

- Bila persoalan yang dihadapi tidak penting, mengulur-ulur waktu dapat mendinginkan suasana - suatu cara efektif penggunaan gaya menghindari.
- Gaya ini juga efektif dalam hal keperluan waktu. Misalnya, ketika rapat direksi, satu mata acara dapat dikemukakan atau ditangguhkan
- Gaya menghindari mengulur waktu, maka gunakanlah dengan bijaksana. Jika Anda melihat seseorang menggunakannya, itu pertanda ia tidak yakin dan perlu waktu untuk mempelajari situasi itu.

Gaya ini bisa menjengkelkan bagi pihak lain karena harus menunggu lama untuk mendapatkan jawaban dan tidak banyak memberikan kepuasan, sehingga konflik cenderung akan terus berlanjut.

c. Contoh gaya Menghindar

Gaya menghindari mengulur waktu, maka gunakanlah dengan bijaksana. Jika Anda melihat seseorang menggunakannya, itu pertanda ia tidak yakin dan perlu waktu untuk mempelajari situasi itu. Pastikan ada tindakan nyata bila waktu telah tersedia. Konflik biasanya tidak lenyap seiring berjalannya waktu. Kata-kata yang mengisyaratkan gaya menghindari, antara lain:



- "Saya usul sebaiknya hal ini kita simpan dulu sementara."
- "Saya belum mendapat semua informasi yang diperlukan. Saya akan hubungi anda begitu saya...."

5. Kompromi

a. Pengertian

Gaya ini terletak ditengah-tengah diagram. Nilai gaya ini tidak tinggi dan juga tidak rendah, tergantung nilai kepentingan orang lain atau kepentingan diri sendiri. Gaya ini berorientasi pada jalan tengah, karena setiap orang punya sesuatu untuk ditawarkan dan diterima.

b. Kegunaan

- Gaya ini sangat efektif bila kedua belah pihak sama-sama benar, tetapi menghasilkan penyelesaian keliru bila salah- satu pihak salah!

- Kompromi dapat dipilih bila cara-cara lain tidak membuahkan hasil dan kedua belah pihak bersedia menjelaskan pendapat masing-masing dan mencari jalan tengah
- Keahlian bernegosiasi dan tawar-menawar adalah pelengkap gaya kompromi. Manfaatnya, pihak-pihak yang bersangkutan didorong untuk membicarakan persoalan yang dihadapi dan mencapai kesepakatan.
- Gaya kompromi dapat digunakan untuk konflik tahap satu, bahkan pada konflik tahap dua pun dapat membuahkan hasil yang baik.

c. Contoh gaya Kompromi

Kata-kata yang mengisaratkan pendekatan kompromi antara lain :



- ▶ "Pendapat kita rupanya berbeda. Apa sebenarnya maksud anda?"
- ▶ "Kita semua harus bersedia memberi dan menerima jika ingin bekerja sama. Oleh karena itu mari kita buka kartu masing-masing."

Kelima gaya manajemen konflik menyediakan kerangka untuk menyusun tindakan yang akan diambil. Pengetahuan mengenai masing-masing gaya akan memudahkan anda memahami suatu konflik dan memperbaiki gaya anda mengatasi konflik.

**Menangani konflik
dengan NJEP :**

**Nilailah situasi
Jelaskan persoalan
Evaluasi alternatif
pendekatan
Pemecahan masalah**

6. Latihan :

a. Mengidentifikasi gaya penyelesaian masalah pada diri sendiri :

Tentukan peringkat jawaban A sampai dengan E untuk setiap pernyataan. Beri angka 1 s.d 5 pada masing-masing option. Jangan berpikir terlalu lama. Tidak ada jawaban yang benar atau salah; yang ada hanya jawaban yang mendekati benar. Reaksi yang pertama kali muncul biasanya adalah yang paling tepat. Tentukan pilihan anda secepatnya.

1. Bila anda merasa harus terlibat jauh dalam situasi konflik, anda :
 - A. () Menikmati rasa lega dan gembira karena merasa telah berhasil mencapai sesuatu
 - B. () Menikmati tantangan yang ditimbulkan konflik oleh konflik itu
 - C. () Menjadi serius dan peduli pada perasaan dan pendapat orang lain
 - D. () Merasa takut karena ada orang yang akan dirugikan
 - E. () Merasa yakin tidak ada yang dapat anda lakukan untuk memecahkan persoalan

2. Apa hasil terbaik yang anda harapkan dari suatu konflik ?
 - A. () Konflik membantu orang menghadapi kenyataan
 - B. () Konflik menghilangkan pendapat yang ekstrem, sehingga jalan tengah yang kukuh dapat dicapai
 - C. () Konflik menenangkan suasana, meningkatkan semangat kerja dan hasil
 - D. () Konflik menunjukkan betapa buruknya sifat mementingkan diri sendiri dan mendorong orang untuk lebih dekat satu sama lain
 - E. () Konflik mengurangi rasa cepat puas dan meletakkan kesalahan pada tempatnya

3. Bila anda mempunyai wewenang dalam situasi konflik, anda akan :
- A. () Langsung menggunakannya dan menjelaskan pendapat anda
 - B. () Mencoba berunding untuk mencapai pemecahan terbaik
 - C. () Menanyakan pendapat orang lain dan menyarankan untuk mencapai kata sepakat
 - D. () Setuju dengan yang lain, memberikan dukungan sebisa mungkin
 - E. () Menjaga pertemuan tetap tidak bersifat pribadi, menggunakan peraturan bila perlu
4. Bila seseorang mengambil sikap yang tidak masuk akal, anda akan :
- A. () Segera mengemukakan bahwa anda tidak suka sikap itu
 - B. () Memberitahu dia perlahan-lahan secara tidak langsung bahwa anda tidak suka, mungkin dicampur humor demi menghindari konfrontasi langsung
 - C. () Mengemukakan konflik itu dan mencari pemecahan yang dapat diterima semua pihak
 - D. () Merahasiakan pendapat anda
 - E. () Membiarkan tindakan anda yang berbicara, mungkin menggunakan sikap tidak peduli, atau tidak memberikan perhatian pada situasi
5. Bila anda marah pada rekan, anda :
- A. () Meledak tanpa berpikir panjang
 - B. () Menenangkan suasana dengan kisah yang menarik
 - C. () Mengungkapkan amarah dan meminta jawaban
 - D. () Mengganti amarah dengan mengungkapkan perasaan sebaliknya
 - E. () Menghindarkan diri dari situasi
6. Bila anda tidak sependapat dengan orang lain mengenai suatu proyek, anda :
- A. () Mempertahankan keyakinan anda dan memperjuangkannya
 - B. () Mengajak kelompok berpikir logis dengan harapan setidaknya dapat meyakinkan sebagian besar dari mereka

- C. () Mencari titik kesepakatan dan titik perbedaan, kemudian mencari alternatif yang dapat diterima semua pihak
 - D. () Setuju dengan pendapat kelompok
 - E. () Tidak ikut dalam diskusi dan tidak merasa terikat pada keputusan apapun yang diambil
7. Bila salah seorang anggota kelompok tidak sependapat dengan anggota lain, anda:
- A. () Memberitahu kelompok bahwa anggota yang berpendapat lain itu menghambat kerja kelompok dan menyarankan agar kelompok melanjutkan kerjanya meskipun tanpa anggota tersebut
 - B. () Memastikan agar anggota yang berpendapat lain itu mendapat kesempatan untuk menjelaskan pendapatnya agar tercapai kompromi
 - C. () Mencoba menjelaskan mengapa anggota yang berpendapat lain itu melihat persoalan yang dihadapi berbeda, agar anggota-anggota yang lain dapat meninjau pendapat masing-masing
 - D. () Mendorong para anggota untuk mengesampingkan konflik dan melanjutkan pertemuan dengan membahas mata acara yang lebih menyenangkan dalam agenda
 - E. () Berdiam diri karena itulah cara yang terbaik untuk menghindari diri dari konflik
8. bila melihat konflik muncul dalam kelompok anda, anda :
- A. () Mendorong pengambilan keputusan yang cepat agar pekerjaan dapat diselesaikan
 - B. () Menghindari konfrontasi dengan mengarahkan diskusi ke jalan tengah
 - C. () Mengungkapkan pendapat anda pada kelompok mengenai apa yang sedang terjadi agar dapat membahas konflik yang sebenarnya terjadi
 - D. () Mengurangi ketegangan dengan melontarkan humor

E. () Tidak melibatkan diri dalam konflik selama tidak menyangkut kepentingan anda

9. Dalam mengatasi konflik antar anggota kelompok, anda :

A. () Mengantisipasi hal-hal yang akan ditolak dan menyiapkan jawaban sebelum konflik terjadi

B. () Mendorong anggota menyiapkan diri dengan mengidentifikasi hal-hal yang bisa dikompromikan

C. () Mengakui konflik itu sehat dan mendorong agar mereka mengidentifikasi hal-hal dan/atau tujuan yang disepakati

D. () Mendorong keharmonisan karena konflik selalu menghancurkan hubungan persahabatan

E. () Menyerahkan masalah pada penengah yang tidak memihak

10. Menurut pendapat anda, apa penyebab satu kelompok tidak bisa bekerja sama dengan kelompok yang lain ?

A. () Tidak adanya pendirian yang jelas atau gagal membela pendiri kelompok

B. () Kecenderungan kelompok untuk memaksa pemimpinnya mengikuti keputusan kelompok, bukannya mendorong fleksibilitas yang memudahkan tercapainya kompromi

C. () Kecenderungan kelompok mengadakan perundingan dengan perspektif menang/kalah

D. () Tidak ada motivasi di pihak pemimpin kelompok yang mengakibatkan pemimpin menekankan upaya mempertahankan kekuasaannya sendiri, bukannya menyelesaikan persoalan

E. () Perilaku tidak bertanggung jawab di pihak pemimpin kelompok, yang mengakibatkan pemimpin kelompok lebih mementingkan mempertahankan kekuasaan masing-masing daripada memecahkan masalah yang dihadapi

Nilai :

Jumlahkan angka yang anda tempatkan pada setiap huruf dan catat jumlah totalnya.

Kolom A : Gaya mendominasi

Kolom B : Gaya kompromi

Kolom C : Gaya kolaborasi

Kolom D : Gaya akomodasi

Kolom E : Gaya menghindar

A

B

C

D

E

Perhatikan jumlah total angka anda.

- ▶ Angka tertinggi biasanya menunjukkan persepsi anda mengenai gaya mengatasi konflik yang paling sering anda gunakan. (orang umumnya menilai dirinya suka bekerja sama).
- ▶ Angka total tertinggi kedua biasanya lebih tepat menggambarkan gaya mengatasi konflik yang paling kuat anda gunakan
- ▶ Angka total terendah menunjukkan gaya yang paling tidak anda kuasai

b. Latihan untuk meningkatkan kemampuan dalam mencari solusi dan perbedaan pendapat.

Dalam rutinitas kerja sehari-hari, kita akan menghadapi kesulitan dan masalah. Dalam menghadapi kesulitan tersebut, kita akan mencari solusi yang tepat! Untuk mendapatkan solusi yang tepat, kita harus memahami letak permasalahannya. Dibawah ini merupakan latihan untuk mengasah kemampuan kita dalam melihat permasalahan dan bagaimana mencari solusinya.

1). Perhatikan gambar berikut, dan katakan apa pendapat anda?

1)



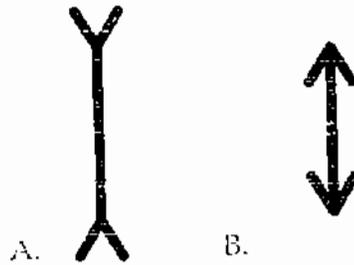
2)



3)



4)



A.

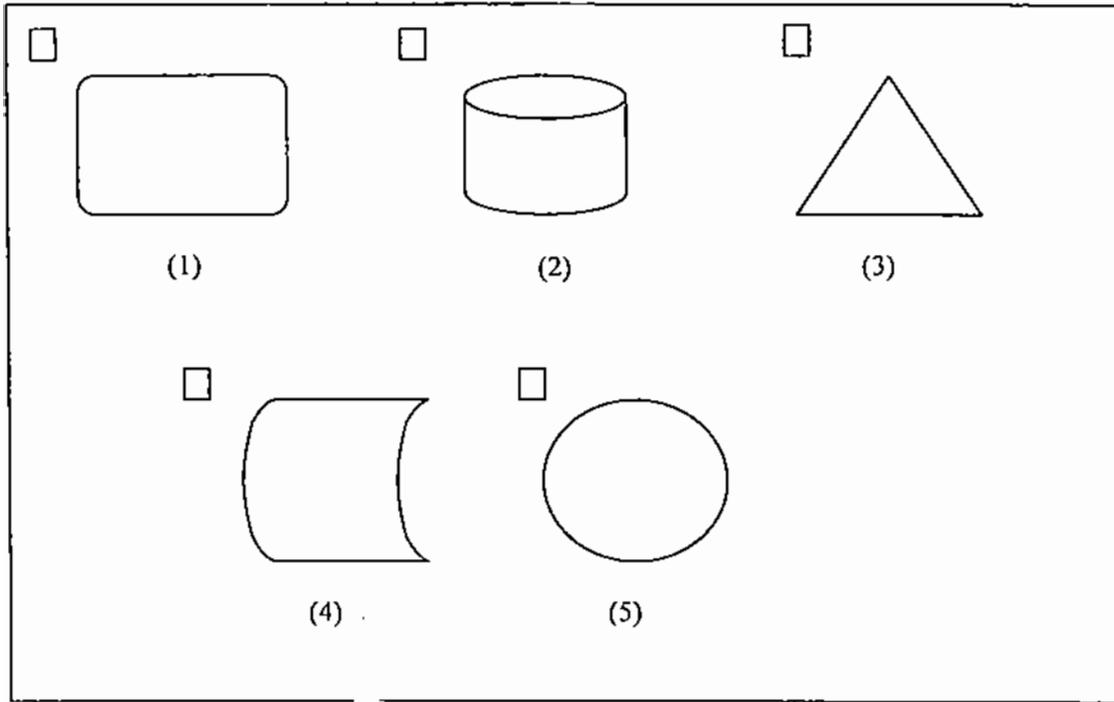
B.

Mana yang lebih panjang?

5)



2). Dibawah ini ada lima bentuk gambar, berilah tanda (✓) di depan bentuk yang menurut anda berbeda dengan bentuk lainnya disertai alasannya menurut pandangan anda.....



Alasan.....

.....



Sesi 5 : Latihan Kasus Manajemen Konflik

Tujuan : Setelah pelatihan, peserta mampu:

1. Bekerja dalam kelompok dan menganalisa kasus tersebut
2. Mempresentasikan hasil diskusi kelompok
3. Menarik kesimpulan dari kasus

Alat : 1. OHP

2. Kertas transparan dan spidol
3. Kertas dan penda

Metode : 1. Diskusi

2. Presentasi hasil

Contoh Kasus:

1. Anda sebagai kepala ruang mengadakan pertemuan mingguan yang pada kesempatan ini setiap staf keperawatan secara bergiliran selama 15 menit menyajikan topik bahasan yang mereka pilih. Anda juga harus teratur tiap minggu menyelenggarakan 2 rapat singkat, untuk membahas masalah umum dan konferensi/studi kasus. Akhir-akhir ini anda memperhatikan bahwa pertemuan tersebut tidak berjalan dengan baik karena salah satu anggota kelompok, Mirna, cenderung mendominasi waktu pertemuan, sehingga staf yang lain kurang mendapatkan kesempatan bicara. Secara pribadi anda telah berusaha memberikan masukan kepada Mirna, walaupun saat itu Mirna minta maaf, namun dia tetap melakukannya. Sebenarnya Mirna seorang perawat yang cerdas, cekatan dan dapat diandalkan dengan kinerjanya yang profesional.
2. Pada pukul 1 siang, Astuti, seorang kepala ruang bedah menghubungi Apoteker untuk menanyakan mengapa Tn Rahmat tidak diberikan obat untuk persiapan pulang. Dengan meletakkan telpon, ia berkata, "saya kecewa dengan kerja mereka, apakah Ia pikir hanya Ia sendiri yang dapat bekerja dan tidak ada staf lain yang mampu mengerjakannya". Kemudian Astuti melanjutkan kalimatnya, "Saya akan membicarakan hal ini pada seseorang".

Pertanyaan :

1. Apa sumber dari konflik yang sedang terjadi ?
2. Jika Anda sebagai kepala ruang/koordinator, yang bertanggung jawab atas situasi yang terjadi, darimana Anda akan memulai mencari pemecahan masalah ini ?
3. Anda dapat memilih satu cara penanggulangan konflik, dan uraikan pendapat anda.
4. Hal positif apa yang dapat diambil dari konflik diatas

B. Bimbingan Pada Kepala ruangan

1. Mendiskusikan dengan Kepala ruangan tentang :

a. Mengidentifikasi sumber konflik di Ruang

- Mendiskusikan dengan karu, sumber-sumber konflik yang telah diidentifikasi pada saat pelatihan.
- Mendiskusikan dengan karu prioritas konflik yang harus segera ditangani.

b. Mengidentifikasi Tahapan konflik di Ruang

- Bersama karu mengidentifikasi proses atau tahapan konflik yang sedang di hadapi.
- Mendiskusikan langkah-langkah selanjutnya dan memperdalam identifikasi konflik dengan menggali ciri-ciri dan fakta.

c. Mengidentifikasi gaya penyelesaian konflik

- Mendiskusikan langkah-langkah dan cara menyelesaikan konflik tersebut
- Mendiskusikan dan memilih strategi penyelesaian yang akan dipilih serta kapan waktu untuk menyelesaikannya.

2. Pertemuan dengan kepala ruangan sesuai dengan frekuensi bimbingan yang berbeda, ada yang 6 kali, 3 kali dan 0 kali bimbingan. Jadwal kunjungan ke ruangan dapat dilihat pada tabel 3.1.

3. Sebelum dan sesudah dibimbing, kepala ruangan diminta untuk mengisi format *self assesment* (Tabel 3.3)

B. Bimbingan Kepala Ruang Pada Perawat Pelaksana

1. Kepala ruangan melakukan bimbingan pada perawat pelaksana terkait dengan manajemen konflik untuk meningkatkan kinerjanya menggunakan format evaluasi kinerja yang dibuat kemudian dilakukan bimbingan terhadap aspek yang dinilai masih kurang. Adapun formatnya dapat dilihat pada tabel 3.2.
2. Frekuensi bimbingan kepala ruangan pada perawat pelaksana 4 kali untuk karu dengan 6 kali bimbingan dan 2 kali untuk karu dengan 3 kali bimbingan. Dapat dilihat pada tabel 3.1

Daftar Pustaka

- Huber, D. (2000). *Leadership and nursing care management*. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Hendricks, W. (2006). *Bagaimana Mengelola Konflik; petunjuk praktis untuk manajemen konflik yang efektif*. Cetakan keenam. Jakarta; PT. Bumi Aksara.
- Juanita, SE.(2002). *Memanejemi Konflik Dalam Suatu Organisasi*. Medan : FKM-USU.
- Jawwad, A,A. (2005). *Manajemen Konflik; panduan sukses diri dan organisasi*. Edisi Pertama. Bandung: PT. Syaamil Cipta Media.
- La Monica, E. (1998). *Kepecimpinan dan Manajemen Keperawatan*. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Pickering, P. (2006). *How To Manage Conflict*. Edisi ketiga. Surabaya; Penerbit Erlangga.
- Wahyudi. (2006). *Manajemen Konflik dalam Organisasi*. Cetakan kedua. Bandung; Penerbit Alfabeta.
- Winardi. (2007). *Manajemen Konflik; konflik perubahan dan pengembangan*. Cetakan kedua. Bandung; CV. Mandar Maju.

Tabel 3.1
Jadwal Bimbingan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruang dan Kepala Ruang Terhadap Perawat Pelaksana

No	Ruang	Σ PP	April							Mei										Jumlah Bimbingan Karu	Jumlah Bimbingan PP									
			28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	16	17	18	19	20	21	22	23
			Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö			Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö	Ö
1	Srikandi	7	Ö																										6 kali	3 Kali
2	Subadra	8	Ö																										6 kali	3 Kali
3	Yudistira	4	Ö																										6 kali	3 Kali
4	Nakula	5	Ö																										6 kali	3 Kali
5	Lesmana	6	Ö																										6 kali	3 Kali
6	Arjuna	6	Ö																										6 kali	3 Kali
7	Sadewa	6	Ö																										3 kali	3 Kali
8	Utari	7	Ö																										3 kali	3 Kali
9	Gatot Kaca	7	Ö																										3 kali	3 Kali
10	Bratasena	5	Ö																										3 kali	3 Kali
11	Rama	3	Ö																										3 kali	3 Kali
12	Bisma	7	Ö																										3 kali	3 Kali
13	Dewi Amba	6	Ö																										0 Kali	0 Kali
14	Drupadi	1	Ö																										0 Kali	0 Kali
15	Kresna	9	Ö																										0 Kali	0 Kali
16	Arimbi	5	Ö																										0 Kali	0 Kali
17	Shima	2	Ö																										0 Kali	0 Kali
18	Antasena	14	Ö																										0 Kali	0 Kali

Keterangan : Ö (Bimbingan pada Kepala ruangan)
 Bimbingan Karu pada PP
 Bimbingan Mandiri

Tabel 3.2
Lembar Evaluasi Kinerja Perawat

- Evaluator :
- Perawat :
- Cara evaluasi : Mengobservasi kinerja dikaitkan dengan kemampuan manajemen konflik perawat

No	Aspek Yang Dievaluasi	Ya	Tidak
I.	Ketaatan		
1.1	Mentaati peraturan dan ketentuan yang berlaku		
1.2	Mentaati perintah kedinasan yang diberikan atasan berwenang dengan baik		
1.3	Mentaati jam kerja yang sudah ditentukan		
1.4	Memberikan pelayanan bagi pasien dengan baik		
II.	Kejujuran		
2.1	Melaksanakan tugas dengan keikhlasan tanpa menunjukkan sikap terpaksa		
2.2	Tidak menyalahgunakan tugasnya sebagai perawat		
2.3	Melaporkan semua hasil pekerjaan pada Karu/Katim apa adanya		
III.	Tanggung Jawab		
3.1	Dapat menyelesaikan tugas dengan baik dan tepat waktu		
3.2	Mengutamakan kepentingan dinas daripada kepentingan pribadi atau kelompok		
3.3	Tidak melemparkan kesalahan yang dibuat pada orang lain		
3.4	Memelihara perlengkapan praktek di ruangan		
IV.	Kerja Sama		
3.5	Menghargai pendapat orang lain dan tidak memaksakan pendapat pribadi		
3.6	Mampu bekerja sama dengan teman sejawat		
3.7	Mampu bekerja sama dengan rekan dari profesi lain		
3.8	Dapat menerima keputusan yang diambil oleh atasan		
V.	Prestasi Kerja		
4.1	Menguasai asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan kasus yang ditangani		
4.2	Mempunyai keterampilan yang baik dalam melaksanakan tugas		
4.4	Bersungguh-sungguh dalam melaksanakan tugas		

Ket : Ya : Skornya 1
 Tidak : Skornya 0

Nilai akhir = $\frac{\text{Total skor}}{18} \times 100$

Penilai,

(.....)

Tabel 3.3
Self Assesment Tentang Manajemen Konflik Bagi Kepala Ruangan
di Rumah Sakit dr.H. Marzoeki Mahdi Bogor

I. Karakteristik Kepala Ruangan

1. Jenis Kelamin : L / P
2. Umur :tahun
3. Pendidikan terakhir : SPK/SPR D3-Kep. S1 Kep.
 S2 Keperawatan.
4. Status : Menikah Belum Menikah
 Janda/Duda
5. Unit Kerja/Ruangan :
6. Lama Kerja di rumah sakit ini :tahun

II. Kemampuan Manajemen Konflik Karu

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah daftar pernyataan di bawah ini dengan memberikan tanda cek list (√) pada kolom yang tersedia di sebelah pernyataan sesuai dengan persepsi saudara dengan alternatif pilihan sebagai berikut :
SI = selalu, Sr = sering, Kd = kadang-kadang, Tp = tidak pernah.
2. Sebelum kuesioner dikembalikan mohon diperiksa kembali kelengkapan jawaban, jangan sampai ada kolom jawaban yang kosong.

No	Pernyataan	SI 4	Sr 3	Kd 2	Tp 1
1.	Sebagai kepala ruangan, saya menyadari bahwa setiap staf saya mempunyai pengetahuan yang berbeda sehingga mempengaruhi persepsi mereka terhadap suatu masalah				
2.	Saya mampu mengidentifikasi kondisi yang dapat menjadi sumber konflik di ruangan				
3.	Jika salah satu staf saya bersikap menentang, saya menganggap hal itu sebagai suatu sumber konflik yang harus dikelola dengan baik				
4.	Sebelum mengambil keputusan terlebih dahulu saya menelusuri penyebab terjadinya konflik tersebut.				

No	Pernyataan	Sl 4	Sr 3	Kd 2	Tp 1
5.	Saya dapat mengidentifikasi adanya konflik di ruangan dari perilaku staf saya.				
6.	Ruangan tempat saya bekerja tidak terlepas dari konflik baik antar sesama perawat, dengan profesi kesehatan lain maupun dengan pasien dan keluarganya				
7.	Saya menyadari bahwa konflik merupakan serangkaian peristiwa dapat berproses dan berkembang				
8.	Pada saat terjadi konflik, saya mengidentifikasinya berdasarkan tahapan dari konflik tersebut				
9.	Saya dapat menyelesaikan konflik di ruangan sesuai dengan tahapan dan karakteristiknya.				
10.	Untuk menentukan proses konflik, saya melakukan pengamatan terhadap orang tersebut terlebih dahulu				
11.	Saya mampu mengelola staf saya ketika mereka memperlihatkan respons emosi terhadap adanya konflik				
12.	Saya menyediakan waktu yang cukup bagi pihak yang bertikai untuk mencapai kesepakatan bersama.				
13.	Saya mengutamakan kepentingan rumah sakit dalam menangani konflik				
14.	Sebelum mencoba menyelesaikan konflik, saya menentukan terlebih dahulu langkah-langkah untuk penyelesaian				
15.	Saya menggunakan strategi penyelesaian konflik yang berbeda pada tiap masalah				
16.	Strategi yang saya gunakan berhasil menyelesaikan konflik				
17.	Saya menyadari masing-masing staf memiliki pendapat yang berbeda untuk dipertimbangkan				
18.	Saya menerima masukan dari berbagai pihak dalam menyelesaikan konflik				
19.	Saya mengajak pihak yang sedang berkonflik untuk mendiskusikan masalah dengan kepala dingin				
20.	Saya berkonsultasi dengan atasan ketika konflik di ruangan sudah tidak dapat dikelola.				

SOAL PRE DAN POST TEST
PELATIHAN MANAJEMEN KONFLIK BAGI KEPALA RUANGAN

Berikan tanda silang pada lembar jawaban yang telah disediakan untuk jawaban yang paling tepat di bawah ini

1. Berikut merupakan pernyataan yang benar tentang konflik, *kecuali*...
 - a. Situasi yang terjadi ketika ada perbedaan pendapat
 - b. Ada perbedaan tujuan
 - c. Memiliki persamaan persepsi
 - d. Sikap saling mempertahankan diri
2. Berikut ini adalah aspek positif konflik, *kecuali* ...
 - a. Membantu untuk saling memahami
 - b. Memberikan saluran baru untuk komunikasi
 - c. Memberikan semangat baru
 - d. Menambahkan emosi
3. Konflik yang terjadi dalam diri seseorang disebut...
 - a. Konflik Intergroup
 - b. Konflik Intrapersonal
 - c. Konflik Interpersonal
 - d. Konflik Sosial
4. Konflik yang terjadi karena adanya perbedaan nilai, tujuan dan keyakinan antara 2 orang disebut...
 - a. Konflik Intergroup
 - b. Konflik Intrapersonal
 - c. Konflik Interpersonal
 - d. Konflik Sosial
5. Berikut ini yang dapat membuat konflik berkembang adalah...
 - a. Batasan pekerjaan yang tidak jelas
 - b. Hambatan komunikasi
 - c. Perbedaan status
 - d. Tupoksi yang jelas
6. Berikut ini merupakan sumber konflik dalam organisasi, *kecuali*...
 - a. Perilaku menentang
 - b. Stress
 - c. Ruang
 - d. Masalah keluarga
7. Konflik yang ditimbulkan oleh persoalan dan perselisihan kecil sehari-hari dapat dikategorikan dalam konflik...
 - a. Tahap satu
 - b. Tahap kedua
 - c. Tahap ketiga
 - d. Tahap keempat
8. Berikut ini yang merupakan ciri khas konflik tahap satu adalah...
 - a. Tahap ini diwarnai sikap "selamatkan diri"
 - b. Konflik mengandung unsur perselisihan
 - c. Orang pada umumnya bekerja sama untuk mencari cara mengatasi konflik
 - d. Bersikukuh berada pada pihak yang benar
9. Berikut ini yang merupakan ciri khas konflik tahap ketiga adalah...
 - a. Tahap ini diwarnai sikap "selamatkan diri"
 - b. Konflik mengandung unsur perselisihan
 - c. Orang pada umumnya bekerja sama untuk mencari cara mengatasi konflik
 - d. Bersikukuh berada pada pihak yang benar

10. Gaya penyelesaian konflik yang mengikuti kemauan orang lain adalah...
 - a. Kolaborasi
 - b. Akomodasi
 - c. Kompetitif
 - d. Avoiding
11. Gaya penyelesaian konflik dengan mengulur waktu dan menghindar adalah...
 - a. Kompromi
 - b. Avoiding
 - c. Akomodasi
 - d. Kolaborasi
12. " Saya tidak peduli pendapat anda. Kerjakan saja perintah saya" merupakan contoh kalimat yang menggambarkan gaya penyelesaian konflik...
 - a. Kolaborasi
 - b. Akomodasi
 - c. Kompetitif
 - d. Avoiding
13. Berikut ini merupakan kegunaan dari gaya penyelesaian konflik kompromi ,
kecuali...
 - a. Sangat efektif bila kedua pihak sama-sama benar
 - b. Dapat digunakan untuk konflik tahap satu
 - c. Efektif bila keputusan segera diambil
 - d. Pihak yang bersangkutan didorong untuk membicarakan persoalan untuk mencapai kesepakatan
14. Berikut ini merupakan kegunaan dari gaya penyelesaian konflik akomodasi ,
kecuali...
 - a. Efektif bila ada perbedaan besar dalam tingkat pengetahuan yang dimiliki
 - b. Gaya ini dapat memelihara hubungan baik
 - c. Membangun kepercayaan dan rasa percaya diri pada pihak lain
 - d. Dapat digunakan sebagai mekanisme untuk melimpahkan wewenang
15. " Saya usul sebaiknya masalah ini kita simpan dulu sementara" merupakan contoh kalimat yang menggambarkan gaya penyelesaian konflik...
 - a. Kolaborasi
 - b. Akomodasi
 - c. Kompetitif
 - d. Avoiding

LEMBAR JAWABAN SOAL

NAMA :

HASIL :

RUANGAN :

NO	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

NO	A	B	C	D
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

DAFTAR HADIR PESERTA PELATIHAN
 " MANAJEMEN KONFLIK "
 HARI, TANGGAL : KAMIS, 24 APRIL 2008

NO	NAMA	RUANGAN	JAM MASUK	JAM KELUAR	KETERANGAN
1.	Nelizar	ICU	14.30		
2.	Erlina Kerkhin	Abinmulya	14.30		
3.	Hartini mth	Dangari	14.30		
4.	P. Sijaint	Kresna	14.30		
5.	Jurnal C	Angin	14.30		
6.	dedel D	Sarawati	14.30		
7.	KAMI S	Garuda	14.30		
8.	NI KEATI RIASTANI	ARIMBI	14.30		
9.	Ary Swarna	Yudistira	14.30		
10.	Made Rai	Rama	14.30		
11.	MIMIN	Rama	14.30		
12.	cilik R	Panlasit	14.30		
13.	Iba Faridah	Perhe	14.30		
14.	Nandang Suryana	Nalulu	14.30		
15.	SUMARNI S	Shinta	14.30		
16.	NASMIKUH	Utari	14.30		
17.	H. Pupri . S.	Subadra	14.30		
18.	Khairun Nisa	kebidanan	14.30		
19.	SRI Redjeh	Depok	14.30		
20.	MD. Swasz	Sadewa	14.30		
21.	Lily Hertlinah	Antasena	14.30		
22.	ASUNG	DEWI ANISA	14.30		
23.	Wuri Wunah	Srikandi	14.30		
24.					
25.					
26.					
27.					

Hasil Pelatihan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruangan

No	Kepala Ruangan	Tes Kognitif		Self Assesment	
		Pre	Post	Pre	Post
1	Srikandi	73,33	93,3	88,75	91,5
2	Subadra	66,6	80	75	87,5
3	Yudistira	73,33	100	87,5	88,75
4	Lesmana	78	100	92,5	95
5	Arjuna	73,33	86,6	92,5	97,5
6	Sadewa	65	80	95	97,5
7	Utari	66	80	88,75	95
8	Gatot Kaca	60	86,6	95	97,5
9	Bisma	62	80	92,5	98,75
10	Bratasena			92,5	97,5
11	Rama	63,3	80	75	92,5
12	Dewi Amba	60	86,6	82,5	91,25
13	Dripadi	60	80	88,75	95
14	Antasena	66	93,3	83,75	88,75
15	Shinta	72	36,6	87,5	92,5
16	Kresna	73,33	80	78,75	87,5
17	Nakula	66	93,3	97,5	98,75
18	Arimbi	66,6	86,6	91,25	97,5
	Rata-rata	67,34	86,64	88,06	93,90



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 693 /PT02.H4.FIK/I/2008 24 Maret 2008
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin uji instrumen penelitian

Yth. Direktur
RS. Jiwa Grogol
Jl. Kyai Maja
Jakarta

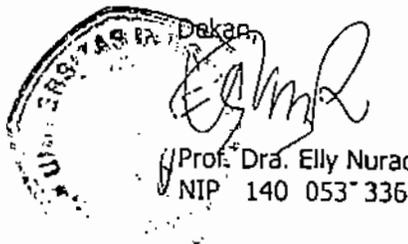
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama :

Sdr. Amira Bin Seh Abubakar
0606026635

akan mengadakan uji instrumen penelitian dengan judul : "Pengaruh Pelatihan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruang Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Unit Rawat Inap RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa tersebut untuk mengadakan uji instrumen penelitian di RS. Jiwa Grogol Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.


/Prof. Dra. Elly Nurachmah, D.N.Sc
NIP 140 053 336

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan Akademik FIK-UI
2. Kepala Bidang Keperawatan RS. Jiwa Grogol
3. Kepala Bagian Diklat RS. Jiwa Grogol
4. Kepala Instalasi Rawat Inap RS. Jiwa Grogol
5. Kepala Ruang Rawat Inap RS. Jiwa Grogol
6. Ketua Program Pasca Sarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Thesis"
8. Peninggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 675/PT02.H4.FIK/I/2008
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

24 Maret 2008

Yth. Direktur
RS. Marzoeki Mahdi
Jl. Dr. Semeru
Bogor

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama :

Sdr. Amira Bin Seh Abubakar
0606026635

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh Pelatihan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruang Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Unit Rawat Inap RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk mengadakan penelitian di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dekan,


Prof. Dra. Elly Nurachmah, D.N.Sc
NIP 140 053 336

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan Akademik FIK-UI
2. Kepala Bidang Keperawatan RSMM Bogor
3. Kepala Diklat RSMM Bogor
4. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
5. Ketua Program Pasca Sarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Thesis"
7. Pertinggal



**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK
RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

Alamat Dr. Sumeru No. 114 Bogor 16001 PO.Box. 178

Telp. (0251) 324026

Fax. (0251) 324025

Nomor : DL. 02.04.1613
Lampiran : -
Perihal : Balasan Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Di
Tempat

Dengan hormat

Sehubungan dengan Surat Saudara Nomor:675/PTH02.H4.FIK/I/2008 tertanggal 24 Maret 2008 perihal Permohonan Ijin Penelitian, berikut ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan atas nama Sdri. Amira Bin Seh Abubakar, NIM : 0606026635 dengan judul : ***"Pengaruh Pelatihan Manajemen Konflik Pada Kepala Ruang Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Unit Rawat Inap RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor"***.

Adapun kami menunjuk sebagai pembimbing adalah **Sdr. Akemat,SKp,M.Kes.**

Demikian penyampaian kami. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bogor, 11 April 2008
Direktur,

Dr. Hj. Irwani Muthalib, Sp.KJ
NIP.140 077 810 

RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

TIM KOORDINATOR PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

Jl. Dr. Sumeru No.114 Bogor 16111

Telp. 0251 – 324024/324026

Nomor : DL.02.04.71

Lampiran: -

Perihal : Pemberitahuan melakukan pencarian data

Kepada

Yth. Kepala Ruangan :

Pada RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Di

Tempat

Dengan hormat.

Sehubungan dengan adanya kegiatan mahasiswa akan melakukan penelitian untuk mencari data di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor atas :

Nama : Amira Bin Seh Abubakar
NIM : 0606026635
Institusi : Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan
Waktu : 14 April 2008 s.d. selesai
Ruangan : Rawat Inap Psikiatri dan Umum

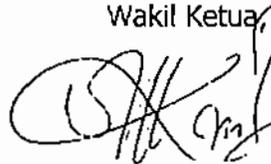
Kami mohon kerja sama Saudara untuk memfasilitasi penggunaan unit kerja saudara dalam pencarian data tersebut.

Demikian penyampaian kami. Atas kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Bogor, 11 April 2008

An. Ketua Diklat

Wakil Ketua



Akemat, SKp, M.Kes

NIP. 140 310 866

Tembusan :

1. Kabid Perawatan
2. Peringgal

RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

[Logo Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor]

Nomor : 44/ST/Bidper/IV/2008
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Penugasan mengikuti pelatihan

Kepada
Yth. :
Pada RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
Di
Tempat

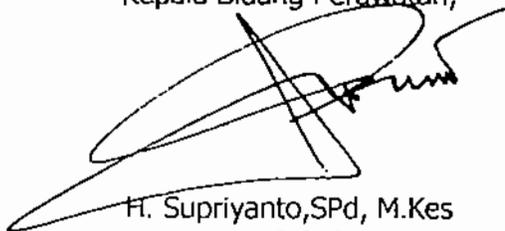
Sehubungan akan dilaksanakannya Pelatihan "**Manajemen Konflik**" bagi Kepala Ruzangan maka, dengan ini Kepala Bidang Perawatan menugaskan kepada nama-nama yang tercantum dalam lampiran ini untuk mengikuti kegiatan tersebut. (daftar nama terlampir)

Adapun Pelatihan tersebut akan dilaksanakan pada :

Hari : Kamis
Tanggal : 24 April 2008
Waktu : 08.00 s.d.15.00 WIB
Tempat : Gedung Diklat RSMM Bogor

Demikian Surat penugasan ini dibuat untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Bogor, 22 April 2008
Kepala Bidang Perawatan,



H. Supriyanto,SPd, M.Kes
NIP. 140 070 540

RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**BIDANG PERAWATAN**

LAMPIRAN SURAT NOMOR : 44/ST/Bidper/IV/2008

**DAFTAR NAMA PESERTA
PELATIHAN MANAJEMEN KONFLIK**

NO	NAMA	NIP	JABATAN	RUANGAN
1.	Junaeda Lukman	140 096 652	Karu	Arjuna
2.	Mimin Rukmini	140 169 930	Karu	Bisma
3.	Bustomi,S.Kep,Ns	140 332 562	Karu	Antasena
4.	Hj. Nelizar	140 175 671	Karu	ICU
5.	Cilik Ratnaningrum	140 348 521	Karu	Parikesit
6.	E. Tati Suhaeti	140 066 094	Karu	Kebidanan
7.	Ida Farida,SKp	140 369 611	Karu	Perinatologi
8.	Wiji Winarti,S.Kep,Ns	140 088 985	Karu	Srikandi
9.	Parlindungan Sijabat	140 260 685	Karu	Kresna
10.	Desnelly,S.Kep,Ns	140 092 845	Karu	Dewi Amba
11.	Entin Kartini	140 088 984	Karu	Abimanyu
12.	Yuyo Haryono,SKp,M.Kep	140 353 157	Karu	Bratacena
13.	Sis Pipih Sopiah	140 066 065	Karu	Subadra
14.	Dedeh Djubaedah	140 091 452	Karu	Saraswati
15.	Ni Ketut Riastini	140 096 289	Karu	Arimbi
16.	Hj. E. Kasmirah	140 070 547	Karu	Utari
17.	Hartiniwati	140 118 967	Katim	Drupadi
18.	I Ketut Sudina	140 174 538	Karu	Gatot Kaca
19.	Made Rai Trikomaryani	140 124928	Karu	Rama
20.	Sri Redjeki J,S.Kep,Ns	140 338 845	Karu	Detoks (Lesmana)
21.	Sumarni Situmorang,SKM	140 338 846	Karu	Shinta
22.	Aep Sumarna,S.Kep,Ns	140 252 428	Karu	Yudistira
23.	Nandang Suryana, S.Kep,Ns	140 096 232	Karu	Nakula
24.	I Made Suarsa	140 233 957	Karu	Sadewa

Kepala Bidang Perawatan,


H. Supriyanto, SPd, M.Kes

NIP. 140 070 540

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Amira Bin Seh Abubakar
Tempat, tanggal lahir : Sanana, 31 Desember 1978
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen Poltekkes Ternate Jurusan Keperawatan
Alamat Rumah : Jl. Hasan Esa No.5 Takoma Kota Ternate Selatan 97711
Alamat Institusi : Jl. Tanah Tinggi Kel. Maliaro. Kec. Kota Ternate Selatan 97711

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri I Sanana, 1991
2. SMP Negeri I Sanana, 1994
3. SMA Negeri I Ternate, 1997
4. Sarjana Keperawatan FIK-UI Jakarta, 2001

Riwayat Pekerjaan

1. Dosen Poltekkes Ternate Jurusan Keperawatan, 2001- sekarang