

## BAB II

## TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1. Konsep Keselamatan Pasien

## 2.1.1. Pengertian Keselamatan Pasien

*The institute of medicine (IOM)* mendefinisikan keselamatan sebagai *freedom from accidental injury*. Keselamatan dinyatakan sebagai ranah pertama dari mutu dan defenisi mengenai keselamatan ini merupakan pernyataan dari perspektif pasien (Donaldson, 2000 dalam Mulyani, 2013).

Pengertian lainnya menurut *Canadian Nurse Association (2009)* menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah mengurangi dan meringankan tindakan-tindakan yang tidak aman dalam sistem pelayanan kesehatan dengan sebaik mungkin melalui penggunaan penampilan praktek yang baik untuk mengoptimalkan *outcome* pasien. Sama dengan hal ini Hughes (2008) juga menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan pencegahan cedera terhadap pasien. Pencegahan cedera didefinisikan sebagai bebas dari bahaya yang terjadi dengan tidak sengaja atau dapat dicegah sebagai hasil perawatan medis. Sedangkan praktek keselamatan pasien diartikan sebagai menurunkan risiko kejadian yang tidak diinginkan yang berhubungan dengan paparan terhadap lingkup diagnosis atau kondisi perawatan medis (Mulyani, 2013).

KKP-RS dan DEPKES (2008) mendefinisikan bahwa keselamatan adalah bebas dari bahaya atau resiko (*hazard*). Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera,

fisik/ sosial/ psikologis, cacat, kematian dll), terkait pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem ini meliputi: assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan, dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan menindaklanjuti insiden serta implementasi solusi untuk mengurangi dan meminimalkan timbulnya resiko (Depkes, 2008; undang-undang no. 44 tahun 2009 ).

Definisi dari berbagai sumber di atas peneliti dapat merumuskan menjadi suatu kesimpulan mengenai keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan suatu bagian penting dalam mutu pelayanan yang menekankan pada suatu kondisi yang tidak merugikan pasien, mengurangi dan meminimalkan risiko melalui berbagai upaya.

### **2.1.2. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Keselamatan Pasien**

Lumenta (2008) menyatakan penerapan keselamatan pasien dipengaruhi oleh 5 faktor yaitu (1) faktor individu dan kinerja, (2) faktor lingkungan kerja, (3) faktor pasien,(4) faktor organisasional dan (5) faktor eksternal. Keberadaan kelima faktor ini merupakan hal yang berpengaruh terhadap kemampuan organisasi untuk meningkatkan mutu melalui aspek keselamatan pasien. Sejalan dengan hal ini, pengembangan model untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dalam organisasi dapat juga dilakukan dengan menggunakan Teori Burke dan Litwin (Cahyono, 2008). Teori ini merupakan kombinasi pendekatan transaksional dan

transformasional untuk organisasi agar dapat lebih menjamin keberhasilan penerapan keselamatan pasien. Aspek yang ada dalam teori ini meliputi:

1) Lingkungan eksternal

Salah satu kekuatan yang dapat dan mampu mengubah orientasi organisasi adalah dorongan yang bersumber dari lingkungan eksternal. Dalam konteks organisasi kesehatan, tekanan eksternal dapat bersumber dari tuntutan penerapan mutu keselamatan pasien (akreditasi), kompetisi dalam pelayanan, semakin meningkatnya kesadaran masyarakat, dan tuntutan hukum. Hughes (2008) menyatakan bahwa lingkungan eksternal merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan agar organisasi dapat memiliki komitmen tinggi dalam menerapkan mutu melalui keselamatan pasien.

2) Kepemimpinan

Pemimpin yang ada harus mampu memahami bahwa tekanan eksternal adalah peluang untuk berubah dalam konteks menuju ke arah penerapan keselamatan pasien yang lebih baik. Pemimpin mempunyai tugas untuk membangun visi misi, mengkomunikasikan ide-ide perubahan, dan membentuk strategi serta membentuk penggerak perubahan. Tanpa dukungan yang kuat dari pimpinan organisasi maka keselamatan pasien hanya akan menjadi mitos. Hughes (2008) menyatakan bahwa perawat yang mampu berperan dalam perubahan dalam tatanan organisasi yang diharapkan lebih efektif untuk menerapkan keselamatan pasien.

### 3) Budaya organisasi

Budaya keselamatan pasien merupakan fondasi keselamatan pasien. Mengubah budaya keselamatan pasien dari *blaming culture* menjadi *safety culture* merupakan kata kunci dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Fleming (2006) menyatakan bahwa salah satu strategi untuk mengembangkan budaya keselamatan adalah dengan melibatkan staf dalam perencanaan dan pengembangan budaya keselamatan. Sedangkan menurut teori perubahan, individu, kelompok atau organisasi akan mengalami perubahan atau tidak tergantung pada dua faktor, yaitu faktor kekuatan tekanan (*driving force*) dan faktor keengganan (*resistances*). Perubahan baru akan terjadi jika kekuatan tekanan melebihi kekuatan keengganan (*driving force* lebih besar dari pada *resistances*). Perubahan baru akan terjadi jika kekuatan tekanan melebihi kekuatan keengganan (*driving force* lebih besar dari pada *resistance*). *Responsibility* yang diperlukan dalam pemberian pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien mengarah pada kedua faktor diatas dalam menciptakan budaya keselamatan yang diharapkan.

### 4) Praktik manajemen

Para manajer baik tingkat bawah, menengah, dan atas bertanggungjawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dibuat dan telah disepakati bersama terkait keselamatan pasien tingkat di tingkat unit pelayanan masing-masing. Manajer keperawatan bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien yang hubungan dengan tugas keperawatan. Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa dukungan manajer keperawatan terhadap pelaksanaan

keselamatan pasien merupakan hal positif yang sangat bermakna dalam keberhasilan program penjaminan mutu melalui program keselamatan pasien.

5) Struktur dan sistem

Rumah sakit harus membentuk struktur organisasi tim keselamatan pasien rumah sakit yang disertai dengan kelompok kerja, seperti: pokja transfusi. Pokja pencegahan keselamatan obat, pokja infeksi nasokomial, dan sebagainya. Ada tiga prinsip perancangan sistem keselamatan pasien yaitu: (1) cara mendesain sistem agar setiap keselamatan dapat dilihat (2) bagaimana merancang sistem agar suatu kesalahan dapat dikurangi dan (3) bagaimana merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan. Rumah sakit seharusnya mampu mengkomodasi sistem tersebut agar dapat diimplementasikan secara optimal. Kebijakan di Indonesia telah secara jelas mengatur kedudukan dan peran sistem berupa adanya komite keselamatan pasien baik secara nasional maupun di rumah sakit (Depkes, 2008 dalam Yulia Sri , 2010).

6) Pengetahuan dan ketrampilan individu

Beberapa anggota staf mungkin resisten terhadap perubahan karena kurang pengetahuan dan keterampilan. Beberapa staf lain mendukung keselamatan pasien, tetapi tidak mengetahui apa yang harus dilakukan. Para staf medis, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya perlu mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan mengenai keselamatan pasien.

Pengetahuan SDM kesehatan termasuk perawat merupakan hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien melalui manajemen perubahan terhadap SDM. Jika dihubungkan dengan lingkup perbaikan mutu, Mangkuprawira (2008) menyatakan bahwa inovasi dalam proses perbaikan mutu yang berpotensi menimbulkan perubahan pada manajemen dan staf adalah dalam hal pengetahuan, sikap dan ketrampilan dalam menerapkan teknologi baru.

Marquis dan Huston (2006) menyatakan bahwa pengetahuan individu yang diperoleh melalui pelatihan dalam pekerjaannya termasuk dalam upaya pengembangan yang bermakna terhadap tingkat kebutuhan perawat akan pengetahuan. Amstrong (2009) menyatakan bahwa pengetahuan dalam konteks keselamatan pasien adalah berkaitan dengan kemampuan individu untuk memahami tugas dan mengenali suatu ide abstrak yang berada dalam konteks keselamatan pasien. Upaya meningkatkan pengetahuan yang dipandang dari segi konstruktivitas merupakan upaya konstruksi kognitif yang tidak hanya terlihat sebagai fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari tetapi pengetahuan yang merupakan hasil proses konstruksi kognitif secara kompleks dalam konteks perilaku (Mulyani, 2013).

Rasmussen, Reason dan Norman dalam Cahyono (2008) menyatakan bahwa kontribusi tindakan yang dilakukan individu terhadap kesalahan dan KTD tergantung pada aktifitas kognitif individu. Penyebab individu melakukan kesalahan adalah karena tidak adekuatnya pengolahan sistem informasi dalam sistem kognitif yang

dimilikinya. Penguatan sistem kognitif yang adekuat diharapkan secara bermakna dapat mengurangi kesalahan yang mengancam keselamatan pasien.

7) Lingkungan kerja, kebutuhan individu dan motivasi

Lingkungan kerja yang kondusif dapat menumbuhkan motivasi kerja dan akan mempermudah implementasi keselamatan pasien, misalnya memperhatikan jam kerja, beban kerja, rasio staf dan jadwal rotasi jaga, merancang sistem yang dapat meminimalkan keraguan-raguan/ kebingunan, mengatur sistem alih tugas secara jelas (*hand-over*), serta menjamin berjalannya *supervise* dan komunikasi dalam tim. Pugh dan Smith (1997, dalam Juliani, 2007) menyatakan bahwa motivasi perlu dikelola agar dapat menghasilkan penampilan kerja yang diharapkan rumah sakit.

Pemenuhan kebutuhan individu akan pengembangan peran dan kontribusinya dalam keselamatan pasien melalui peningkatan pengetahuan merupakan upaya untuk membangun motivasi secara adekuat. Juliani (2007) menyatakan bahwa motivasi intrinsik yang diperoleh oleh perawat melalui pemenuhan kebutuhan akan peningkatan pengetahuan akan metode baru dalam pekerjaan perawat dan kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan melalui pendidikan dan pelatihan berpengaruh secara signifikan dengan kinerja perawat pelaksana. Naswati (2001, dalam Juliani, 2007) menyatakan bahwa terdapat hubungan korelasi yang tinggi antara motivasi dan kinerja. Hasibuan (2002) secara jelas menyatakan bahwa pemenuhan

pengembangan diri yang diperoleh akan staf akan mengurangi kecelakaan dan meningkatkan pelayanan ( Dede Mulyani , 2013).

### 2.1.3. Macam kejadian dalam keselamatan pasien

Macam kejadian dalam keselamatan pasien meliputi tiga istilah. Istilah tersebut yaitu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC / *near miss*), kejadian sentinel. Penjelasan ketiga istilah di atas sebagai berikut:

#### a. Kejadian tidak diharapkan (KTD)/ *Adverse event*

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *adverse event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan karena kesalahan medis atau bukan kesalahan medis yang tidak dapat dicegah (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008)

#### b. Kejadian Nyaris Cidera (KNC)/ *near miss*

Kejadian Nyaris Cidera (KNC)/ *near miss* adalah suatu kejadian yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). Hal ini dapat terjadi karena keberuntungan (misalnya pasien mendapatkan suatu obat kontra indikasi, tetapi tidak timbul reaksi obat), karena pencegahan (suatu obat dengan kelebihan dosis yang dapat mengakibatkan kematian akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat

diberikan) atau peringatan (suatu obat dengan kelebihan dosis yang dapat mengakibatkan kematian diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan obat penetralnya) (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008)

c. Kejadian Sentinel

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti : operasi pada bagian yang salah. Kejadian sentinel terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi, sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku (Depkes RI, 2006 & KKP-RS, 2008).

#### 2.1.4. Standar atau Indikator Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien telah disusun oleh *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* dengan *Joint Comission International (JCI)* pada awal Mei 2007. WHO dan JCI telah meluncurkan suatu agenda mengenai keselamatan pasien yang dinamakan *Nine Patient Safety Solutions – Preamble May 2007* (WHO, 2007). *Joint Accreditation Comision Health Organization (JCAHO)* juga telah membuat standar keselamatan pasien 2010 yang dinamakan *National Patient Safety Goals*

Standar keselamatan pasien menurut JCAHO meliputi identifikasi pasien, peningkatan komunikasi, keamanan pemberian pengobatan, penurunan infeksi nosocomial, ketepatan terapi,

pengecehan luka tekan, dan pengkajian resiko. Indonesia melalui Depkes pada 2008 juga telah menyusun standar pencanangan keselamatan pasien rumah sakit yang mengacu pada *Hospital Patient Safety Standards* yang dikeluarkan oleh JCAHO *Illinois, United States America* (USA) pada tahun 2002, yang disesuaikan dengan kondisi perumahnya di Indonesia. Standar keselamatan pasien diuraikan sebagai berikut:

a. Identifikasi pasien

JCAHO pada 2010 telah membuat standar pertama keselamatan pasien, yaitu identifikasi pasien. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini, standarisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan, dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini serta penggunaan protocol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama (WHO, 2007)

*International Council of Nurses* (ICN) pada 2002 memberikan pernyataan tentang tanggung jawab perawat dalam keselamatan pasien, diantaranya pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang pencegahan infeksi. Pasien dan keluarga juga mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Depkes RI, 2008)

b. Peningkatan Komunikasi

JCAHO pada 2010 telah membuat standar kedua keselamatan pasien, yaitu peningkatan komunikasi. Berkomunikasi secara benar saat serah terima atau pengoperan pasien (WHO, 2007). Rekomendasi ini ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protocol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis, memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan – pertanyaan pada saat serah terima, dan melibatkan pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

Komunikasi mempunyai arti penting dalam keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antara tenaga kesehatan dan antara unit pelayanan. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Komunikasi sebagai sarana mendidik pasien dan keluarga tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal dan transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat (Depkes, 2008)

### c. Ketepatan Pengobatan

Ketepatan pengobatan sebagai upaya pemberian obat yang aman bagi pasien dan sebagai standar ketiga dalam keselamatan pasien (JCAHO, 2010). WHO pada tahun 2007 menambahkan standar ketepatan pengobatan, yaitu dengan memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*), dan mengendalikan cairan elektrolit pekat. Hal ini dilakukan dengan membuat standarisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah serta pencegahan atas campur aduk atau kebingungan tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik yang dapat di temple di papan informasi di ruang jaga perawat, sehingga dapat dilihat jelas oleh petugas.

Jenis tindakan lain dari upaya ketepatan pengobatan yaitu dengan memastikan akurasi pemberian obat pada pelayanan yang berkelanjutan. Hal ini dilakukan dengan menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh modifikasi yang diterima oleh pasien yang disebut *home medication list*, sebagai perbandingan dengan daftar saat pendaftaran di rumah sakit, penyerahan obat pada saat pemulangan serta menuliskan perintah medikasi dan mengkomunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikutnya saat pasien akan dipindah atau dipulangkan (WHO, 2007)

d. Ketepatan Tindakan terapi

Ketepatan tindakan terapi merupakan standar keempat dalam keselamatan pasien (JCAHO, 2010). WHO pada 2007 menambahkan maca tindakan dalam upaya ketepatan tindakan yaitu memastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar. Tujuan ketepatan tindakan terpai adalah untuk mencegah jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi pra-pembedahan. Pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur juga perlu diperhatikan. Konsolidasi sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasikan identitas pasien, prosedur, dan sisi yang akan di bedah.

e. Pembentukan sistem

Pembentukan sistem akan tidak lepas dari peran pemimpin untuk mewujudkannya. Pera kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien (Depkes, 2008). Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”

f. Pencegahan infeksi nosokomal

Pencegahan nfeksi nosocomial dengan meningkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosocomial (JCAHO, 2010). Rekomendasinya adalah untuk mendorong implementasi penggunaan cairan alcohol-based

*hand-rubs* yang tersedia pada titik-titik pelayanan, tersedianya air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar dengan mengingatkan penggunaan tangan yang bersih di tempat kerja, dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan atau observasi (WHO, 2007) pencegahan infeksi nosocomial lainnya adalah pencegahan luka tekan dan pencegahan pasien jatuh (JCAHO, 2010)

g. Pengkajian risiko

Pengkajian risiko merupakan standar kelima belas pada standar keselamatan pasien (JCAHO, 2010). Penggunaan metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien. Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien (WHO, 2007)

## 2.2. Konsep Budaya Keselamatan Pasien

### 2.2.1. Pengertian Budaya

Budaya merupakan suatu kerangka yang kompleks baik secara nasional, organisasi dan sikap profesional dan nilai-nilai di dalam fungsi individu dan kelompok (Robbins, 2001). Budaya sering dikenal sebagai

pengkat yang menjaga kesatuan suatu organisasi bersama-sama dan diasumsikan sebagai penyokong dalam mencapai tujuan organisasi. Sosialisasi budaya ke karyawan dengan cara meningkatkan kesanggupan untuk kesetiaan yang berwujud filosofi dari para pemimpin senior, yang diterjemahkan dalam visi misi organisasi dan mempengaruhi perilaku karyawan (Walshe & Boaden, 2006)

### 2.2.2. Definisi budaya organisasi

Budaya organisasi merupakan nilai yang tak tertulis yang memberikan pedoman, aturan, standar dalam berperilaku baik yang diterima atau tidak oleh setiap pegawai dalam organisasi. Budaya organisasi adalah sistem nilai, keyakinan, norma yang diyakini dalam organisasi. Budaya organisasi dapat mendorong atau melemahkan keefektifan organisasi (Ivancevich dkk, 2005). Setiap organisasi mempunyai sub budaya yang diambil dengan memodifikasi atau menabahnya sesuai dengan karakteristik organisasinya (Robbins, 2001). Budaya organisasi membuat visi menjadi jelas. Budaya dipelajari dan individu tahu akan resikonya (Kramer dkk, 2004).

Budaya organisasi berunsurkan nilai-nilai dan keyakinan yang dipercayai bersama (*shared a vision*) dan berfungsi sebagai perekat organisasi. Budaya organisasi juga dijadikan sebagai dasar dalam membentuk perilaku setiap individu dalam organisasi dalam rangka mencapai visi organisasi. Nilai-nilai dasar seperti kedisiplinan, ketaatan terhadap standar, prosedur yang ada, bekerja dalam tim dan nilai-nilai

kejujuran dan keterbukaan serta rasa saling menghormati dan menghargai satu sama lain dijunjung tinggi oleh setiap individu (Cahyono, 2008).

Setiap karyawan mempersepsikan iklim yang aman dengan mendahulukan antar lingkungan kerja dalam unit dan lingkungan kerja organisasi yang dipengaruhi oleh pengambilan keputusan manajemen, aturan aman, dan pengharapan, kebijakan keselamatan, prosedur dalam organisasi. Budaya organisasi yang merahasiakan, sikap yang mengancam, maka akan mengancam budaya keselamatan pasien dan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan. Merubah budaya organisasi seharusnya dimulai dengan mengkaji budaya yang ada, diikuti dengan mengkaji hubungan antara budaya organisasi dan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan dalam organisasi (Hughes, 2008)

### **2.2.3. Pengertian budaya keselamatan pasien**

Budaya keselamatan pasien merupakan nilai, kepercayaan yang dianut bersama dan berkaitan dengan struktur organisasi dan sistem pengawasan dan pengendalian untuk menghasilkan norma-norma perilaku (Ferguson & Fakelman, 2005). Budaya keselamatan pasien menurut Sorra dan Nieva (2004) adalah suatu keluaran dari nilai individu dan kelompok, perilaku, kompetensi dan pola serta kebiasaan yang mencerminkan komitmen dan gaya serta kecakapan dari manajemen organisasi dan keselamatan kesehatan. Menurut O Toole yang dikutip oleh Jianhong (2004) budaya keselamatan di pelayanan kesehatan diartikan sebagai keyakinan, nilai perilaku yang dikaitkan dengan keselamatan pasien yang secara tidak sadar dianut bersama oleh anggota organisasi.

WHO (2009) menyatakan organisasi pelayanan kesehatan harus mengembangkan budaya keselamatan pasien seperti tujuan yang jelas, prosedur yang tetap dan proses yang aman. Parker (2006) dalam Fleming (2008) mengatakan budaya keselamatan dipengaruhi oleh perubahan keorganisasian, seperti perubahan kepemimpinan atau pengenalan tentang sistem baru. Budaya keselamatan dipengaruhi oleh siste, praktek dan proses organisasi. Sebagai contoh, suatu organisasi dengan suatu budaya keselamatan lemah akan membatasi sistem keselamatn. Suatu organiasasi yang memiliki budaya positif, maka mempunyai banyak orang yang tepat untuk mempromosikan keselamatan pasien.

#### 2.2.4. Klasifikasi Budaya Keselamatan Pasien

Pembagian budaya keselamatan pasien oleh Reiling (2006) adalah sebagai berikut:

a. *Informed Culture*

Keselamatan pasien sudah diinfomasikan kesemua karyawan, arti penting dari ke pasien, ada upaya dari rumah sakit dalam menciptakan keselamatan pasien, adanya kebijakan yang menjadi draf atau rencana strategis tentang keselamatan pasien oleh tatanan manajerial, adanya pelatihan, pengembangan berupa jurnal berdasarkan *evidence based*, informasi tentang kendala dan hambatan dalam menciptak keselamatan pasien

b. *Reporting Culture*

Adanya program evaluasi sistem pelaporan, adanya upaya dalm meningkatkan laporan, hambatan dan kendala dalam pelaporan,

adanya mekanisme penghargaan dan sanksi yang jelas terhadap pelaporan

c. *Just Culture*

Staf di rumah sakit terbuka dan memiliki motivasi untuk memberikan informasi terhadap hal yang bisa atau tidak bisa diterima, adanya ketakutan apabila staf melaporkan kejadian kesalahan, kerja sama antar sesama staf

d. *Learning Culture*

Adanya sistem umpan balik terhadap kejadian kesalahan dan pelaporannya, adanya pelatihan di rumah sakit yang menunjang peningkatan SDM.

### 2.2.5. Faktor – faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien

Geller (2001) dalam Halimah (2010) yang mengembangkan total budaya keselamatan kerja (*Total Safety Culture*) menjelaskan bahwa terdapat tiga faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan kerja yaitu:

- a. Faktor lingkungan (termasuk peralatan, *equipment*, tampilan fisik, standar, prosedur dan temperatur)
- b. Faktor personal (pengetahuan, ketrampilan, kemampuan, intelegensi, motivasi kerja, termasuk sikap masyarakat, kepercayaan dan kepribadian)
- c. Faktor perilaku (persetujuan, pelatihan, pengenalan, komunikasi, pertunjukan, kepedulian aktif termasuk praktek kerja aman dan

beresiko, seperti halnya melampaui panggilan tugas untuk campur tangan atas keselamatan orang lain).

Ketiga faktor tersebut biasanya dinamakan "*The Safety Triad*". Menurut Geller, ketiga faktor tersebut saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya dalam proses pencapaian keselamatan di tempat kerja dan jika perubahan pada salah satu faktor tersebut maka kedua faktor lainnya pun ikut berubah. Geller juga menyebutkan bahwa faktor perilaku dan faktor personal merupakan aspek manusia dan biasanya kedua faktor tersebut lebih sedikit diperhatikan dari pada faktor lingkungan.

#### **2.2.6. Survei dan Indikator budaya keselamatan pasien**

*Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)* sejak 2000 – 2003, suatu komite untuk kualitas kesehatan di Amerika yang mendanai 100 penelitian untuk mengidentifikasi instrument yang dijadikan alat untuk menilai budaya keselamatan pasien (AHRQ, 2004). Survei dengan 40 pertanyaan tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat di rumah sakit Amerika Serikat dan Kanada. Dalam kuesioner yang disebut *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* terdapat beberapa item indikator yaitu sebagai berikut:

1. Kerja sama dalam satu unit

Tim kerja dapat diartikan sebagai *teamwork* (Ilyas, 2003). Tim kerja merupakan sekumpulan individu dengan keahlian yang spesifik yang bekerja sama dan saling berinteraksi untuk mencapai tujuan yang sama yang membutuhkan komitmen bersama, saling percaya dan saling menghormati. Tim adalah sekelompok orang yang bekerja

sama dan menghasilkan hasil yang bermakna dalam mengkombinasikan keahlian dan kemampuan masing-masing individu yang menjadi tanggung jawabnya. Dalam indikator ini sebagai contoh perawat bekerja sama dengan perawat lainnya.

2. Harapan supervisor atau kepala ruangan keperawatan dalam promosi keselamatan pasien

Strategi untuk pengembangan keselamatan pasien juga memerlukan promosi untuk setiap program yang akan dijalankan. Upaya promosi keselamatan pasien pada semua unsur rumah sakit merupakan langkah nyata yang dapat ditempuh. Langkah ini yang ditempuh oleh RCH di Australia yang secara rutin menginformasikan tentang pentingnya keselamatan pasien dalam pelayanan. Informasi rutin dalam bentuk bulletin yang diterbitkan RCH ditujukan bagi pasien dan petugas rumah sakit. Informasi yang memuat hal-hal seperti pentingnya komunikasi yang jelas antar petugas, pemakaian tanda pengenal dan berbagai hal lain yang informatif bagi pasien. Dikemas dengan sangat menarik dan teratur, promosi ini juga merupakan bentuk tanggung jawab rumah sakit terhadap transparansi mutu pelayanan bagi konsumen rumah sakit. Survei tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat pada rumah sakit di Amerika dan Kanada, perawat menyatakan staf perawat memberikan motivasi untuk mendiskusikan isu keselamatan pasien yang dapat mengancam perawatan pasien sebesar 75%.

3. Pembelajaran organisasi atau tim

Pembelajaran atau Pelatihan tim merujuk pada serangkaian metode terstruktur untuk mengoptimalkan proses tim kerja, seperti komunikasi, kerjasama, kolaborasi dan kepemimpinan. Survei tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat pada rumah sakit di Amerika dan Kanada, perawat mendapatkan pembelajaran organisasi sebesar 71%.

4. Dukungan supervisor atau kepala ruangan keperawatan

Dukungan supervisor atau kepala ruangan keperawatan merupakan sebuah strategi intervensi yang melibatkan kepemimpinan organisasi secara langsung dengan penyedia layanan garis depan. supervisor atau kepala ruangan keperawatan harus mengunjungi area layanan pasien di lapangan dengan tujuan mengobservasi dan membahas potensi keselamatan pasien, dan juga mendukung staff dalam mengidentifikasi ancaman keselamatan pasien. Berkeliling bertujuan menunjukkan komitmen kepemimpinan pada keselamatan, mendorong kepercayaan dan keselamatan psikologi, dan dukungan untuk penyedia di lini depan untuk secara proaktif memetakan ancaman keselamatan pasien. Survei tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat pada rumah sakit di Amerika dan Kanada, perawat menyatakan mendapatkan dukungan dari pimpinan atau manajer sebesar 70%

5. Persepsi perawat tentang keselamatan pasien

Menurut Blegen (2006), persepsi yang dibagikan diantara anggota organisasi ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan

tatalaksana maupun cedera akibat intervensi. Persepsi ini meliputi kumpulan norma, standar profesi, kebijakan, komunikasi dan tanggung jawab dalam keselamatan pasien. Budaya ini kemudian mempengaruhi keyakinan dan tindakan individu dalam memberikan pelayanan. Survei tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat pada rumah sakit di Amerika dan Kanada, persepsi perawat untuk selalu menerapkan keselamatan pasien sebesar 64%

6. Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan

Survei tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat pada rumah sakit di Amerika dan Kanada, didapatkan hasil 94% perawat menyatakan diskusi dengan teman membantu mencegah terjadinya kesalahan. Diskusi ini sebagai media pembelajaran tentang kesalahan. Perawat juga menjadi tidak nyaman untuk berdiskusi pada budaya menyalahkan orang lain. Perawat berpikir dengan mengetahui informasi keselamatan pasien maka akan mempengaruhi tindakan perawat dalam memberi asuhan keperawatan sebesar 85%. Lebih dari separuh perawat menyatakan ikut terlibat dalam ronde interdisiplin keilmuan yang teratur (Manno dkk, 2008)

7. Frekuensi pelaporan kejadian

Pelaporan kejadian merupakan suatu sistem yang penting dalam membantu mengidentifikasi masalah keselamatan pasien dan dalam menyediakan data pada organisasi dan sistem pembelajaran (Walshe & Boaden, 2006). Perawat berperan dalam melaporkan kejadian kesalahan (ICN, 2002). Survei tentang penerapan

keselamatan pasien pada 4826 perawat di rumah sakit Amerika dan Kanada, didapatkan hasil 89% perawat merasa nyaman ketika melaporkan kejadian tidak diharapkan.

8. Kerja sama lintas unit atau seluruh unit yang ada di rumah sakit.

Karakteristik dalam tim adalah tanggung jawab bersama untuk pencapaian tujuan, interaksi diantara anggota untuk mencapai tujuan, peran masing-masing anggota yang berbeda satu sama lain dan identitas tim. Perawat dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya seperti dokter dan apoteker dalam keakuratan pemberian obat kepada pasien (ICN, 2002)

9. Ketenagaan

Perencanaan tenaga keperawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan tujuan pelayanan keperawatan yang optimal dan bermutu tinggi. Perencanaan ketenagaan menjadi permasalahan besar diberbagai organisasi keperawatan seperti di tatanan rumah sakit, perawatan di rumah dan tempat-tempat pelayanan keperawatan lain. Oleh karena itu, perencanaan ketenagaan harus sesuai dengan ketentuan atau pedoman yang berlaku, tenaga yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan keperawatan harus sesuai dengan standart keperawatan yang ada.

Ketenagaan atau *Safe Staffing* tidak hanya berarti jumlah dan jenis tenaga keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien, tetapi meliputi; beban kerja, lingkungan, kerja kompleksitas pasien, tingkat keterampilan staf, kombinasi tenaga keperawatan, efisensi dana dan keterkaitannya dengan hasil pada

pasien dan perawat, bahkan mencakup elemen keselamatan pasien. Survei tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat pada rumah sakit di Amerika dan Kanada, perawat menyatakan mendapatkan pelatihan ketenagaan dari rumah sakit sebesar 55%.

#### 10. Operan

Operan jaga memiliki beberapa istilah lain. Beberapa istilah itu diantaranya *handover*, *handoffs*, *shift report*, *signout*, *signover* dan *cross coverage*. Clair dan Trussel (dalam Kerr, 2001) menyusun pengertian dari *handover* adalah komunikasi oral dari informasi tentang pasien yang dilakukan oleh perawat pada pergantian shift jaga. Friesen (2008) menyebutkan tentang definisi dari *handover* adalah transfer tentang informasi (termasuk tanggungjawab dan tanggunggugat) selama perpindahan perawatan yang berkelanjutan yang mencakup peluang tentang pertanyaan, klarifikasi dan konfirmasi tentang pasien. *Handoff* juga meliputi mekanisme transfer informasi yang dilakukan, tanggungjawab utama dan kewenangan perawat dari perawat sebelumnya ke perawat yang akan melanjutkan perawatannya. Survei tentang penerapan keselamatan pasien pada 4826 perawat pada rumah sakit di Amerika dan Kanada, perawat menyatakan melakukan operan atau proses *handoff* dan transisi sebesar 44%.

#### 11. Respon tidak menghukum terhadap kesalahan

Walshe dan Boaden (2006) menyatakan bahwa kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara tunggal, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan

sistem rumah sakit, yang mengakibatkan rantai-rantai dalam sistem terputus. (Yahya, 2006) berpendapat tenaga professional adalah perfeksionis sehingga apabila terjadi kesalahan, maka akan mengakibatkan permasalahan psikologis sehingga akan berdampak pada penurunan kinerja, karenanya pertanyaan individual perlu dihindari, dan fokus pada apa yang terjadi, bukan siapa yang melakukan, hambatan dalam melakukan kerja yang baik, serta kejadian apalagi yang mungkin bisa timbul. Survei AHSQ di Amerika Serikat dan Kanada, perawat beranggapan rumah sakit mempromosikan keselamatan pasien dan budaya tidak menyalahkan sebesar 74% (Manno, 2008)

#### 12. Komunikasi yang terbuka

Perawat berperan dalam meningkatkan komunikasi dengan pasien dan tenaga kesehatan lainnya (ICN, 2002). Komunikasi adalah proses tukar menukar pikiran, perasaan, pendapat dan saran yang terjadi antara dua manusia atau lebih yang bekerja sama. Komunikasi yang kurang baik dapat mengganggu kelancaran organisasi dalam mencapai tujuan organisasi. Perawat berperan dalam siklus komunikasi dalam keselamatan pasien. AHRQ melakukan survei rumah sakit di Amerika tentang pelaksanaan budaya keselamatan pasien pada komunikasi terbuka sebesar 62%.

### 2.3. Konsep Motivasi Kerja

#### 2.3.1. Pengertian Motivasi

Motivasi berasal dari bahasa latin “*movere*” yang berarti menggerakkan. Motivasi merupakan kekuatan yang ada dalam diri individu yang mempengaruhi atau mendorong untuk berperilaku (Marquis & Huston, 2006 dalam Indrastuti, 2010). Swansburg (1999) menyatakan bahwa motivasi sebagai konsep yang menguraikan perilaku maupun respon instrinsik yang ditujukan dalam perilaku.

Robbins dan Judge (2007) mendefinisikan motivasi sebagai suatu proses yang menjelaskan intensitas, arah dan ketekunan individu untuk mencapai tujuannya. Pernyataan serupa dinyatakan oleh Siagian (2002) bahwa motivasi adalah daya dorong bagi seseorang untuk memberikan kontribusi yang sebesar mungkin demi keberhasilan organisasi mencapai tujuannya, dimana hal ini dapat terjadi jika tujuan pribadi anggota organisasi juga tercapai. Chaouis (2000) menyatakan bahwa motivasi merupakan suatu kerelaan untuk berusaha seoptimal mungkin dalam pencapaian tujuan organisasi yang dipengaruhi oleh kemampuan usaha untuk memuaskan kebutuhan pribadi.

Pernyataan di atas menjelaskan bahwa motivasi adalah keadaan dalam pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan. Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan perilaku yang diarahkan untuk mencapai kepuasan.

### 2.3.2. Tujuan Peningkatan Motivasi Kerja

Menurut Siagian (2004), tujuan atau perlunya peningkatan motivasi antara lain sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan moral dan kepuasan kerja karyawan
- 2) Meningkatkan produktivitas kerja karyawan
- 3) Mempertahankan kestabilan kerja karyawan
- 4) Meningkatkan kedisiplinan karyawan
- 5) Mengaktifkan pengadaan karyawan
- 6) Menciptakan suasana dan hubungan kerja yang baik
- 7) Meningkatkan loyalitas, kreativitas, dan partisipasi karyawan
- 8) Meningkatkan kesejahteraan karyawan
- 9) Mempertinggi rasa tanggung jawab karyawan terhadap tugas-tugasnya.

Menurut Gibson (1997) mengatakan bahwa tujuan motivasi adalah untuk peningkatan motivasi yang terpenting adalah untuk meningkatkan dan mengarahkan perilaku seseorang untuk tetap mempertahankan penampilan kerja yang berdampak pada prestasi kerja yang dimiliki.

Hasibuan (2005) mengemukakan, tujuan motivasi kerja perawat adalah :

- 1) Meningkatkan moral dan kepuasan kerja perawat
- 2) Meningkatkan produktivitas kerja perawat
- 3) Meningkatkan kedisiplinan perawat, menciptakan suasana dan hubungan kerja yang baik

- 4) Mempertinggi rasa tanggung jawab perawat terhadap tugas-tugasnya, meningkatkan loyalitas, kreativitas, dan partisipasi perawat.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan tujuan motivasi adalah untuk menggerakkan atau menggugah seseorang agar timbul keinginan dan kemauannya untuk melakukan sesuatu sehingga dapat memperoleh hasil atau mencapai tujuan tertentu.

### 2.3.3. Teori Motivasi

Menurut Latham (2007) dalam bukunya "*Work Motivation: History, Theory, Research and Practice*" mengemukakan beberapa teori motivasi diantaranya yaitu teori kebutuhan Maslow, teori Herzberg yang dikenal dengan teori *dissatisfier-satisfier* atau *hygiene* motivator atau faktor intrinsik dan ekstrinsik dan teori harapan Victor H. Vroom. Berikut penjelasan dari teori-teori tersebut:

#### 2.3.3.1. Teori Kebutuhan Maslow

Abraham Maslow (dalam Latham, 2007), mengembangkan teori kebutuhan kedalam suatu bentuk hierarki yang dikenal dengan hierarki kebutuhan Maslow yang memandang motivasi manusia sebagai hirarki lima macam kebutuhan. Kelima macam kebutuhan itu adalah fisiologi, keamanan, sosial, harga diri, dan aktualisasi diri.

##### 2.3.3.1.1. Kebutuhan Fisiologis.

Tingkat kebutuhan yang pertama dan paling penting adalah suatu yang sifatnya biologis dan fisiologis yang perlu

dijaga keberlangsungannya. Hal itu merupakan perangsang yang paling dasar, mencakup kebutuhan akan makan, istirahat, minum, dan papan.

#### **2.3.3.1.2. Kebutuhan akan Perlindungan dan Rasa Aman**

Ketika kebutuhan pada tingkat pertama benar-benar telah terpenuhi, tingkat kebutuhan yang lebih tinggi muncul berperan. Kebutuhan itu antara lain, bebas dari rasa takut, bahaya, ancaman, dan sebagainya. Jika menghadapi kebijakan tertentu yang menimbulkan rasa takut dan tidak pasti, maka kebutuhan – kebutuhan itu mungkin terjadi motivator yang paling dominan.

#### **2.3.3.1.3. Kebutuhan sosial.**

Ketika tidak lagi merasa takut pada dua tingkat kebutuhan yang terdahulu, kebutuhan sosial akan muncul kepermukaan. Kebutuhan dan keterikatan serta penerimaan kawan sebaya sangat penting, yaitu mau memberi dan menerima bentuk persahabatan.

#### **2.3.3.1.4. Kebutuhan akan Penghargaan dan Rasa Harga Diri.**

Pengakuan pribadi, kebanyakan pribadi dan rasa harga diri, merupakan tingkatan bersusun yang keempat. Tepuk pada pundak bagian belakang dan prestasi kerja yang diraihinya atau kata pujian yang diberikan didepan peserta yang hadir lainnya merupakan metode penting untuk

memenuhi kebutuhan pada tingkatan ini. Hal itu kadang kala disebut kebutuhan ego atau status.

#### 2.3.3.1.5. Kebutuhan akan Pemenuhan-Diri.

Puncak kebutuhan adalah pemenuhan diri kebutuhan akan pemenuhan diri ini merupakan kebutuhan yang jarang betul-betul bisa dipenuhi yang merupakan motivator yang konstan. Sebab kebanyakan orang tidak akan pernah betul-betul meraihnya, tetapi perlu “terus mencoba” merangsang untuk terus terpacu meraih tujuan itu.

Maslow berpendapat bahwa tiap tingkatan dalam hirarki itu harus secara substansial terpuaskan sebelum hirarki berikutnya menjadi aktif dan setelah kebutuhan itu secara substansial terpenuhi tidak lagi bisa memotivasi perilaku. Selain itu Maslow membedakan kelima kebutuhan itu menjadi tingkat tinggi dan rendah, kebutuhan fisiologi dan keamanan menjadi kebutuhan tingkat rendah serta kebutuhan sosial, harga diri, aktualisasi diri menjadi kebutuhan tingkat tinggi.

Sependapat dengan Maslow, Clayton Aldefer ( dalam Stoner 2003:141) bahwa motivasi dapat diukur menurut hirarki kebutuhan. Akan tetapi Aldefer memecah kebutuhan hanya menjadi tiga jenis yaitu : kebutuhan eksistensi (*existence*)atau kebutuhan mendasar, kebutuhan keterkaitan (*relatedness*) atau kebutuhan hubungan antar pribadi, dan kebutuhan pertumbuhan (*growth*)atau kebutuhan akan kreativitas dan produktivitas. Sehingga ketiga kebutuhan yang diungkapkan

oleh Aldefer ini dikenal dengan nama ERG. Perbedaan dari Maslow dan Aldefer adalah Maslow memandang manusia akan secara tetap menapaki hirarki kebutuhan sedangkan aldefer memandang bahwa manusia akan bergerak naik turun dalam hirarki kebutuhan dari waktu ke waktu.

### **2.3.3.2. Teori Dua faktor Herzberg**

Herzberg mengembangkan teori hierarki kebutuhan Maslow menjadi teori dua faktor tentang motivasi. Dua faktor itu dinamakan faktor pemuas (*motivation factor*) yang disebut dengan *satisfier* atau *intrinsic motivation* dan faktor pemelihara (*maintenance factor*) yang disebut dengan *disatisfier* atau *extrinsic motivation*. Faktor pemuas yang disebut juga Motivator Faktor yang merupakan faktor pendorong seseorang untuk berprestasi yang bersumber dari dalam diri seseorang tersebut (kondisi intrinsik) antara lain :

#### **2.3.3.2.1. Prestasi yang diraih (*Achievement*)**

Keberhasilan seorang pegawai dapat dilihat dari prestasi yang diraihnya. Agar seseorang pegawai dapat berhasil dalam melaksanakan pekerjaannya, maka pemimpin harus mempelajari bawahannya dan pekerjaannya dengan memberikan kesempatan kepadanya agar bawahan dapat berusaha mencapai hasil yang baik. Bila bawahan telah berhasil mengerjakan pekerjaannya, pemimpin harus menyatakan keberhasilan itu.

#### 2.3.3.2.2. Pengakuan orang lain (*Recognition*)

Sebagai lanjutan dari keberhasilan pelaksanaan, pimpinan harus memberi pernyataan pengakuan terhadap keberhasilan bawahan dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu :

- a. Langsung menyatakan keberhasilan di tempat pekerjaannya, lebih baik dilakukan sewaktu ada orang lain
- b. Surat penghargaan
- c. Memberi hadiah berupa uang tunai
- d. Memberikan medali, surat penghargaan dan hadiah uang tunai
- e. Memberikan kenaikan gaji promosi

#### 2.3.3.2.3. Tanggung jawab (*Responsibility*)

Agar tanggung jawab benar menjadi faktor motivator bagi bawahan, pimpinan harus menghindari *supervise* yang ketat, dengan membiarkan bawahan bekerja sendiri sepanjang pekerjaan itu memungkinkan dan menerapkan prinsip partisipasi. Diterapkannya prinsip partisipasi membuat bawahan sepenuhnya merencanakan dan melaksanakan pekerjaannya.

#### 2.3.3.2.4. Peluang untuk maju (*Advancement*)

Pengembangan merupakan salah satu faktor motivator bagi bawahan. Faktor pengembangan ini benar-benar berfungsi sebagai motivator, maka pemimpin dapat memulainya dengan melatih bawahannya untuk pekerjaan yang lebih bertanggung jawab. Bila ini sudah dilakukan selanjutnya pemimpin member rekomendasi tentang bawahan yang siap untuk pengembangan, untuk menaikkan pangkatnya, dikirim mengikuti pendidikan dan pelatihan lanjutan.

#### 2.3.3.2.5. Kepuasan kerja itu sendiri (*The Work It Self*)

Pimpinan membuat usaha-usaha riil dan meyakinkan, sehingga bawahan mengerti akan pentingnya pekerjaan yang dilakukannya dan usaha berusaha menghindari dari kebosanan dalam pekerjaan bawahan serta mengusahakan agar setiap bawahan sudah tepat dalam pekerjaannya.

Faktor pemelihara (*maintenance factor*) disebut juga *Hygiene Factor* merupakan faktor yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan untuk memelihara keberadaan karyawan sebagai manusia, pemeliharaan ketentraman dan kesehatan. Faktor ini juga disebut *dissatisfier* (sumber ketidakpuasan) yang

merupakan tempat pemenuhan kebutuhan tingkat rendah yang dikualifikasikan ke dalam faktor ekstrinsik, meliputi :

#### **2.3.3.2.6. Kompensasi (*Payment & Status*)**

Pada umumnya masing-masing manajer tidak dapat menentukan sendiri skala gaji yang berlaku didalam unitnya. Namun demikian masing-masing manajer mempunyai kewajiban menilai apakah jabatan - jabatan di bawah pengawasannya mendapat kompensasi sesuai pekerjaan yang mereka lakukan. Para manajer harus berusaha untuk mengetahui bagaimana jabatan didalam kantor diklasifikasikan dan elemen-elemen apa saja yang menentukan pengklasifikasian itu.

#### **2.3.3.2.7. Keamanan dan Keselamatan Kerja (*Job Security*)**

Keselamatan dan kesehatan kerja perlu terus dibina agar dapat meningkatkan kualitas keselamatan dan kesehatan dan kesehatan kerja karyawan. Agar pembinaan dapat berjalan dengan baik, antara lain dapat dilakukan cara-cara berikut ini :

- a. Tanamkan dalam diri karyawan keyakinan bahwa mereka adalah pihak yang paling menentukan dalam pencegahan kecelakaan.
- b. Tunjukkan pada karyawan bagaimana mengembangkan perilaku kerja yang aman.
- c. Berikan teknik pencegahan kecelakaan secara spesifik.

- d. Buatlah contoh yang baik.
- e. Tegakkan standar keselamatan kerja secara tegas.

#### **2.3.3.2.8. Kondisi Kerja (*Working Condition*)**

Masing-masing manajer dapat berperan dalam berbagai hal agar keadaan masing-masing bawahannya menjadi lebih sesuai. Misalnya ruangan khusus bagi unitnya, penerangan, perabotan suhu udara dan kondisi fisik lainnya. Menurut Herzberg seandainya kondisi lingkungan yang baik dapat tercipta, prestasi yang tinggi dapat tercipta, prestasi tinggi dapat dihasilkan melalui konsentrasi pada kebutuhan-kebutuhan ego dan perwujudan diri yang lebih tinggi.

#### **2.3.3.2.9. Kebijakan (*Company Policy & Administration*)**

Dalam faktor ini yang menjadi sorotan disini adalah kebijakan personalia. Kantor personalia umumnya dibuat dalam bentuk tertulis. Biasanya yang dibuat dalam bentuk tertulis adalah baik, karena itu yang utama adalah bagaimana pelaksanaan dalam praktek. Pelaksanaan kebijaksanaan dilakukan masing masing manajer yang bersangkutan. Dalam hal ini supaya mereka berbuat seadil-adilnya.

#### **2.3.3.2.10. Supevisi Teknis (*Supervision Technical*)**

Dengan *technical supervisor* yang menimbulkan kekecewaan dimaksud adanya kurang mampu dipihak

atasan, bagaimana caranya mensupervisi dari segi teknis pekerjaan yang merupakan tanggung jawabnya atau atasan mempunyai kecakapan teknis yang lebih rendah dari yang diperlukan dari kedudukannya. Untuk mengatasi hal ini para pimpinan harus berusaha memperbaiki dirinya dengan jalan mengikuti pelatihan dan pendidikan.

#### **2.3.3.2.11. Hubungan Interpersonal Antar Teman, Sejawat, dengan Atasan dan dengan Bawahan (*Interpersonal Relation*)**

*Interpersonal relation* menunjukkan hubungan perseorangan antara bawahan dengan atasannya, dimana kemungkinan bawahan merasa tidak dapat bergaul dengan atasannya. Agar tidak menimbulkan kekecewaan pegawai, maka minimal ada tiga kecakapan harus dimiliki setiap atasan yakni :

#### **2.3.3.2.12. *Technical Skill* (Kecakapan Teknis)**

Kecakapan ini sangat bagi pimpinan tingkat terbawah dan tingkat menengah, ini meliputi kecakapan menggunakan metode dan proses pada umumnya berhubungan dengan kemampuan menggunakan alat.

#### **2.3.3.2.13. *Human Skill* (Kecakapan Konsektual)**

Kemampuan untuk bekerja di dalam atau dengan kelompok, sehingga dapat membangun

kerjasama dan mengkoordinasikan berbagai kegiatan.

#### 2.3.3.2.14. *Conceptual Skill* (Kecakapan Konseptual)

Kemampuan memahami kerumitan organisasi sehingga dalam berbagai tindakan yang diambil tekanan selalu dalam usaha merealisasikan tujuan organisasi keseluruhan.

#### 2.3.3.3. Teori Harapan Vroom

Menurut Gary P Lathan ( 2007: hal 44) teori pengharapan merupakan penjelasan paling menyeluruh mengenai motivasi yang ada saat ini. Victor H. Vroom mengemukakan bahwa :

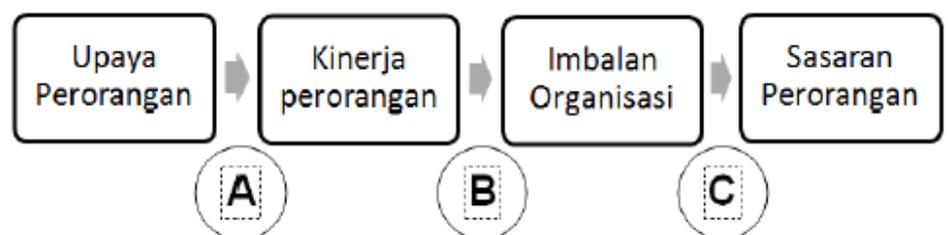
Motivasi adalah produk tiga faktor, *Valence* (V) menunjukkan seberapa kuat keinginan seseorang untuk memperoleh suatu *reward*, misalnya jika hal yang paling didambakan oleh seseorang adalah imbalan yang tinggi, maka hal itu berarti baginya imbalan menduduki *valensi* tertinggi. Ini merupakan ungkapan kadar keinginan seseorang untuk mencapai suatu tujuan; *Expectacy* (E), menunjukkan kemungkinan keberhasilan kerja (*performance probability*). Probability itu bergerak dari 0, (nol, tiada harapan) ke 1(satu, penuh harapan). Maksud dari harapan itu sendiri adalah suatu kesempatan yang diberikan akan terjadi karena perilaku. *Instrumentality* (I), menunjukkan kemungkinan diterimanya *reward* (gaji, asuransi kesehatan, transportasi dan sebagainya) jika pekerjaan berhasil.

Victor Vroom mengemukakan bahwa teori harapan mencakup tiga variabel atau hubungan yaitu :

- 1) Pengharapan atau kaitan usaha-kinerja, adalah kemungkinan yang dirasakan oleh orang tersebut bahwa melakukan sejumlah usaha tertentu akan menghasilkan tingkat kinerja tertentu.
- 2) Instrumentalitas atau kaitan kinerja-imbalan yakni tingkat sejauh mana orang tersebut percaya bahwa bekerja pada tingkat tertentu itu menjadikan sarana untuk tercapainya hasil yang diinginkan.
- 3) Valensi atau daya tarik imbalan yakni bobot yang ditempatkan oleh orang tersebut ke potensi hasil atau imbalan yang dapat dicapai di tempat kerja. Valensi mempertimbangkan sasaran dan juga kebutuhan orang tersebut.

Penjelasan mengenai teori harapan dapat disederhanakan melalui gambar 2.3 yang digambarkan oleh Robbins ( 2005 : 108) dibawah ini:

**Gambar 2.3. Penyederhanaan Teori Harapan**



Sumber : Stephen Robbins, et al., "Manajemen" 2005 Jilid II hlm 108

Pada penelitian ini motivasi difokuskan pada teori dua faktor dari Herzberg yang dinamakan faktor pemuas (*motivation factor*) yang disebut dengan *satisfier* atau *intrinsic motivation* dan faktor pemelihara (*maintenance factor*) yang disebut dengan *dissatisfier* atau *extrinsic motivation*. Untuk digunakan sebagai acuan untuk melakukan penelitian terhadap faktor yang berhubungan dengan motivasi kerja dan penerapan budaya keselamatan pasien.

#### **2.4. Hubungan antara motivasi kerja perawat dengan budaya keselamatan pasien**

Kehidupan manusia tidak terlepas dari berbagai rangsangan untuk memenuhi kebutuhan hidup, serta mencapai kepuasan dan kebahagiaan yang membuat manusia berjuang dan berusaha lebih baik lagi untuk bekerja. Motivasi kerja yang dimiliki oleh setiap individu sangat mempengaruhi kualitas kerja. Walaupun fasilitas memadai, organisasi dan manajemen, prosedur kerja baik, tanpa motivasi kerja yang tinggi maka sulit memberikan kinerja dan hasil pekerjaan yang baik. Motivasi kerja selain untuk memenuhi kebutuhan diri, harapan, dan kepuasan dalam kerja juga dapat untuk mencapai sasaran atau tujuan, kinerja dan prosedur apa yang sudah ditetapkan dalam suatu organisasi sesuai dengan bidang tugas serta kemampuan yang dimiliki oleh seorang individu. Hal ini akan ditunjukkan dengan sebuah perilaku yang mencerminkan diri atau profesi yang dimilikinya. Sehingga dari perilaku setiap staf yang berusaha bekerja dengan lebih baik akan terbentuk budaya dalam organisasi yang baik pula.

Setiap organisasi mempunyai budaya organisasi yang berbeda satu sama lain, begitu pula pada setiap rumah sakit juga mempunyai budaya beserta prosedur yang berbeda. Budaya rumah sakit mempengaruhi pola pikir, sikap, dan perilaku anggota atau tenaga kesehatan dalam melayani para pasien, dan mencapai tujuan rumah sakit. Salah satu dari budaya yang sangat penting di rumah sakit adalah budaya untuk menjaga keselamatan pasien. Hal ini wajib diterapkan oleh seluruh tenaga kesehatan di rumah sakit tersebut. Budaya keselamatan pasien merupakan komponen yang penting dan mendasar karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan. Budaya keselamatan pasien merupakan konsep yang menarik dan umumnya menjadi penting dan mendasar untuk suatu organisasi dalam mengatur operasional keselamatan pasien. Sehingga motivasi kerja dari organisasi rumah sakit tersebut sangat penting agar dapat membangun perilaku dari setiap tenaga kesehatan dalam mengoptimalkan kinerjanya dan hal itu dapat menciptakan budaya organisasi rumah sakit yang baik dan optimal termasuk dalam penerapan budaya keselamatan pasien.

Teori dua faktor dari Frederick Herzberg yang berhubungan dengan motivasi kerja, menyatakan ada dua faktor yang mendorong karyawan termotivasi yaitu faktor intrinsik yaitu daya dorong yang timbul dari dalam diri masing-masing orang, dan faktor ekstrinsik yaitu daya dorong yang datang dari luar diri seseorang, terutama dari organisasi tempatnya bekerja. Jadi karyawan yang terdorong secara intrinsik akan menyenangi pekerjaan yang memungkinkannya menggunakan kreativitas dan inovasinya, bekerja dengan tingkat otonomi yang tinggi dan tidak perlu diawasi dengan ketat. Kepuasan

disini tidak terutama dikaitkan dengan perolehan hal-hal yang bersifat materi. Sebaliknya, mereka yang lebih terdorong oleh faktor-faktor ekstrinsik cenderung melihat kepada apa yang diberikan oleh organisasi kepada mereka dan kinerjanya diarahkan kepada perolehan hal-hal yang diinginkannya dari organisasi.

Frederick Herzberg mengembangkan teori hierarki kebutuhan Maslow menjadi teori dua faktor tentang motivasi. Dua faktor itu dinamakan faktor pemuas (*motivation factor*) yang disebut dengan *satisfier* atau *intrinsic motivation* dan faktor pemelihara (*maintenance factor*) yang disebut dengan *disatisfier* atau *extrinsic motivation*.

Model karakteristik pekerjaan inti perawat dengan dimensi arti sebuah tugas memiliki pengaruh psikologis penting bagi perawat sendiri karena mengalami arti tersendiri dari pekerjaannya sebagai perawat akan mampu meningkatkan motivasi kerja secara internal (Robbins, Judge, 2008). Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menunjukkan kinerja yang berbeda-beda dikarenakan motivasi. Hal ini juga termasuk dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Perawat termotivasi oleh kebutuhan fisiologis, keselamatan, perhatian, harga diri dan aktualisasi diri. Perawat juga termotivasi oleh kebutuhan kognitif terhadap pengetahuan. Tumbuhnya motivasi kerja perawat merupakan suatu proses untuk mencapai tujuan organisasi rumah sakit yang ditetapkan, sehingga dalam memberi motivasi kerja perawat perlu menggunakan prinsip – prinsip partisipatif, komunikasi, pengakuan, pendelegasian dan perhatian. Dengan begitu akan mempengaruhi perawat untuk beraktifitas dan meningkatkan kinerja menuju mutu pelayanan yang diharapkan.

Hasil penelitian Nivalinda (2013) menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu sejumlah 57 responden (53%) mempunyai motivasi rendah. Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi perawat antara lain keinginan adanya peningkatan, rasa percaya bahwa gaji yang dimiliki sudah mencukupi, memiliki kemampuan pengetahuan, keterampilan dan nilai-nilai yang diperlukan. Faktor lainnya yaitu adanya umpan balik, adanya kesempatan untuk mencoba pendekatan baru dalam melakukan pekerjaan, adanya instrument kinerja untuk promosi, kerja sama dan peningkatan penghasilan.

Hasil penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa penerapan budaya keselamatan pasien sebagian besar responden yaitu sejumlah 54 responden (51,4%) berada pada kategori kurang baik. Rumah sakit yang mengadopsi budaya keselamatan pasien sebagai nilai keselamatan berarti setiap individu dalam rumah sakit tersebut bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan secara aman. Nilai atau dimensi budaya keselamatan menjadi perekat setiap individu, dikomunikasikan dan diajarkan dari dan ke setiap individu menjadi aturan yang ditaati sehingga membentuk perilaku setiap individu.

Dimensi atau nilai dalam budaya keselamatan pasien belum menyatu dalam diri semua individu sehingga belum semua perawat menunjukkan perilaku yang menjunjung tinggi nilai-nilai tersebut. Hal ini dapat menjadi pemicu bagi rumah sakit dalam meningkatkan penanaman nilai budaya keselamatan pasien. Hal tersebut menunjukkan semakin tinggi motivasinya maka semakin baik penerapan budaya keselamatan pasiennya. Motivasi merupakan energi yang mendorong seseorang untuk menjalankan tugas

pekerjaan mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Motivasi kerja perawat akan berdampak terhadap kinerja perawat yang ditampilkan. Seseorang yang bekerja untuk memenuhi kebutuhan maka pencapaian prestasi bisa berubah sebagai dampak faktor dalam organisasi seperti program pelatihan, pembagian dan jenis tugas yang diberikan, tipe supervisi yang dilakukan. Pencapaian prestasi ini termasuk penerapan budaya keselamatan pasien yang baik.

Hasil penelitian Nivalinda juga menunjukkan terdapat pengaruh secara bersama-sama antara motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien. Persentase pengaruh variabel motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 39,2%. Penerapan budaya keselamatan pasien terutama berfokus pada prosedur manajemen sumber daya manusia dan perilaku kinerja dalam keselamatan pasien yang berhubungan dengan pengawasan, kedisiplinan individu dan kepemimpinan yang efektif. Hal ini menunjukkan untuk membangun budaya keselamatan yang kuat perlu didukung kepemimpinan yang kuat, motivasi dan kedisiplinan individu dalam kinerja keselamatan pasien serta sistem manajemen sumber daya manusia.