# Strengthening Conflict Management to Support Patient Safety In The Napza Rehabilitation Unit at RSKO Jakarta

**Rosdiana Pangaribuan[1)], Sirajudin Noor[2)], Sudiharto[3)], *Herlina[4)], Mu'minah[5)], Ida[6)]**

[1)2)3)4)]Program Studi Keperawatan Program Magister, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta
[5)6)]Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta
***Correspondence author**: Herlina, herlina@upnvj.ac.id, Jakarta, Indonesia
**DOI**: https://doi.org/10.37012/jpkmht.v8i2.3981

## *Abstract*

*Conflict among patients in substance-use rehabilitation may compromise patient safety, therapeutic relationships, and continuity of care. This article reports a nursing-management residency project designed to strengthen the conflict-management system in the NAPZA Rehabilitation Unit at RSKO Jakarta. The project used a descriptive-analytic approach and a single-group program evaluation with knowledge measured immediately before and after the intervention. Assessment included observation, interviews/discussions, review of documents and incident records from 2023–2026, 5M/7M analysis, SWOT analysis, and Urgency, Seriousness, Growth (USG) prioritization. Thirteen nurses participated in the knowledge evaluation. The intervention combined a strengthened conflict-management guide, education, de-escalation training/simulation, a response pathway, a Post-Conflict Reconciliation Form, documentation, debriefing, and a monitoring plan. Patient conflict/fighting received the highest USG score of 15 (U=5, S=5, G=5). Mean knowledge scores increased from 41.8 before the intervention to 86.8 immediately afterward, a 45.0-point difference. These findings indicate an immediate improvement in knowledge but do not demonstrate improved clinical skills or a reduction in conflict incidents. Because the project had no comparison group and documented evidence of instrument validity and reliability was unavailable, the results should be interpreted cautiously. The program's contribution is a context-specific, system-oriented package that links education with response procedures, reconciliation, documentation, and incident learning in NAPZA rehabilitation. Program sustainability should be evaluated through regular monitoring of safety indicators, adherence to response pathways, and conflict documentation.*

***Keywords:*** *Conflict Management, De-Escalation, Nursing Residency, Patient Safety, Subtance-use Rehabilitation*

## Abstrak

Konflik antar pasien di unit rehabilitasi gangguan penggunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA) berpotensi mengganggu keselamatan pasien, hubungan terapeutik, dan kesinambungan pelayanan. Artikel ini melaporkan proyek residensi manajemen keperawatan yang berfokus pada penguatan sistem manajemen konflik di Ruang Rehabilitasi Instalasi Rehabilitasi NAPZA RSKO Jakarta. Kegiatan menggunakan pendekatan deskriptif-analitik dan evaluasi program satu kelompok dengan pengukuran pengetahuan sebelum dan segera sesudah intervensi. Pengkajian dilakukan melalui observasi, diskusi/wawancara, telaah dokumen dan insiden tahun 2023–2026, analisis 5M/7M, SWOT, dan prioritas Urgency, Seriousness, Growth (USG). Sebanyak 13 perawat mengikuti evaluasi pengetahuan. Intervensi mencakup penguatan panduan, sosialisasi, pelatihan/simulasi de-eskalasi, alur respons, Form Rekonsiliasi Pasca Konflik, dokumentasi, debriefing, dan rencana monitoring. Konflik/perkelahian pasien memperoleh skor USG tertinggi, yaitu 15 (U=5, S=5, G=5). Rerata skor pengetahuan meningkat dari 41,8 pada pre-test menjadi 86,8 pada post-test, dengan selisih 45,0 poin. Hasil ini menunjukkan peningkatan pengetahuan segera setelah kegiatan, tetapi tidak membuktikan perubahan keterampilan klinis atau penurunan insiden konflik. Karena desain tidak memiliki kelompok pembanding dan instrumen belum memiliki bukti validitas serta reliabilitas yang terdokumentasi, hasil perlu ditafsirkan secara hati-hati. Kontribusi program adalah mengintegrasikan edukasi dengan prosedur respons, rekonsiliasi, dokumentasi, dan pembelajaran insiden dalam satu pendekatan sistem yang kontekstual bagi rehabilitasi NAPZA. Keberlanjutan program perlu

dievaluasi melalui pemantauan indikator keselamatan, kepatuhan terhadap alur respons, dan dokumentasi konflik secara berkala.

**Kata Kunci:** De-Eskalasi, Keselamatan Pasien, Manajemen Konflik, Rehabilitasi NAPZA, Residensi Keperawatan

## PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan organisasi pelayanan yang kompleks karena mempertemukan pasien dengan kebutuhan yang beragam, tenaga profesional dengan kompetensi berbeda, teknologi, kebijakan, sumber daya, dan proses pelayanan yang berlangsung terus-menerus. Mutu pelayanan tidak hanya ditentukan oleh kemampuan klinis, tetapi juga oleh kepemimpinan, koordinasi, komunikasi, pengelolaan risiko, dan budaya keselamatan. World Health Organization (WHO, 2021, 2024) menekankan bahwa pengurangan bahaya yang dapat dicegah memerlukan kepemimpinan, pembelajaran dari insiden, penguatan sistem, dan perbaikan berkelanjutan. Di Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 mengatur keselamatan pasien melalui pengelolaan risiko, pelaporan dan analisis insiden, pembelajaran, serta implementasi perbaikan.

Perawat berada pada posisi strategis untuk mengenali tanda dini eskalasi, menggunakan komunikasi terapeutik, melakukan intervensi awal, meminta bantuan, berkoordinasi lintas profesi, dan mendokumentasikan kejadian. Penelitian dan telaah mengenai pelatihan de-eskalasi menunjukkan bahwa pelatihan dapat memperkuat pengetahuan, kepercayaan diri, dan performa pada skenario latihan, tetapi bukti mengenai dampak langsung terhadap angka kekerasan masih beragam dan memiliki keterbatasan metodologis (Brenig et al., 2023; Price et al., 2015; Price et al., 2024). Studi evaluasi di rumah sakit kesehatan perilaku juga melaporkan perbaikan pada sejumlah luaran staf setelah pelatihan manajemen konflik, sehingga pendekatan yang menggabungkan keterampilan komunikasi dan dukungan organisasi layak dipertimbangkan (An evaluation of a de-escalation conflict management training, 2021).

Konteks rehabilitasi NAPZA memiliki karakteristik berupa interaksi intensif, rutinitas kelompok, aturan bersama, batas perilaku, dan proses pemulihan yang membutuhkan koordinasi multidisiplin. Konflik antarpasien dapat berawal dari aturan, pembagian peran atau aktivitas, barang pribadi, rokok, teguran, perbedaan persepsi, dan interaksi sehari-hari. Apabila tidak dikenali dan dikelola secara proporsional, konflik dapat berkembang menjadi agresi fisik, cedera, gangguan hubungan terapeutik, atau terhentinya kegiatan pelayanan. Literatur kesehatan mental menegaskan pentingnya de-eskalasi nonfisik, komunikasi yang

tenang, penilaian risiko, menjaga ruang aman, serta meminta dukungan sesuai tingkat ancaman (Brenig et al., 2023; Price et al., 2024).

Pengkajian residensi di Ruang Rehabilitasi RSKO Jakarta mengidentifikasi kebutuhan penguatan ketenagaan dan distribusi tenaga, komunikasi terapeutik, handover dan dokumentasi, sarana keselamatan, manajemen risiko, serta respons terhadap konflik/perkelahian pasien. Telaah dokumen dan insiden periode 2023–2026, pengamatan lapangan, dan analisis risiko menempatkan konflik pasien sebagai prioritas. Konflik dipahami bukan semata-mata sebagai persoalan individu, tetapi sebagai risiko sistem yang memerlukan pencegahan, respons terstandar, pemulihan, dokumentasi, dan pembelajaran organisasi. Kompetensi manajemen konflik juga berkaitan dengan kepemimpinan keperawatan dan mutu pelayanan (González-García et al., 2025; Lee et al., 2023).

**Kesenjangan, kebaruan, dan kontribusi program**

Program pelatihan de-eskalasi telah diteliti dalam layanan kesehatan mental dan rumah sakit, tetapi bukti tentang dampaknya terhadap angka insiden belum konsisten; selain itu, pembelajaran satu kali tidak dengan sendirinya membuktikan perubahan praktik atau keselamatan (Brenig et al., 2023; Price et al., 2024). Pada konteks unit rehabilitasi NAPZA RSKO Jakarta, kebutuhan yang ditemukan tidak hanya berupa peningkatan pengetahuan, tetapi juga standardisasi alur respons, dokumentasi, rekonsiliasi pascakonflik, debriefing, dan monitoring. Kebaruan praktis program ini terletak pada penggabungan komponen-komponen tersebut dalam satu paket penguatan manajemen keperawatan yang disesuaikan dengan konteks unit. Kontribusinya adalah menyediakan model implementasi lokal dan data awal perubahan pengetahuan yang dapat menjadi dasar evaluasi mutu lanjutan, bukan klaim bahwa insiden konflik telah menurun.

Tujuan artikel ini adalah mendeskripsikan proses pengkajian dan implementasi penguatan manajemen konflik serta mengevaluasi perubahan pengetahuan perawat sebelum dan segera sesudah intervensi di Ruang Rehabilitasi RSKO Jakarta.

## METODE PELAKSANAAN

Desain dan konteks kegiatan

Artikel ini merupakan laporan proyek residensi manajemen keperawatan berbasis masalah dan evaluasi program, bukan uji efektivitas terkontrol. Desain evaluasi pengetahuan adalah one-group pre-test–post-test tanpa kelompok pembanding. Kegiatan dilakukan di Ruang

Rehabilitasi, Instalasi Rehabilitasi NAPZA RSKO Jakarta pada tahun 2026. Sosialisasi manajemen konflik terdokumentasi berlangsung pada 7 September 2026, secara luring di ruang rehabilitasi dan secara daring melalui Zoom bagi perawat pada shift lain. Pengkajian dan telaah dokumen mencakup data insiden tahun 2023–2026. Durasi total program, jumlah sesi pelatihan/simulasi yang terpisah, dan menit pelaksanaan tiap sesi tidak tercatat secara lengkap dalam dokumen sumber; karena itu, informasi tersebut tidak diasumsikan dalam laporan ini.

Peserta dan sumber data

Sebanyak 13 perawat mengikuti pengukuran pengetahuan pre-test dan post-test. Peserta merupakan perawat yang terlibat dalam pelayanan di unit rehabilitasi dan dijangkau melalui pelaksanaan kegiatan unit (convenience/total participants present at the activity); kerangka sampling formal dan karakteristik demografis individual tidak terdokumentasi. Dengan demikian, usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, masa kerja, dan distribusi jabatan tidak dilaporkan agar tidak membuat data yang tidak tersedia. Pengkajian sistem juga melibatkan observasi kondisi pelayanan, diskusi/wawancara dengan unsur pelayanan dan tim ruangan, telaah dokumen, telaah data insiden, serta dokumen manajemen risiko. Jumlah informan wawancara terpisah dari 13 peserta evaluasi tidak tercatat secara pasti dan tidak disamakan dengan jumlah peserta tes.

Pengkajian dan analisis masalah

Data pengkajian dianalisis menggunakan pendekatan 5M (Man, Money, Material, Machine, Method), 7M (Man, Method, Material, Machine, Money, Measurement, Management), analisis kesenjangan, SWOT, akar masalah, dan prioritas USG. Setiap masalah dinilai pada skala 1–5 untuk urgency, seriousness, dan growth. Skor USG digunakan untuk menentukan fokus program, bukan sebagai ukuran prevalensi atau insidensi klinis.

Komponen dan pelaksanaan intervensi

Paket intervensi meliputi: (1) penyusunan/penyempurnaan Buku Panduan Manajemen Konflik; (2) sosialisasi mengenai konsep konflik, tanda dini, pemicu, komunikasi terapeutik, de-eskalasi, penilaian keselamatan, eskalasi bantuan, mediasi, rekonsiliasi, dokumentasi, debriefing, dan monitoring; (3) penguatan alur respons konflik; (4) latihan/simulasi skenario konflik dan komunikasi de-eskalasi sebagaimana tercantum dalam rencana intervensi; (5) pengembangan Form Rekonsiliasi Pasca Konflik; serta (6) rencana supervisi dan pemantauan. Pelaksanaan sosialisasi dilakukan secara luring dan

daring untuk menjangkau perawat pada shift berbeda.

Dokumen sumber tidak mencantumkan jumlah fasilitator, durasi menit, atau jumlah simulasi secara terperinci; aspek ini perlu dicatat pada pelaksanaan berikutnya agar program dapat direplikasi secara penuh.

Instrumen, validitas, dan reliabilitas

Pengetahuan diukur menggunakan 20 soal pilihan ganda yang sama pada pre-test dan post-test. Jawaban benar diberi skor 5 dan jawaban salah skor 0, sehingga rentang nilai adalah 0–100. Materi mencakup enam domain: konsep dasar; identifikasi dan klasifikasi; komunikasi dan de-eskalasi; keselamatan dan respons; pemulihan pascakonflik; serta monitoring dan evaluasi. Berdasarkan dokumen yang tersedia, instrumen disusun mengacu pada materi Buku Panduan Manajemen Konflik, tetapi tidak ditemukan dokumentasi uji validitas isi oleh panel ahli, uji keterbacaan, uji coba, atau koefisien reliabilitas (misalnya KR-20). Oleh sebab itu, validitas dan reliabilitas instrumen belum dapat dinyatakan telah teruji. Naskah ini melaporkan instrumen sebagai alat evaluasi internal program, bukan instrumen baku tervalidasi.

Prosedur pengukuran dan analisis statistik

Pre-test dilakukan sebelum penyampaian materi dan post-test segera setelah intervensi pada rangkaian kegiatan yang sama; interval tepat dalam menit tidak terdokumentasi. Penggunaan soal yang sama berpotensi menimbulkan testing effect, yaitu peserta mengingat butir atau jawaban dari pengukuran awal. Analisis yang dapat dipastikan dari data yang tersedia adalah analisis deskriptif berupa rerata pre-test, rerata post-test, dan selisih absolut rata-rata. Rerata meningkat dari 41,8 menjadi 86,8 dengan selisih 45,0 poin. Data individual berpasangan, simpangan baku, distribusi skor, dan hasil uji asumsi tidak tersedia dalam naskah sumber; karena itu, uji inferensial, interval kepercayaan, ukuran efek, dan nilai p tidak dihitung atau diklaim. Apabila data individual lengkap tersedia, analisis lanjutan dapat menggunakan uji t berpasangan bila selisih skor memenuhi asumsi yang relevan, atau Wilcoxon signed-rank bila asumsi parametrik tidak terpenuhi.

Etika dan kerahasiaan

Artikel menggunakan ringkasan evaluasi program dan dokumen internal unit. Identitas pasien tidak ditampilkan. Status persetujuan etik atau penetapan pengecualian untuk laporan proyek residensi tidak tercantum dalam dokumen sumber; penulis perlu mencantumkan nomor persetujuan/izin institusi yang benar sebelum pengiriman jurnal dan tidak boleh mengklaim persetujuan etik tanpa bukti dokumenter.

# HASIL DAN PEMBAHASAN

## Karakteristik Masalah dan Prioritas Intervensi

Konflik pasien memperoleh skor prioritas USG tertinggi sebesar 15 (U=5, S=5, G=5), diikuti komunikasi efektif dan de-eskalasi sebesar 13, sedangkan panduan/alur respons, dokumentasi, rekonsiliasi, debriefing-monitoring, dan sarana pendukung berada pada rentang 10-12. Hasil ini menunjukkan bahwa masalah konflik dipengaruhi oleh kombinasi faktor individu, proses, sarana, pengukuran, dan manajemen.

Analisis 7M memperlihatkan kebutuhan penguatan kompetensi pada unsur Man; standardisasi panduan, alur eskalasi, rekonsiliasi, dan dokumentasi pada Method; media edukasi dan instrumen pada Material; kesiapan sarana keamanan dan komunikasi pada Machine; dukungan sumber daya pada Money; pemanfaatan data insiden dan audit pada Measurement; serta kepemimpinan, supervisi, koordinasi, dan tindak lanjut pada Management. Pendekatan sistem ini sesuai dengan prinsip keselamatan pasien yang menempatkan insiden sebagai sumber pembelajaran, bukan semata-mata sebagai kesalahan individu (WHO, 2021, 2024).

Untuk menetapkan fokus intervensi secara objektif, setiap masalah dinilai berdasarkan tingkat urgency, seriousness, dan growth (USG). Tabel 1 memperlihatkan hasil prioritas masalah yang menjadi dasar penetapan konflik pasien sebagai fokus utama intervensi.

**Tabel 1.**
**Prioritas Masalah Manajemen Konflik Berdasarkan Metode USG**

| No. | Masalah prioritas | U | S | G / Total |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Konflik pasien berulang dan berpotensi menimbulkan cedera | 5 | 5 | 5 / 15 |
| 2 | Komunikasi terapeutik dan de-eskalasi belum seragam | 5 | 4 | 4 / 13 |
| 3 | Panduan/alur respons konflik perlu diperkuat | 4 | 4 | 4 / 12 |
| 4 | Dokumentasi dan handover konflik perlu diperkuat | 4 | 4 | 4 / 12 |
| 5 | Rekonsiliasi pasca konflik belum optimal | 4 | 4 | 4 / 12 |
| 6 | Debriefing dan monitoring belum optimal | 4 | 4 | 4 / 12 |
| 7 | Sarana pendukung keselamatan perlu dipastikan | 3 | 4 | 3 / 10 |

Berdasarkan Tabel 1, Konflik/perkelahian pasien memperoleh skor USG tertinggi sebesar 15 (U=5, S=5, G=5), diikuti kebutuhan penguatan komunikasi efektif dan de-eskalasi dengan skor 13. Panduan/alur respons, dokumentasi, rekonsiliasi, debriefing-monitoring memperoleh skor 12, sedangkan sarana pendukung keselamatan memperoleh skor 10. Hasil prioritas tersebut menunjukkan bahwa konflik dipandang mendesak, serius, dan berpotensi berulang sehingga memerlukan intervensi yang tidak terbatas pada edukasi.

**Pelaksanaan Intervensi dan Dokumentasi Kegiatan**

Intervensi dilaksanakan sebagai penguatan sistem, bukan sekadar penyampaian informasi. Materi sosialisasi mencakup definisi dan tujuan manajemen konflik, tanda dini, komunikasi terapeutik, de-eskalasi, pengkajian penyebab, mediasi, rekonsiliasi, debriefing, dokumentasi, monitoring, dan evaluasi. Pelaksanaan dilakukan secara luring bagi perawat yang berada di unit serta secara daring melalui Zoom agar perawat pada shift yang berbeda memperoleh materi yang sama.

Dokumentasi kegiatan memperlihatkan keterlibatan perawat dalam pembelajaran dan kolaborasi tim. Bukti visual ini mendukung bahwa intervensi diterapkan melalui kegiatan edukasi dan penguatan kompetensi, bukan berhenti pada penyusunan dokumen.




Gambar 1: Pelaksanaan Sosialisasi Manajemen Konflik Di Ruang Rehabilitasi RSKO Jakarta Secara Luring Dan Daring

Tabel 2 merangkum strategi intervensi yang dilaksanakan secara bertahap dan saling melengkapi, mulai dari penguatan panduan, edukasi, pelatihan dan simulasi, rekonsiliasi, hingga supervisi dan controlling. Rangkaian tersebut menunjukkan bahwa penguatan manajemen konflik tidak hanya diarahkan pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga pada pembentukan keterampilan, standardisasi respons, dokumentasi, serta tindak lanjut sebagai bagian dari pengendalian risiko konflik.

**Tabel 2.**
**Strategi Intervensi Manajemen Konflik Dan Luaran Utama**

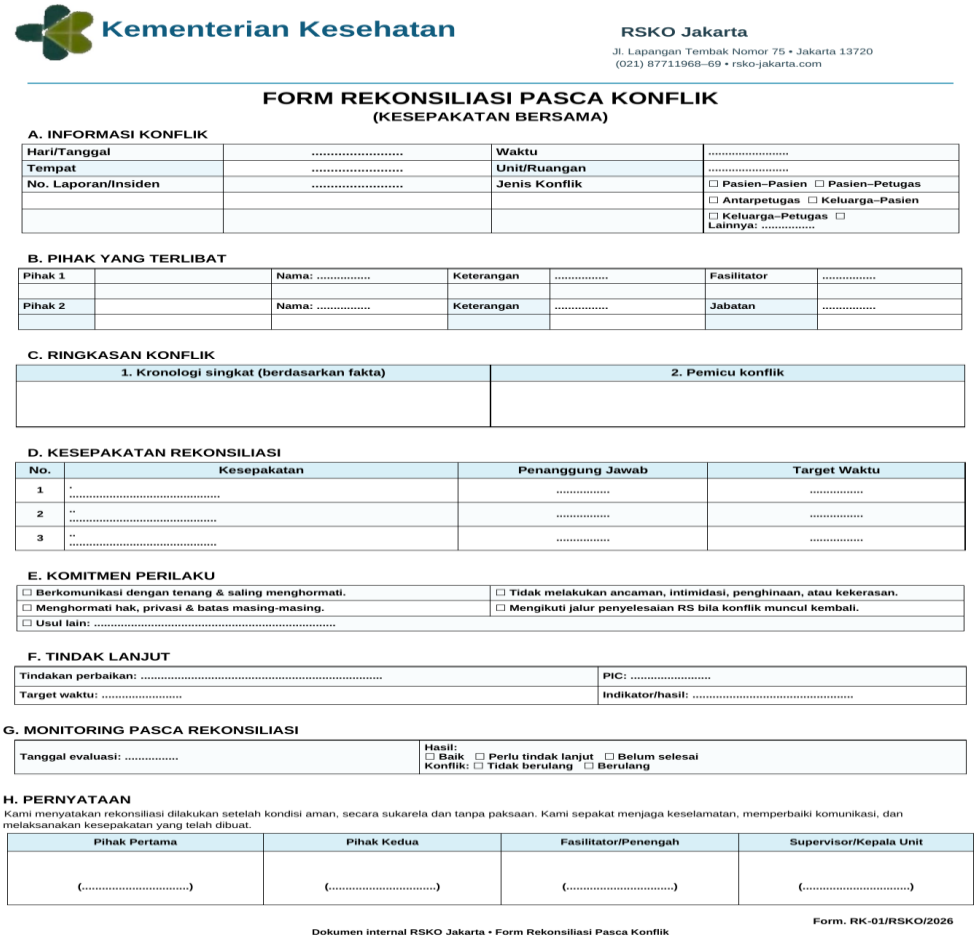
| Strategi | Kegiatan inti | Luaran utama |
|---|---|---|
| Penguatan panduan | Menyusun/menyempurnakan Buku Panduan Manajemen Konflik | Panduan lebih mudah digunakan |
| Edukasi | Sosialisasi tanda dini, alur respons, de-eskalasi, rekonsiliasi, debriefing | Pemahaman meningkat |
| Pelatihan/simulasi | Latihan skenario konflik dan komunikasi de-eskalasi | Kesiapsiagaan/keterampilan diperkuat |
| Rekonsiliasi | Penggunaan Form Rekonsiliasi setelah kondisi aman | Kesepakatan dan komitmen terdokumentasi |

| | | |
|---|---|---|
| Supervisi/controlling | Observasi, audit, monitoring kejadian dan tindak lanjut | Kepatuhan dan pembelajaran meningkat |

**Rekonsiliasi sebagai Jembatan dari Respons ke Pemulihan**

Rekonsiliasi dilakukan setelah kondisi aman dan pihak yang terlibat mampu berkomunikasi. Form Rekonsiliasi Pasca Konflik dikembangkan sebagai instrumen terstruktur yang mendokumentasikan informasi kejadian, pihak yang terlibat, kronologi dan pemicu konflik, kesepakatan, komitmen perilaku, tindak lanjut, monitoring, serta pernyataan kesepakatan. Permintaan maaf ditempatkan sebagai bagian sukarela, bukan syarat wajib. Dengan demikian, rekonsiliasi berfungsi sebagai jembatan antara penghentian konflik dan pemulihan hubungan sekaligus sebagai instrumen pengendalian risiko konflik berulang.

Dari perspektif manajemen keperawatan, penggunaan form memperkuat fungsi organizing dan controlling karena peran, tanggung jawab, target waktu, dan tindak lanjut menjadi lebih jelas. Dokumentasi juga memungkinkan kejadian dibawa ke proses debriefing dan pembelajaran organisasi.



Kementerian Kesehatan

RSKO Jakarta
Jl. Lapangan Tembak Nomor 75 • Jakarta 13720
(021) 87711968–69 • rsko-jakarta.com

**FORM REKONSILIASI PASCA KONFLIK**
**(KESEPAKATAN BERSAMA)**

**A. INFORMASI KONFLIK**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hari/Tanggal | ..... | Waktu | ..... |
| Tempat | ..... | Unit/Ruangan | ..... |
| No. Laporan/Insiden | ..... | Jenis Konflik | ☐ Pasien–Pasien ☐ Pasien–Petugas |
| | | | ☐ Antarpetugas ☐ Keluarga–Pasien |
| | | | ☐ Keluarga–Petugas ☐ Lainnya: ..... |

**B. PIHAK YANG TERLIBAT**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pihak 1 | | Nama: ..... | Keterangan | ..... | Fasilitator | ..... |
| | | | | | | |
| Pihak 2 | | Nama: ..... | Keterangan | ..... | Jabatan | ..... |
| | | | | | | |

**C. RINGKASAN KONFLIK**

| 1. Kronologi singkat (berdasarkan fakta) | 2. Pemicu konflik |
|---|---|
| | |

**D. KESEPAKATAN REKONSILIASI**

| No. | Kesepakatan | Penanggung Jawab | Target Waktu |
|---|---|---|---|
| 1 | . ..... | ..... | ..... |
| 2 | .. ..... | ..... | ..... |
| 3 | .. ..... | ..... | ..... |

**E. KOMITMEN PERILAKU**

| | |
|---|---|
| ☐ Berkomunikasi dengan tenang & saling menghormati. | ☐ Tidak melakukan ancaman, intimidasi, penghinaan, atau kekerasan. |
| ☐ Menghormati hak, privasi & batas masing-masing. | ☐ Mengikuti jalur penyelesaian RS bila konflik muncul kembali. |
| ☐ Usul lain: ..... | |

**F. TINDAK LANJUT**

| | |
|---|---|
| Tindakan perbaikan: ..... | PIC: ..... |
| Target waktu: ..... | Indikator/hasil: ..... |

**G. MONITORING PASCA REKONSILIASI**

| | |
|---|---|
| Tanggal evaluasi: ..... | Hasil: ☐ Baik ☐ Perlu tindak lanjut ☐ Belum selesai<br>Konflik: ☐ Tidak berulang ☐ Berulang |

**H. PERNYATAAN**

Kami menyatakan rekonsiliasi dilakukan setelah kondisi aman, secara sukarela dan tanpa paksaan. Kami sepakat menjaga keselamatan, memperbaiki komunikasi, dan melaksanakan kesepakatan yang telah dibuat.

| Pihak Pertama | Pihak Kedua | Fasilitator/Penengah | Supervisor/Kepala Unit |
|---|---|---|---|
| (.....) | (.....) | (.....) | (.....) |

Dokumen internal RSKO Jakarta • Form Rekonsiliasi Pasca Konflik

Form. RK-01/RSKO/2026

*Sumber: Dokumen internal RSKO Jakarta, 2026*

Gambar 2: Form Rekonsiliasi Pasca Konflik Yang Dikembangkan

**Hasil Evaluasi Pengetahuan Manajemen Konflik**

Pengetahuan manajemen konflik yang dievaluasi mencakup enam domain utama, yaitu (1) konsep dasar, meliputi definisi, tujuan, sasaran, ruang lingkup, dan prinsip manajemen konflik; (2) identifikasi dan klasifikasi, meliputi jenis konflik, tanda dini, pemicu, serta pengkajian konflik; (3) komunikasi dan de-eskalasi, meliputi komunikasi efektif, mendengarkan aktif, empati, validasi emosi, dan strategi de-eskalasi; (4) keselamatan dan respons, meliputi penilaian tingkat keselamatan dan keputusan untuk melakukan eskalasi bantuan; (5) pemulihan pascakonflik, meliputi rekonsiliasi, dokumentasi, pelaporan, dan debriefing; serta (6) monitoring dan evaluasi, meliputi pemantauan kejadian, evaluasi pelaksanaan, perbaikan, dan tindak lanjut. Keenam domain tersebut disusun mengacu pada materi dan kompetensi dalam Buku Panduan Manajemen Konflik Instalasi Rehabilitasi NAPZA.

**Hasil Evaluasi Jangka Pendek**

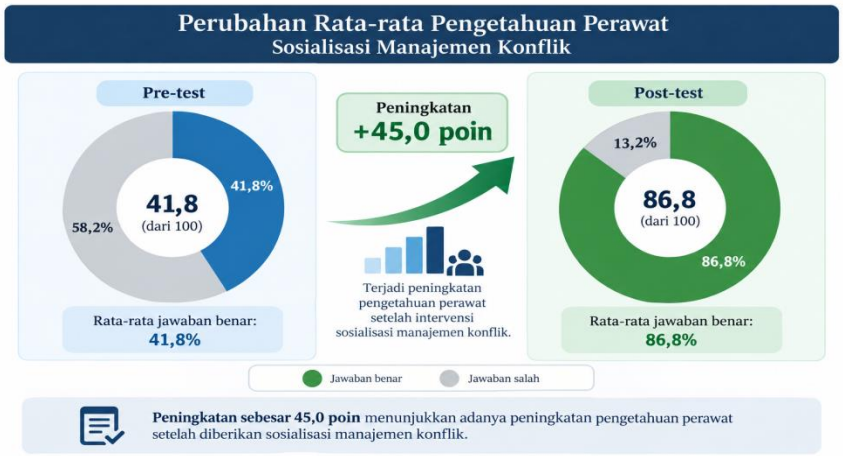
Evaluasi jangka pendek dilakukan menggunakan 20 pertanyaan pilihan ganda (multiple choice) yang sama pada saat pre-test dan post-test untuk mengukur perubahan pengetahuan peserta setelah mengikuti intervensi manajemen konflik. Setiap jawaban benar diberikan skor 5 dan jawaban salah diberikan skor 0, dengan nilai akhir dihitung berdasarkan proporsi jawaban benar dari 20 pertanyaan.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa rerata nilai pengetahuan meningkat dari 41,8 pada pre-test menjadi 86,8 pada post-test, dengan peningkatan sebesar 45,0 poin. Perubahan tersebut menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan peserta setelah diberikan sosialisasi dan penguatan materi manajemen konflik. Peningkatan terutama merefleksikan bertambahnya pemahaman terhadap konsep dasar manajemen konflik, kemampuan mengenali dan mengklasifikasikan konflik, penerapan komunikasi efektif dan de-eskalasi, penilaian keselamatan dan eskalasi bantuan, serta tahapan pemulihan pascakonflik melalui rekonsiliasi, dokumentasi, debriefing, monitoring, dan tindak lanjut.

Hasil tersebut merupakan outcome jangka pendek pada domain pengetahuan dan belum dapat digunakan untuk menyimpulkan perubahan keterampilan praktik, perubahan perilaku kerja, maupun penurunan kejadian konflik. Oleh karena itu, evaluasi keberlanjutan perlu dilengkapi dengan observasi keterampilan menggunakan checklist, simulasi atau role play, audit dokumentasi, pemantauan kepatuhan terhadap alur penanganan konflik, debriefing, serta pemantauan kejadian konflik berulang. Pendekatan ini sesuai dengan Buku Panduan yang memisahkan evaluasi pengetahuan dari evaluasi keterampilan dan menempatkan

kompetensi praktik sebagai bagian yang perlu dinilai melalui observasi langsung.

Untuk menilai hasil jangka pendek intervensi, perubahan pengetahuan dibandingkan berdasarkan nilai rata-rata pre-test dan post-test. Sesuai kriteria dalam Buku Panduan Manajemen Konflik, nilai dikategorikan menjadi kurang (≤59), cukup (60–75), baik (76–85), dan sangat baik (86–100).




Gambar 3: Perubahan Rata-Rata Nilai Pre-Test Dan Post-Test

**Tabel 3.**
**Ringkasan Hasil Evaluasi Pengetahuan**

| Indikator | Hasil | Interpretasi |
|---|---|---|
| Rata-rata pre-test | 41,8 | Kategori kurang (≤59); pemahaman awal masih perlu diperkuat. |
| Rata-rata post-test | 86,8 | Kategori sangat baik (86–100); menunjukkan pemahaman setelah intervensi berada pada tingkat sangat baik. |
| Peningkatan | +45,0 poin | Peningkatan pengetahuan jangka pendek segera setelah intervensi. |
| Keterbatasan outcome | Belum mengukur dampak jangka panjang | Belum menilai dampak jangka panjang; perlu monitoring keterampilan, kepatuhan alur, dan konflik berulang. |

Tabel 3 memperlihatkan peningkatan rata-rata pengetahuan sebesar 45,0 poin, dari 41,8 pada pre-test menjadi 86,8 pada post-test. Secara kategorikal, nilai awal berada pada kategori kurang, sedangkan nilai setelah intervensi berada pada kategori sangat baik sesuai kriteria Buku Panduan Manajemen Konflik. Temuan ini mendukung bahwa intervensi memberikan perubahan pengetahuan jangka pendek, tetapi belum dapat digunakan sebagai bukti bahwa angka kejadian konflik telah menurun.

### Makna Manajerial dan Keberlanjutan Manajemen Konflik

Temuan memperlihatkan bahwa penguatan manajemen konflik perlu dilakukan sebagai siklus berkelanjutan: deteksi dini, komunikasi terapeutik, de-eskalasi, pengamanan sesuai tingkat risiko, pengkajian penyebab, mediasi, rekonsiliasi, dokumentasi dan debriefing,

monitoring, kemudian perbaikan sistem. Model ini konsisten dengan prinsip TeamSTEPPS yang menempatkan mutual support, advocacy and assertion, conflict management, dan debriefing sebagai komponen kerja tim untuk keselamatan (AHRQ, 2024).

Keberlanjutan program perlu diterjemahkan ke dalam supervisi, refreshment training, audit dokumentasi, debriefing kasus, dan review indikator secara berkala. Indikator yang relevan mencakup frekuensi konflik, tingkat keparahan, waktu respons, kepatuhan terhadap alur, kelengkapan dokumentasi, penggunaan rekonsiliasi, dan kejadian berulang. Pendekatan tersebut membantu memastikan bahwa perubahan tidak berhenti pada peningkatan pengetahuan, tetapi berkembang menjadi perilaku kerja dan pembelajaran sistem.

Secara manajerial, hasil ini juga mendukung pentingnya memandang konflik bukan sebagai masalah individu semata. Kompetensi, kepemimpinan, komunikasi, proses, sarana, pengukuran, dan kemampuan organisasi belajar perlu diperbaiki secara bersamaan. Temuan tersebut sejalan dengan systematic review mengenai kompetensi conflict management pada nurse manager dan hubungan kepemimpinan dengan keselamatan pasien (González-García et al., 2025; Lee et al., 2023).

## SIMPULAN

Penguatan manajemen konflik di Ruang Rehabilitasi RSKO Jakarta menunjukkan bahwa konflik pasien merupakan masalah yang relevan dengan keselamatan pasien dan perlu ditangani melalui pendekatan sistem. Intervensi berupa penguatan panduan, edukasi, pelatihan dan simulasi, de-eskalasi, rekonsiliasi, dokumentasi, debriefing, monitoring, dan tindak lanjut menghasilkan peningkatan rata-rata pengetahuan dari 41,8 menjadi 86,8 atau +45,0 poin. Hasil tersebut menggambarkan peningkatan pengetahuan jangka pendek dan belum membuktikan penurunan angka konflik. Keberlanjutan program memerlukan supervisi, audit dokumentasi, observasi keterampilan de-eskalasi, debriefing, dan pemantauan konflik berulang.

Rekomendasi praktis adalah mempertahankan panduan dan alur respons konflik melalui telaah serta pengesahan sesuai kewenangan rumah sakit, melakukan refreshment training dan simulasi berkala, mengintegrasikan Form Rekonsiliasi Pasca Konflik ke dalam dokumentasi dan monitoring, serta melakukan evaluasi lanjutan 3-6 bulan berbasis indikator keselamatan.

## REFERENSI

1. Agency for Healthcare Research and Quality. (2024). TeamSTEPPS® tools: Conflict in teams, Two-Challenge Rule, DESC, and mutual support. Rockville, MD: AHRQ.
2. An evaluation of a de-escalation conflict management training in a behavioral health hospital setting. (2021). International Journal of Conflict Management, 33(1), 84–110. https://doi.org/10.1108/IJCMA-03-2021-0039
3. Bowers, L. (2014). Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21(6), 499–508. https://doi.org/10.1111/jpm.12129
4. Brenig, D., Gade, P., & Voellm, B. (2023). Is mental health staff training in de-escalation techniques effective in reducing violent incidents in forensic psychiatric settings? A systematic review of the literature. BMC Psychiatry, 23, Article 246. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04714-y
5. González-García, A., et al. (2025). Characteristics of nurse managers' conflict management competency: A systematic review. Journal of Advanced Nursing. https://doi.org/10.1111/jan.16600
6. International Council of Nurses. (2021). The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: International Council of Nurses.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
8. Labrague, L. J., Al Hamdan, Z., & McEnroe-Petitte, D. M. (2018). An integrative review on conflict management styles among nursing professionals: Implications for nursing management. Journal of Nursing Management, 26(8), 902-917. https://doi.org/10.1111/jonm.12626
9. Lee, S. E., Hyunjie, L., & Sang, S. (2023). Nurse managers' leadership, patient safety, and quality of care: A systematic review. Western Journal of Nursing Research, 45(2), 176-185. https://doi.org/10.1177/01939459221114079
10. National Institute for Health and Care Research. (2024). Development and evaluation of a de-escalation training intervention in adult acute and forensic units: The EDITION systematic review and feasibility trial. Health Technology Assessment, 28(3). https://doi.org/10.3310/FGGW6874

11. Price, O., Baker, J., Bee, P., & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. The British Journal of Psychiatry, 206(6), 447–455. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144576

12. Price, O., Papastavrou Brooks, C., Johnston, I., et al. (2024). Development and evaluation of a de-escalation training intervention in adult acute and forensic units: The EDITION systematic review and feasibility trial. Health Technology Assessment, 28(3), 1–120. https://doi.org/10.3310/FGGW6874

13. Rahim, M. A. (2011). Managing conflict in organizations (4th ed.). Transaction Publishers.

14. Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2019). Organizational behavior (18th ed.). Pearson.

15. Rosdiana Pangaribuan. (2026). Buku panduan manajemen konflik dan bahan diseminasi residensi keperawatan RSKO Jakarta [Dokumen proyek residensi].

16. Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta. (2026). Dokumen internal/profil dan bahan pengkajian residensi Ruang Rehabilitasi–Instalasi Rehabilitasi NAPZA [Dokumen internal].

17. World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705

18. World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

19. World Health Organization. (2024). Global patient safety report 2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458

20. Ziauddin, Z., Micah, S., Panjwani, S., & Ullah, I. (2025). De-escalation training's impact on nurses facing workplace violence in public and private hospitals in Pakistan: A quasi-experimental study. Journal of the Pakistan Medical Association, 75(11), 1725–1731. https://doi.org/10.47391/JPMA.20869