

**HUBUNGAN BEBAN KERJA DAN MOTIVASI PERAWAT DENGAN  
KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN SOP  
PENGURANGAN RESIKO INFEKSI (*HAND HYGIENE*)  
RSUD DR ABDUL RIVAI BERAU**

**SKRIPSI**



**DISUSUN OLEH**

**FUAD ASMAR**

**17111024110278**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**SAMARINDA**

**2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**HUBUNGAN BEBAN KERJA DAN MOTIVASI PERAWAT DENGAN  
KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN SOP  
PENGURANGAN RESIKO INFEKSI (*HAND HYGIENE*)  
RSUD DR ABDUL RIVAI BERAU**

**SKRIPSI**

**DI SUSUN OLEH :  
FUAD ASMAR  
NIM : 17111024110278**

**Disetujui untuk diajukan  
Pada tanggal,**

**Pembimbing**



**Ns. Joanggi Wiriatarina Harianto., M. Kep  
NIDN. 1122018501**

**Mengetahui,  
Koordinator Mata Ajar Skripsi**



**Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes  
NIDN. 1112068002**

**HUBUNGAN BEBAN KERJA DAN MOTIVASI PERAWAT DENGAN  
KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN SOP  
PENGURANGAN RESIKO INFEKSI (*HAND HYGIENE*)  
RSUD DR ABDUL RIVAI BERAU**

**DI SUSUN OLEH :**

**Fuad Asmar  
17111024110278**

**Diseminarkan dan Diujikan  
Pada tanggal, 12 Februari 2018**

**Penguji I**

**Ns. Maridi Marsan D. M. Kep  
NIDN. 1125037202**

**Penguji II**

**Ns. Alfi Ari Fakhru Rizal, M. Kep  
NIDN. 1111038601**

**Penguji III**

**Ns. Joanggi Wiriatarina Harianto, M. Kep  
NIND. 1122018501**

**Mengetahui,  
Ketua**

**Program Studi S1 Keperawatan**



  
**Ns. Dwi Rahmah, Fitriani, M. Kep  
NIDN. 1119097601**

## INTISARI

### **Hubungan Antara Beban Kerja Dan Motivasi Perawat Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan Sop Pengurangan Resiko Infeksi (Hand Hygiene) di RSUD Dr.Abdul Rivai Berau**

Fuad Asmar<sup>1</sup>, Joanggi Wiriatarina Harianto<sup>2</sup>

**Pendahuluan** :Pelayanan tidak lagi hanya berfokus pada kepuasan pasien tetapi lebih penting lagi adalah keselamatan pasien (*patient safety*). Salah satu sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Cuci tangan menjadi salah satu langkah yang efektif untuk memutuskan rantai transmisi infeksi, sehingga insidensi nosokomial dapat berkurang. Pencegahan dan pengendalian infeksi mutlak harus dilakukan oleh perawat, dokter dan seluruh orang yang terlibat dalam perawatan pasien

**Metode**: Penelitian ini merupakan penelitian dekriptif korelasional dengan pendekatan crosssectional. Populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 41 perawat. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling. Alat ukur yang digunakan menggunakan kuesioner dan lembar observasi.

**Hasil** : Analisa data menggunakan Chi Square mendapatkan hasil p-value sebesar 1,000 untuk hubungan beban kerja dan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SOP Pengurangan resiko infeksi (hand hygiene), dan 0,049 untuk hubungan motivasi perawat dan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SOP Pengurangan resiko infeksi (hand hygiene).

**Analisa** : Dari penelitian didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara beban kerja dan kepatuhan perawat, sedangkan untuk variabel motivasi perawat terdapat hubungan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SOP pengurangan resiko infeksi (hand hygiene).

**Diskusi**: Kepatuhan seorang perawat dalam melaksanakan SOP pengurangan infeksi (hand hygiene) dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, dalam penelitian ini hanya variabel motivasi perawat yang berhubungan,namun masih banyak faktor lain yang dapat mempengaruhi.

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>2</sup> Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**ABSTRACT****Correlation between Work Overload and Nurse Motivation with Nurse Adherence on Reduce Risk of Infection (Hand Hygiene) Implementation Based on Standard Operational Procedure Atrsud Dr. Abdul Rivai Berau**

Fuad Asmar<sup>3</sup>, Joanggi Wiriatarina Harianto<sup>4</sup>

**Introduction:** Patient Services would not only focus on satisfaction but more importantly is patient safety. One of the focal patient safety is the achievement of the reduction risk of infection related health services. Washing hands be one of the effective to decide chain transmission infection, so that insidensi nosocomial can be reduced. Prevention and control infections must be absolutely done by nurses, doctor and all the people involved in care of patients.

**Method:** The research was an correlational research with the crosssectional approach. Population in this research was as many as 41 nurse. Sampling techniques used is the total sampling. A measuring instrument used uses a questionnaire and a observation.

**Result:** Result of this study was showed with there was no connection between the workloads and nurses, while for for variables motivation nurses there are a relationship with compliance nurses in the implementation of the sop a reduced risk of infections (hand hygiene).

**Analyze:** The analyze in this study was used Chi square, get the result p-value of 1,000 to relations between workload and compliance nurse in the implementation of the SOP a reduced risk of infections (hand hygiene), and 0,049 to relations between motivation nurses and compliance nurse in the implementation of the sop a reduced risk of infections (hand hygiene).

**Discuss:** A nurse in compliance the reduction of infections (hand hygiene) implementation based on SOP can be influenced by a lot of factors, in this research is only variable nurse motivation who deals, but still many other factors that can affect.

---

<sup>3</sup> Student at Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>4</sup> Lecture at Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

BAB III METODE PENELITIAN .....	64
A. Rancangan Penelitian .....	64
B. Populasi dan Sampel Penelitian .....	65
C. Variabel Penelitian.....	66
D. Waktu dan Tempat Penelitian.....	66
E. Definisi Operasional .....	67
F. Instrumen Penelitian.....	70
G. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	72
H. Uji Normalitas .....	73
I. Teknik Pengumpulan Data.....	74
J. Teknik Analisa Data .....	78
K. Etika Penelitian.....	81
L. Jalannya Penelitian .....	85
M. Jadwal penelitian .....	86
BAB IV Hasil Penelitian dan Pembahasan	
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	87
B. Hasil Penelitian .....	88
C. Pembahasan.....	93
D. Keterbatasan Penelitian .....	102
B. Saran .....	105

**SILAKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UMKT**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Keselamatan pasien (*patient safety*) saat ini telah menjadi isu global dan nasional bagi rumah sakit, komponen penting dari mutu layanan kesehatan, prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu *World Health Organization* (WHO) tahun 2004.

WHO telah mencanangkan *World Alliance for Patient Safety* sejak tahun 2004, program bersama dengan berbagai negara untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit. Indonesia telah mengeluarkan pula kebijakan yang mengatur tentang keselamatan pasien yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Standar Keselamatan Pasien mengacu pada *Hospital Patient Safety Standards* yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organization*, Illinois, USA tahun 2002, yaitu: hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien, dan komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien. Penyusunan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Solution* dari WHO Patient Safety yang

digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS-PERSI), dan dari Joint Commission International (JCI).

Fokus dari keselamatan pasien adalah untuk meminimalkan resiko bahaya bagi pasien dan penyedia layanan baik melalui efektifitas sistem dan kinerja individu. Pendidikan keperawatan di berbagai negara memiliki tantangan untuk memasukkan prinsip-prinsip penerapan keselamatan pasien kedalam pendidikan klinik. Mendorong mahasiswa keperawatan untuk mengaplikasikan standar nasional keselamatan pasien, berpikir kritis, dan perencanaan pelayanan keperawatan membantu untuk menyiapkan mahasiswa dengan dasar-dasar yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan yang aman bagi pasien (Fura, MSN, Louise A., and Rothenberger, MSN, Cynthia D., 2014). Seorang perawat yang telah berdinasi di suatu ruangan, telah melewati proses pendidikan di bangku perkuliahan.

Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi, perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Rata-rata pendidikan perawat di RSUD dr.Abdul Rivai Berau minimal Diploma III dikatakan tingkat pendidikannya tinggi. Pengetahuan cuci tangan dapat diperoleh dari poster-poster ataupun petunjuk cuci tangan sesuai standar padatiap unit perawatan. Adanya pengetahuan akan cuci tangan yang benar bisa memberikan perlindungan terhadap



penularan atau kontaminasi silang penyakit dari satu pasien ke pasien lainnya.

Salah satu sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Infeksi adalah invasi tubuh oleh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Rumah sakit merupakan salah satu tempat yang paling mungkin mendapat infeksi karena mengandung populasi mikroorganisme yang sangat tinggi dengan jelas virulen yang mungkin telah resisten terhadap antibiotik (Potter & Perry, 2005).

Peraturan Menteri Kesehatan tentang keselamatan pasien rumah sakit tahun 2011 mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*bloodstream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Program pencegahan dan pengendalian infeksi harus dilakukan dengan pendekatan berbasis risiko infeksi yang ada di rumah sakit, dimana pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

Rumah sakit mempunyai prosedur pelayanan kesehatan yang menjadi acuan dalam mencegah kemungkinan untuk terjadinya infeksi di rumah sakit.

Pencegahan dilakukan diantaranya dengan higienitas atau penerapan pola kebersihan lingkungan dan perawatan pasien, perawatan pasien menular yang terpisah dengan pasien yang tidak menular, prosedur perawatan untuk pasien khusus. Apabila perawatan dan pengobatan yang dilakukan telah sesuai dengan prosedur yang benar maka terjadinya infeksi nosokomial adalah sebagai resiko yang tidak bisa diperkirakan. Angka kejadian infeksi nosokomial telah dijadikan salah satu tolak ukur mutu pelayanan rumah sakit. Izin operasional sebuah rumah sakit bisa dicabut karena tingginya angka kejadian infeksi nosokomial. Bahkan pihak asuransi tidak mau membayar biaya yang ditimbulkan akibat infeksi nosokomial sehingga pihak penderita sangat dirugikan.

Cuci tangan menjadi salah satu langkah yang efektif untuk memutuskan rantai transmisi infeksi, sehingga insidensi nosokomial dapat berkurang. Pencegahan dan pengendalian infeksi mutlak harus dilakukan oleh perawat, dokter dan seluruh orang yang terlibat dalam perawatan pasien. Salah satu komponen standar kewaspadaan dan usaha menurunkan infeksi nosokomial adalah menggunakan panduan kebersihan tangan yang benar dan mengimplementasikan secara efektif. Menurut survey Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, secara nasional berperilaku benar dalam cuci tangan adalah 47,0%.<sup>(10)</sup> Rata-rata kepatuhan petugas kesehatan untuk mencuci tangan di Indonesia hanya 20% - 40%.

*Hand hygiene* adalah proses pembersihan kotoran dan mikroorganisme pada tangan yang di dapat melalui kontak dengan pasien, petugas kesehatan lain dan permukaan lingkungan (*flora transien*) dengan menggunakan sabun atau antiseptik dibawah air mengalir atau

menggunakan *hand rub* berbasis alkohol. Salah satu tindakan yang dapat atau memungkinkan masuknya mikroorganisme kedalam tubuh melalui tindakan invasif di rumah sakit. Tindakan invasif merupakan suatu tindakan memasukkan alat kesehatan kedalam tubuh pasien, antara lain dengan membuat tusukan, insisi pada kulit atau memasukkan insersi instrument (benda asing) kedalam tubuh.

Darmadi (2008) menyatakan bahwa infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat oleh pasien ketika dalam proses asuhan keperawatan atau dirawat dirumah sakit. Suatu infeksi dikatakan didapat dari rumah sakit apabila sebelum dirawat tidak ada tanda-tanda klinik terjadi infeksi namun selama dirawat muncul tanda-tanda infeksi yang timbul sekurang-kurangnya setelah 3x24 jam sejak mulai perawatan.

Risiko infeksi dirumah sakit atau yang bisa dikenal dengan infeksi nosokomial merupakan masalah penting di seluruh dunia. Kasus infeksi nosokomial di dunia 9% dari 1,4 juta pasien dirawat inap didunia. Infeksi ini terus meningkat dari 1% di beberapa negara Eropa dan Amerika, sampai lebih dari 40% di Asia, Amerika Latin dan Afrika (Kemenkes RI,2011). Hasil survey pada beberapa negara terutama di Amerika Serikat dan Eropa menunjukkan bahwa infeksi nosokomial yang pravelensinya tinggi adalah saluran kemih 42%, infeksi luka operasi 24%, dan infeksi saluran nafas 11% (Nasronudin, dkk, 2007).

Berdasarkan penelitian Xue, dkk seperti yang dikutip dalam Sofyani tahun 2011 mengemukakan bahwa kejadian infeksi nosokomial mulai

4,6% bahkan sampai 74,3% terjadi di Spanyol. Hal tersebut menunjukkan bahwa kejadian infeksi nosokomial masih cukup banyak dan perlu dilakukan antisipasi agar kejadian infeksi berkurang dan bahkan tidak terjadi lagi.(4) Menurut Larson yang dikutip dalam Sofyani tahun 2011 mengemukakan bahwa dari 40 rumah sakit anggota *The National Nosocomial Infections Surveillance* (NNIS) melaporkan kepatuhan tenaga kesehatan yang melakukan cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien bervariasi antara 24% sampai 89% dengan rata-rata 56,6%. Penelitian ini dilakukan setelah dipromosikannya program WHO dalam pengendalian infeksi.

Di Indonesia kasus infeksi nosokomial keakuratannya, namun data pada beberapa rumah sakit seperti: Rumah Sakit DKI Jakarta 9,8% pasien rawat inap mendapat infeksi baru, di RSUD Dr. Sardjito Surabaya 7,3% (Napitupulu, 2009 dalam Puspitasari, 2012). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Jeyamohan (2010) di RSUP Haji Adam Malik, memaparkan dari 534 pasien pasca operasi diperoleh prevalensi sebanyak 5,6% pasien mengalami infeksi nosokomial luka operasi kelas bersih.

Dari data rekam medik RSUD dr.Abdul Rivai Berau dari periode Januari-April 2017 terdapat 4.464 pasien yang ditangani di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan berbagai kasus. Sementara data kejadian infeksi nasokomial tidak didapatkan data.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan kepada 5 perawat di IGD RSUD dr.Abdul Rivai Berau dengan teknik observasi dan

wawancara, 5 orang perawat ketika akan melaksanakan tindakan tidak mencuci tangan terlebih dahulu. Dari hasil wawancara, 3 orang perawat mengatakan bahwa mengetahui terdapat SOP cuci tangan di ruangan, dan 2 perawat tidak mengetahui bahwa terdapat SOP di ruangan. Selain itu, 3 perawat mengatakan bahwa mengetahui pentingnya cuci tangan, dan 2 perawat mengatakan tau tapi jawabannya samar samar ( tidak jelas). Dari hasil wawancara didapatkan juga bahwa perawat tidak melaksanakan cuci tangan karena sebagian besar teman dinas yang berada di ruangan tidak melakukan, dan apabila ada yang melakukan tidak ada perbedaan reward/ penghargaan yang diterima. Berdasarkan fenomena di atas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang “Hubungan beban kerja dan motivasi perawat dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan SOP pengurangan resiko infeksi ( *Hand Hygiene* ) RSUD dr Abdul Rivai Berau.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan diatas, maka permasalahan dalam penelitian ini adalah: “Apakah ada Hubungan beban kerja dan motivasi perawat dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan SOP pengurangan resiko infeksi ( *Hand Hygiene* ) di RSUD dr Abdul Rivai Berau? ”.

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan Hubungan beban kerja dan motivasi perawat dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan SOP pengurangan resiko infeksi ( *Hand Hygiene* ) RSUD dr Abdul Rivai Berau.

Tujuan Khusus :

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden.
- b. Mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang pelaksanaan pengurangan resiko infeksi.
- c. Mengidentifikasi beban kerja dan motivasi perawat.
- d. Mengidentifikasi kepatuhan perawat dalam pelaksanaan pengurangan resiko infeksi (cuci tangan).
- e. Menganalisis hubungan beban kerja perawat dan pelaksanaan pengurangan resiko infeksi dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan pengurangan resiko infeksi (*hand hygiene*).
- f. Menganalisis hubungan motivasi perawat dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan pengurangan resiko infeksi (cuci tangan).

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Teoritis**

Sarana dalam melaksanakan dan mengaplikasikan teori yang sudah didapat semasa di pendidikan dengan kondisi yang sebenarnya di lapangan, dan menambah pengetahuan dan

pengalaman yang sangat berguna dalam penerapan ilmu pengetahuan yang didapat di perkuliahan.

## 2. Manfaat Praktis

### a. Bagi perawat

Sebagai dasar pemahaman bahwa dalam setiap tindakan yang dilakukan berhubungan dengan pasien harus melaksanakan prinsip *patient safety*

### b. Bagi Mahasiswa

Dapat memberikan informasi serta motivasi kepada mahasiswa keperawatan akan pentingnya kepatuhan pelaksanaan *patient safety* terhadap keselamatan pasien di rumah sakit.

### c. Bagi Institusi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan, informasi tambahan dan evaluasi dari pihak luar (akademis) untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan melaksanakan *patient safety* pada perawat di rumah sakit.

## E. Keaslian Penelitian

1. Ardiansyah (2017) dengan judul hubungan antara beban kerja dan disiplin kerja perawat di ruang rawat inap RSUD I. A Moeis Samarinda.
2. Siti Aqmarina (2016) dengan judul Hubungan antara Motivasi Kerja Perawat dengan Kepatuhan Pelaksanaan *Patien Safety* di

Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

3. Rina Murdyaningsih (2015) dengan judul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Cuci Tangan Terhadap Kepatuhan Mahasiswa Praktek di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi tahun 2015.
4. Rini Sofyati (2015) dengan judul Hubungan antara Sistem Imbalan (Reward System) dengan Motivasi Kerja Perawat RSUD Taman Husada Bontang.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Beban Kerja**

###### **a. Pengertian Beban Kerja**

Menurut Marquis dan Houston (2000) bahwa beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja diartikan sebagai patient days yang merujuk pada sejumlah prosedur dan pemeriksaan saat dokter berkunjung ke pasien. Bisa juga diartikan beban kerja adalah jumlah total waktu keperawatan baik secara langsung atau tidak langsung dalam memberikan pelayanan keperawatan yang diperlukan oleh pasien dan jumlah perawat yang diperlukan untuk memberikan pelayanan tersebut.

Beban kerja adalah frekuensi kegiatan rata-rata dari masing-masing pekerjaan dalam jangka waktu tertentu (Irwandy, 2007). Beban kerja merupakan salah satu unsur yang harus diperhatikan bagi seorang tenaga kerja untuk mendapatkan keserasian dan produktivitas kerja yang tinggi selain unsur beban tambahan akibat lingkungan kerja dan kapasitas kerja. Menurut Permendagri No. 12/2008, beban kerja adalah besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu

jabatan/unit organisasi dan merupakan hasil kali antara volume kerja dan norma waktu (Utomo, 2008).

Beban kerja adalah volume dari hasil kerja atau catatan-catatan tentang hasil pekerjaan yang dapat menunjukkan volume yang dihasilkan oleh sejumlah pegawai dalam suatu bagian tertentu (Moekijat, 1998). Dari sudut pandang ergonomi setiap beban kerja yang diterima seorang harus sesuai dan seimbang baik terhadap kemampuan fisik, kemampuan kognitif maupun keterbatasan manusia yang menerima beban tersebut. Menurut Satria (2013), menyatakan bahwa beban dapat berupa beban fisik dan beban mental. Beban kerja fisik dapat berupa beratnya pekerjaan seperti mengangkat, mengangkut, merawat, mendorong. Sedangkan beban kerja mental dapat berupa sejauh mana tingkat keahlian dan prestasi kerja yang dimiliki individu dengan individu lainnya.

Menurut Bina Diknakes dalam Tambunan (2013) menyatakan bahwa pengelolaan tenaga kerja yang tidak direncanakan dengan baik dapat menyebabkan keluhan yang subjektif, beban kerja semakin berat, tidak efektif dan tidak efisien yang memungkinkan ketidakpuasan bekerja yang pada akhirnya mengakibatkan turunnya kinerja dan produktivitas serta mutu pelayanan yang merosot.

Beban kerja adalah besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan/unit organisasi dan merupakan hasil kali antara jumlah pekerjaan dengan waktu. Setiap pekerja dapat bekerja secara tanpa membahayakan dirinya sendiri maupun masyarakat di sekelilingnya, untuk itu perlu dilakukan upaya penyerasian antara kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja agar, sehingga diperoleh produktivitas kerja yang optimal (UU Kesehatan No 36 Tahun 2009).

**b. Klasifikasi Beban Kerja**

Menurut Munandar dalam Tambunan (2013), mengklasifikasikan beban kerja sebagai berikut:

a) Beban Berlebih Kuantitatif

Beban berlebih secara fisik ataupun mental akibat terlalu banyak melakukan kegiatan merupakan kemungkinan sumber stres pekerjaan. Unsur yang menimbulkan beban berlebih kuantitatif ialah desakan waktu, yaitu setiap tugas diharapkan dapat diselesaikan secepat mungkin secara tepat dan cermat.

b) Beban Terlalu Sedikit Kuantitatif

Beban kerja terlalu sedikit kuantitatif juga dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis seseorang. Pada pekerjaan yang sederhana, dimana banyak terjadi pengulangan gerak akan timbul rasa bosan, rasa monoton.

Kebosanan dalam kerja rutin sehari-hari, sebagai hasil dari terlampau sedikitnya tugas yang harus dilakukan, dapat menghasilkan berkurangnya perhatian. Hal ini, secara potensial membahayakan jika tenaga kerja gagal untuk bertindak tepat dalam keadaan darurat.

c) Beban Berlebih Kualitatif

Kemajuan teknologi mengakibatkan sebagian besar pekerjaan yang selama ini dikerjakan secara manual oleh manusia/tenaga kerja diambil alih oleh mesin-mesin atau robot, sehingga pekerjaan manusia beralih titik beratnya pada pekerjaan otak. Pekerjaan makin menjadi majemuk sehingga mengakibatkan adanya beban berlebih kualitatif. Kemajemukan pekerjaan yang harus dilakukan seorang tenaga kerja dapat dengan mudah berkembang menjadi beban berlebih kualitatif jika kemajemukannya memerlukan kemampuan teknikal dan intelektual yang lebih tinggi daripada yang dimiliki.

d) Beban Terlalu Sedikit Kualitatif

Beban terlalu sedikit kualitatif merupakan keadaan di mana tenaga kerja tidak diberi peluang untuk menggunakan ketrampilan yang diperolehnya, atau untuk mengembangkan kecakapan potensialnya secara penuh. Beban terlalu sedikit disebabkan kurang adanya rangsangan akan mengarah ke

semangat dan motivasi yang rendah untuk kerja. Tenaga kerja akan merasa bahwa ia “tidak maju-maju”, dan merasa tidak berdaya untuk memperlihatkan bakat dan ketrampilannya.

**c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Beban Kerja**

Rodahl dan Manuaba dalam Satria (2013) menyatakan bahwa beban kerja dipengaruhi faktor-faktor sebagai berikut :

- a) Faktor eksternal yaitu beban yang berasal dari luar tubuh pekerja, seperti:
  - 1) Tugas-tugas yang dilakukan yang bersifat fisik seperti stasiun kerja, tata ruang, tempat kerja, alat dan sarana kerja, kondisi kerja, sikap kerja, sedangkan tugas-tugas yang bersikap mental seperti kompleksitas pekerjaan, tingkat kesulitan pekerjaan, tanggung jawab pekerjaan.
  - 2) Organisasi kerja seperti lamanya waktu kerja, waktu istirahat, kerja bergilir, kerja malam, sistem pengupahan, model struktur organisasi, pelimpahan tugas dan wewenang.
  - 3) Lingkungan kerja adalah lingkungan kerja fisik, lingkungan kimiawi, lingkungan kerja biologis dan lingkungan kerja psikologis.
  - 4) Ketiga aspek ini sering disebut sebagai stressor.

b) Faktor internal

Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh itu sendiri akibat dari reaksi beban kerja eksternal. Reaksi tubuh disebut Strain, berat ringannya strain dapat dinilai baik secara obyektif maupun subyektif. Faktor internal meliputi faktor somatis (jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, status gizi, kondisi kesehatan), faktor psikis (motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan dan kepuasan).

**d. Perhitungan Beban Kerja**

Menurut Adipradana (2008) menyatakan bahwa perhitungan beban kerja dapat dilihat dari tiga aspek, yakni fisik, mental dan penggunaan waktu. Aspek fisik meliputi beban kerja berdasarkan kriteria-kriteria fisik manusia. Aspek mental merupakan perhitungan beban kerja dengan mempertimbangkan aspek mental (psikologis), aspek mental atau psikologis lebih menekankan pada hubungan interpersonal antara perawat dengan kepala ruang, perawat dengan perawat lainnya dan hubungan perawat dengan pasien, yang dapat mempengaruhi keserasian dan produktifitas kerja bagi perawat sebagai alokasi penggunaan waktu guna peningkatan pelayanan keperawatan terhadap pasien dan aspek pemanfaatan waktu lebih mempertimbangkan pada aspek penggunaan waktu untuk bekerja.

Analisis beban kerja adalah proses penentuan jumlah jam kerja (man hours) yang digunakan untuk menyelesaikan beban kerja tertentu, jumlah jam kerja karyawan yang di butuhkan. Menurut Gillies (1994) bahwa untuk mengukur beban kerja menggunakan system klasifikasi pasien. Hal ini akan menyesuaikan tingkat ketergantungan pasien, tingkat kesulitan serta kemampuan yang diperlukan dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Adapun Swanburg (1999) menyatakan bahwa dalam membuat sistem klasifikasi pasien harus memenuhi beberapa kategori yaitu :

- a) Staffing, yaitu untuk mengukur waktu yang dibutuhkan dan jumlah perawat yang di butuhkan secara kuantitas dan kualitas.
- b) Program perumusan biaya dan anggaran keperawatan yaitu mencerminkan biaya untung-rugi pelayanan keperawatan yang nyata.
- c) Kebutuhan perawatan pasien, yaitu membagi tugas pelayanan keperawatan dengan mengatur intensitas keperawatan dan tindakan keperawatan.
- d) Mengukur nilai produktifitas, yaitu mengukur output dan input dimana produktifitas adalah indeks beban kerja perawat.

- e) Menentukan kualitas, yaitu mengatur waktu dan jenis kebutuhan pasien dengan mengalokasikan jenis dan jumlah perawat yang tepat.

#### **e. Teknik Pengukuran Beban Kerja**

Teknik perhitungan beban kerja banyak diterapkan oleh para ahli agar benar-benar menggambarkan kebutuhantenaga perawat sepanjang masa sehingga setiapkondisi pasien banyak atau sedikit tidak perlu lagi mencari tenaga tambahan. Salah satu cara terbaik adalah menghitung berdasarkan beban kerja riil yaitu akumulasi jumlah tindakan keperawatan semua pasien yang harus di berikan asuhan keperawatan dalam jangka waktu satu tahun yang dirata- ratakan (Kurniadi, 2013).

Adapun menurut Swanburg (1999), ada 4 teknik untuk menghitung beban kerja perawat yaitu :

##### a) Time and Task Frequency

Cara ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui kualitas pekerjaan yang dilakukan perawat dan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan satu tindakan keperawatan dengan baik dan benar. Kemudian kumpulan waktu diakumulasi dan dicari rata-rata/skoring. Langkah-langkah untuk menghitung adalah:

- 1) Menentukan jumlah sampel perawat yang diambil



- 2) Membuat formulir kegiatan yang akan dipakai mengamati serta ada kolom untuk menulis waktunya
- 3) Menentukan observer yang bias mengidentifikasi kualitas pekerjaan yang akan diamati
- 4) Tiap satu observer akan mengamati satu orang perawat selama bekerja sesuai shiftnya

*b) Work Sampling*

Cara ini dilakukan dengan mengamati kegiatan apa saja yang akan dilakukan perawat. Informasi yang didapat dengan metode ini adalah waktu dan jenis kegiatan yang mampu dilakukan perawat dalam interval tertentu yang sudah ditentukan. Observer harus mengamati dari jarak jauh atau seakan-akan tidak mengamati agar perawat yang bekerja sesuai aslinya atau kebiasaan selama ini.

Menurut Ilyas dalam Kurniadi (2013), metode work sampling akan mengetahui, yakni:

- 1) Aktivitas apa saja yang sedang dilakukan perawat pada saat jam kerja
- 2) Apakah aktivitas perawat masih ada hubungan dengan tugas pokoknya pada saat jam kerja
- 3) Bisa membandingkan berapa proporsi kerja produktif dan kerja non produktif

- 4) Jenis beban kerja yang digunakan dikaitkan dengan waktu dan jadwal kerjanya. Akhirnya akan diketahui dari beberapa perawat yang bekerja akan didapatkan jenis kegiatan dan banyaknya kegiatan yang telah dilakukan dari mulai datang sampai pulang.

Prinsip-prinsip dalam pelaksanaan pada metode *work sampling* yaitu:

- 1) Menentukan kompetensi perawat yang akan di observasi
- 2) Bila jumlahnya banyak perawatnya perlu dilakukan pemilihan representatif di kelompoknya
- 3) Membuat formulir daftar kegiatan perawat yang diklasifikasikan sebagai kegiatan keperawatan produktif atau non produktif
- 4) Memberikan pelatihan kepada observer dimana diharapkan memiliki latar belakang pendidikan setingkat lebih tinggi dari perawat yang di observasi. Tiap observer akan mengamati 5-8 perawat
- 5) Pengamatan akan dilakukan setiap interval 5 menit sekali. Semakin tinggi tingkat mobilitas pekerjaan/tindakan keperawatan yang diamati maka semakin pendek waktu pengamatan. Semakin pendek jarak pengamatan maka semakin banyak sampel-sampel pengamatan yang dapat diambil observer sehingga akurasi penelitian menjadi lebih

akurat. Pelaksanaan pengamatan dilakukan selama jam kerja/shift kerjanya, tetapi bila perawat yang di observasi bekerja 24 jam maka observer akan melakukan pengamatan selama 24 jam

c) *Continuous Sampling*

Metode continuous sampling hampir sama dengan work sampling dengan perbedaan terletak pada cara pengamatan yang dilakukan terus – menerus terhadap setiap kegiatan perawat dan dicatat secara terinci serta dihitung lama waktu untuk melaksanakan kegiatan tersebut. Pencatatan dilakukan mulai perawat datang/mulai kerja sampai pulang. Pengamatan dapat dilakukan kepada satu atau lebih perawat secara bersamaan.

d) *Self Reporting (variasi antara time study and task frequency)*

Observer akan memeriksa daftar kegiatan yang ditetapkan oleh peneliti sehingga tinggal mengisi kegiatan mana yang telah dikerjakan. Catatan - catatan formulir tugas harian dibuat untuk periode waktu tertentu yang berisi pekerjaan yang ditugaskan. Hasil formulir tugas harian ini dapat dihitung data tentang jenis kegiatan, waktu dan lamanya kegiatan dilakukan.

Menurut Ilyas dalam Kurniadi (2013) menambahkan cara perhitungan beban kerja menjadi 2 jenis lagi yaitu time and motion study dan daily log.

1) *Time and motion study*

Penemu pertama kali adalah Frederick Taylor, seorang insinyur yang menggunakan time and motion studies untuk meneliti dan kemudian menerapkan prinsip-prinsip efisiensi di level pekerja bawah yang menghasilkan produktivitas tinggi. Cara ini dilakukan dengan mengamati dan mengikuti apa yang sedang dilakukan perawat. Hal ini akan digunakan untuk mengetahui tentang kualitas pekerjaan yang dilaksanakan seorang perawat. Tipe perawat yang diinginkan adalah seorang yang mahir dibidangnya yang bisa memiliki keahlian tertentu, misalnya perawat mahir ICU, perawat mahir anak dan yang lainnya. Hasil lain dari teori ini adalah dapat mengidentifikasi kualitas pendidikan dan pelatihan yang telah diikuti seorang pekerja sesuai kompetensinya.

2) *Daily log*

Daily log merupakan bentuk sederhana dari work sampling. Pada cara ini responden yang akan diteliti dipersilahkan menurut sendiri kegiatan yang telah

dilakukan dan waktu yang dibutuhkan untuk tiap kegiatan. Daily log merupakan metode sederhana karena peneliti hanya menyediakan formulir saja dan memberikan bimbingan cara mengisinya.

**f. Standar Beban Kerja**

Menurut Gillies dalam (1996), standar beban kerja perawat sebagai berikut:

a) Dinas pagi

Jam dinas = 420 menit. Jumlah jam efektif = 357 menit.

Beban kerja: K1 = 357 menit, K2 = 714 menit, K3 = 1071 menit, K4 = 1428 menit.

b) Dinas sore

Jam dinas = 420 menit. Jumlah jam efektif = 357 menit.

Beban kerja: K1 = 357 menit, K2 = 714 menit, K3 = 1071 menit, K4 = 1428 menit.

c) Dinas malam

Jam dinas = 600 menit. Jumlah jam efektif = 510 menit.

Beban kerja: K1 = 510 menit, K2 = 1020 menit, K3 = 1530 menit, K4 = 2040 menit.

Keterangan:

K1 : Kategori klien dengan perawatan mandiri dan diberi bobot 1  
K2 : Kategori klien dengan perawatan minimal dan diberi bobot 2

K3 : Kategori klien dengan perawatan moderat dan diberi bobot 3  
K4 : Kategori klien dengan perawatan intensif dan diberi bobot 4

**g. Kesesuaian Beban Kerja**

Adanya keseimbangan antara tugas tambahan yang ia kerjakan, jumlah pasien yang harus dirawatnya, kapasitas kerjanya sesuai dengan pendidikan yang diperoleh, waktu kerja yang digunakan untuk mengerjakan tugasnya sesuai dengan jam kerja yang berlangsung setiap hari, serta kelengkapan fasilitas yang dapat membantu perawat menyelesaikan kerjanya dengan baik (Irwandy, 2007).

**h. Ketidaksesuaian Beban Kerja**

Waktu kerja yang harus diperoleh oleh perawat melebihi kapasitasnya. Apabila waktu kerja yang harus ditanggung oleh perawat melebihi kapasitas maka akan berdampak buruk bagi produktivitas perawat dan banyaknya tugas tambahan yang harus dikerjakan oleh seorang perawat dapat mengganggu penampilan kerja perawat. Beban kerja yang melebihi ini sangat berpengaruh terhadap produktivitas tenaga kesehatan dan tentu saja berpengaruh terhadap produktivitas rumah sakit itu sendiri (Irwandy, 2007).

### **i. Dampak Beban Kerja**

Menurut Manuaba dalam Satria (2013) bahwa akibat beban kerja yang terlalu berat atau yang terlalu sedikit dapat mengakibatkan seorang pekerja menderita gangguan atau penyakit akibat kerja. Beban kerja yang terlalu berlebihan akan menimbulkan kelelahan fisik atau mental dan reaksi-reaksi emosional seperti sakit kepala, gangguan pencernaan dan mudah marah. Sedangkan pada beban kerja yang terlalu sedikit dimana pekerjaan yang terjadi karena pengulangan gerak akan menimbulkan kebosanan, rasa monoton. Kebosanan dalam kerja rutin sehari-hari karena tugas atau pekerjaan yang terlalu sedikit mengakibatkan kurangnya perhatian pada pekerjaan sehingga secara potensial membahayakan pekerja. Beban kerja yang berlebihan atau rendah dapat menimbulkan stres kerja.

Dari dampak beban kerja tersebut maka cara mencegah dan mengendalikan stres kerja menurut Sauter dalam Prihatini (2007) adalah sebagai berikut:

- a) Beban kerja fisik maupun mental harus disesuaikan dengan kemampuan dan kapasitas kerja pekerja yang bersangkutan dengan menghindari adanya beban berlebih maupun beban kerja ringan.
- b) Jam kerja harus disesuaikan baik terhadap tuntutan tugas maupun tanggung jawab di luar pekerjaan.

- c) Setiap pekerja harus diberikan kesempatan untuk mengembangkan karier, mendapatkan promosi dan pengembangan keahlian.
- d) Membentuk lingkungan sosial yang sehat yaitu antara pekerja yang satu dengan yang lain.
- e) Tugas-tugas harus didesain untuk dapat menyediakan stimulasi dan kesempatan agar pekerja dapat menggunakan keterampilannya.

## **2. Konsep Perawat**

Tenaga keperawatan salah satu sumber daya manusia di rumah sakit yang menentukan penilaian terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Hal ini wajar mengingat perawat adalah bagian dari tenaga paramedik yang memberikan perawatan kepada pasien secara langsung. Sehingga pelayanan keperawatan yang prima secara psikologis merupakan sesuatu yang harus dimiliki dan dikuasai oleh perawat (Kusnanto, 2004).

### **a. Pengertian Perawat**

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensi



kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus kehidupan manusia (Nursalam, 2011).

**b. Tugas Pokok dan Fungsi Perawat**

Menurut Kusnanto (2004) fungsi perawat adalah :

- a) Mengkaji kebutuhan pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat serta sumber yang tersedia dan potensial untuk memenuhi kebutuhan tersebut.
- b) Merencanakan tindakan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat berdasarkan diagnosis keperawatan.
- c) Melaksanakan rencana keperawatan meliputi upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan dan pemeliharaan kesehatan termasuk pelayanan pasien dan keadaan terminal.
- d) Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan.
- e) Mendokumentasikan proses keperawatan.
- f) Mengidentifikasi hal-hal yang perlu diteliti atau dipelajari serta merencanakan studi kasus guna meningkatkan pengetahuan dan pengembangan ketrampilan dan praktek keperawatan.
- g) Berperan serta dalam melaksanakan penyuluhan kesehatan kepada pasien, keluarga, kelompok serta masyarakat.

- h) Bekerja sama dengan disiplin ilmu terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- i) Mengelola perawatan pasien dan berperan sebagai ketua tim dalam melaksanakan kegiatan keperawatan.

Perawat sebagai seorang tenaga profesional dalam bidang pelayanan kesehatan yang dihadapinya adalah manusia, sehingga dalam hal ini empati mutlak harus dimiliki oleh seorang perawat. Dengan empati, seorang perawat akan mampu mengerti, memahami dan ikut merasakan apa yang dirasakan, apa yang dipikirkan dan apa yang diinginkan pasien (Potter dan Perry, 2005).

Untuk dapat memberikan pelayanan yang prima maka seorang perawat harus peka dalam memahami alur pikiran dan perasaan pasien serta bersedia mendengarkan keluhan pasien tentang penyakitnya. Dengan demikian perawat dapat mengerti bahwa apa yang dikeluhkan merupakan kondisi yang sebenarnya, sehingga respon yang diberikan terasa tepat dan benar bagi pasien (Potter dan Perry, 2005).

### **3. Konsep Motivasi**

#### **a. Pengertian Motivasi**

Motivasi adalah dorongan dasar yang menggerakkan seseorang bertingkah laku. Istilah motivasi berasal dari kata motif yang dapat di artikan sebagai kekuatan yang terdapat dalam diri individu, yang menyebabkan individu tersebut bertindak dan berbuat (Uno, 2009).

Usman (2006) menjelaskan motivasi adalah keinginan untuk berbuat sesuatu, hal ini juga merupakan keinginan yang terdapat pada seorang individu yang merangsangnya untuk melakukan tindakan-tindakan atau sesuatu yang menjadi dasar atau alasan seseorang berperilaku. Motivasi juga pada dasarnya ialah semangat dari dalam yang kuat untuk mencapai sesuatu. Ia juga merupakan satu keinginan yang paling kuat untuk mendapat kejayaan dan kecemerlangan.

Dikalangan para ahli lain muncul berbagai pendapat tentang motivasi. Masing-masing ahli memberikan pengertian motivasi dengan cara yang berbeda-beda, sesuai dengan hasil penelitian dan ilmu pengetahuan yang mereka peroleh.

Motivasi menurut Uno (2009) merupakan dorongan yang terdapat dalam diri seseorang untuk berusaha mengadakan perubahan tingkah laku yang lebih baik dalam memenuhi kebutuhannya.

Motivasi berasal dari kata latin “moreve” yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Pengertian motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan “needs” atau “wants”. Kebutuhan adalah suatu potensi dalam diri manusia yang perlu ditanggapi atau direspon. (Notoatmodjo, 2009).

## **b. Teori Motivasi**

Menurut Beberapa Ahli (Uno, 2009)

### a) Hierarki Kebutuhan Maslow

Dalam bukunya “A theory of human motivation” Hierarki beranggapan bahwa pada waktu orang telah memuaskan satu tingkat kebutuhan tertentu, mereka ingin bergeser ketingkat yang lebih tinggi.

#### 1) Kebutuhan fisiologis

Seseorang mampu memiliki motivasi yang besar untuk bertahan hidup termasuk makanan, rumah, pakaian, udara untuk bernafas, dan sebagainya jika telah terpenuhi kebutuhan fisiologis.

#### 2) Kebutuhan akan rasa aman

Ketika seseorang memiliki motivasi yang tinggi dan mampu memenuhi kebutuhan fisiologis maka motivasi itu kemudian di arahkan pada kebutuhan akan keselamatan

hidup. Yaitu merasa aman dari setiap jenis ancaman fisik atau kehilangan, serta merasa terjamin.

3) Kebutuhan cinta kasih

Seseorang membutuhkan kebutuhan cinta kasih yang dihubungkan pada hubungan antarmanusia. Kebutuhan ini menjadi dorongan dasar yang menggerakkan seseorang untuk menjadi bagian dari kelompok sosial.

4) Kebutuhan akan penghargaan

Percaya diri dan harga diri merupakan kebutuhan akan penghargaan. Artinya mendapat pengakuan orang lain. Dalam kaitannya dengan motivasi berarti memiliki keinginan untuk berbuat sesuatu yang dapat diakui, menyediakan Kebutuhan ini ditempatkan paling atas oleh Hierarki Maslow dan berkaitan dengan keinginan pemenuhan diri. Ketika semua kebutuhan lain sudah terpenuhi maka seseorang ingin mencapai secara penuh potensinya. sesuatu yang dapat dicapai, serta pengakuan umum dan kehormatan di dunia luar.

5) Kebutuhan Aktualisasi Diri

- b) Teori keberadaan, Keterkaitan, dan Pertumbuhan (Existence, Relatedness, and Growth ERG)

Aldefefer merumuskan kembali Hierarki Maslow dalam tiga kelompok yang dinyatakan sebagai keberadaan, keterkaitan, dan pertumbuhan yaitu :

- 1) Kebutuhan akan keberadaan adalah semua kebutuhan yang berkaitan dengan keberadaan manusia yang dipertahankan dan berhubungan dengan kebutuhan fisiologis dan rasa aman pada Hierarki Maslow.
- 2) Kebutuhan keterkaitan berkaitan dengan hubungan kemitraan.
- 3) Kebutuhan pertumbuhan adalah kebutuhan yang berhubungan dengan perkembangan potensi perorangan dan dengan kebutuhan penghargaan dan aktualisasi diri yang dikemukakan Maslow.

**c) Teori motivasi kesehatan Herzberg**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan menggunakan wawancara dengan para akuntan dan para ahli teknik Amerika Serikat dari berbagai industri, Herzberg mengembangkan teori motivasi menjadi dua faktor. Teori itu mendalilkan adanya beberapa faktor yang kalau tidak ada, menyebabkan ketidakpuasan dan yang terpisah dari faktor motivasi lain yang membangkitkan upaya dan kinerja sangat istimewa. Hal-hal yang tidak memuaskan ia gambarkan sebagai faktor kesehatan dan hal-hal yang memuaskan ia gambarkan sebagai

motivator. Artinya, faktor kesehatan dan motivasi berhubungan untuk mencapai tingkat kepuasan.

#### **d) Teori Manusia kompleks**

Teori motivasi diatas menganggap orang termotivasi oleh suatu jenis pendorong. Model utamanya dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Manusia ekonomi, yaitu manusia yang termotivasi terutama oleh imbalan keuangan.
- 2) Manusia sosial, yang motivasinya dipengaruhi terutama oleh sifat hubungan kemitraan dalam pekerjaan.
- 3) Manusia yang mengaktualisasikan diri, seperti yang dinyatakan dalam Hierarki Maslow dan teori Y McGregor.

#### **c. Jenis-jenis Motivasi**

Motivasi dibedakan menjadi dua, yaitu :

##### **a) Motivasi Intrinsik**

Motivasi intrinsik adalah dorongan dari dalam diri seseorang dan tidak perlu rangsangan dari luar. Didalam diri seseorang sudah terdapat dorongan untuk melakukan sesuatu (Sardiman, 2009).

Menurut Uno (2009), terdapat 3 indikator dalam motivasi intrinsik, yaitu :

- 1) Adanya hasrat dan keinginan berhasil
- 2) Adanya dorongan kebutuhan belajar

3) Adanya harapan dan cita-cita masa depan

b) Motivasi Ekstrinsik

Motivasi ekstrinsik adalah dorongan untuk melakukan sesuatu yang datangnya dari luar diri seseorang (Sardiman, 2009).

Menurut Uno (2009), terdapat 3 indikator dalam motivasi ekstrinsik, yaitu :

- 1) Penghargaan
- 2) Kegiatan belajar yang menarik (penelitian)
- 3) Lingkungan sosial, yang dimaksud disini adalah lingkungan yang mencakup keadaan atau peristiwa yang dapat berpengaruh terhadap penyusunan skripsi.

Sedangkan menurut Uno (2009), Istilah motivasi berasal dari kata motif yang dapat diartikan sebagai kekuatan yang terdapat dalam diri individu, yang menyebabkan individu tersebut bertindak dan berbuat. Motif dapat dibedakan menjadi tiga macam, yaitu :

- 1) Motif biogenetis, yaitu motif-motif yang berasal dari kebutuhan-kebutuhan organisme demi kelanjutan hidupnya, misalnya lapar, haus, kebutuhan akan kegiatan dan istirahat, mengambil nafas, seksualitas dan sebagainya.
- 2) Motif sosiogenetis, yaitu motif-motif yang berkembang berasal dari lingkungan kebudayaan tempat orang tersebut



berada. Jadi motif ini tidak berkembang dengan sendirinya, tetapi dipengaruhi oleh lingkungan kebudayaan setempat. Misalnya, keinginan mendengarkan musik, makan pecel, makan coklat, dan lain-lain.

- 3) Motif-motif teologi, dalam motif ini manusia adalah sebagai makhluk yang berkeTuhanan, sehingga ada interaksi antara manusia dengan Tuhannya, seperti ibadahnya dalam kehidupan sehari-hari, misalnya keinginan untuk mengabdikan kepada Tuhan Yang Maha Esa untuk merealisasikan norma-norma sesuai agamanya (Uno, 2009).

#### **d. Faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi**

##### **a) Faktor fisik**

Motivasi yang ada didalam diri individu yang mendorong untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan fisik seperti kebutuhan jasmani, raga, materi, benda atau berkaitan dengan alam. Faktor fisik merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi lingkungan dan kondisi seseorang.

Lingkungan akan mempengaruhi motivasi seseorang. Orang yang hidup dalam lingkungan tempat tinggal yang kondusif (bebas dari polusi, asri, tertib dan disiplin) maka individu yang ada disekitarnya akan memiliki motivasi yang kuat untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal, keadaan atau kondisi kesehatan, individu yang kondisi fisiknya sakit maka

akan memiliki motivasi yang kuat untuk mempercepat proses penyembuhan. Kondisi fisik seseorang akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam kehidupan sehari-hari.

b) Faktor Hereditas

Motivasi yang didukung oleh lingkungan berdasarkan kematangan atau usia seseorang. Umur merupakan tingkat kedewasaan seseorang. Orang yang mempunyai umur produktif akan mempunyai daya pikir yang lebih rasional dan memiliki pengetahuan yang baik sehingga orang memiliki motivasi baik.

c) Faktor Instrinsik Seseorang

Motivasi yang berasal dari dalam dirinya biasanya timbul dari perilaku yang dapat memenuhi kebutuhan sehingga puas dengan apa yang sudah dilakukan.

d) Fasilitas (Sarana dan Prasarana)

Motivasi yang timbul karena adanya kenyamanan dan segala yang memudahkan dengan tersedianya sarana-sarana yang dibutuhkan untuk hal yang diinginkan.

e) Situasi dan kondisi

Motivasi yang timbul berdasarkan keadaan yang terjadi sehingga mendorong dan memaksa seseorang untuk melakukan sesuatu.

f) Program dan Aktifitas dorongan

Motivasi yang timbul atas dorongan dalam diri seseorang atau pihak lain yang didasari dengan adanya kegiatan (program) rutin dengan tujuan tertentu.

g) Audio Visual Aid (media)

Motivasi yang timbul dengan adanya informasi yang didapat dari perantara sehingga mendorong atau menggugah hati seseorang untuk melakukan sesuatu.

**e. Cara Memotivasi**

Beberapa cara dalam memotivasi seseorang antara lain :

- a) Memotivasi dengan kekerasan (motivating by force). Cara memotivasi dengan menggunakan ancaman hukuman atau kekerasan agar yang dimotivasi dapat melakukan apa yang harus dilakukakan.
- b) Memotivasi dengan bujukan (motivating by enticement). Cara memotivasi dengan bujukan atau memberi hadiah agar melakukan sesuatu sesuai harapan yang memberikan motivasi.
- c) Memotivasi dengan identifikasi (motivating by identification or ego involvement). Cara memotivasi dengan menanamkan kesadaran sehingga individu berbuat sesuatu karena adanya keinginan yang timbul karena dalam dirinya sendiri dalam mencapai sesuatu. (Sunaryo,2004).

**f. Mendorong Motivasi**

Menurut Hamalik (2008) motivasi disusun atas dasar penelitian yang seksama dalam rangka mendorong motivasi belajar mahasiswa yang mengandung pandangan demokratis dan dalam rangka menciptakan “self motivation” dan “self discipline” dikalangan perawat :

- a) Pujian lebih efektif daripada hukuman
- b) Semua perawat mempunyai kebutuhan-kebutuhan psikologis (yang bersifat dasar) tertentu yang harus mendapatkan kepuasan
- c) Motivasi yang berasal dari pada motivasi yang dipaksakan dari luar
- d) Terhadap jawaban (perbuatan) yang serasi (sesuai dengan keinginan) perlu dilakukan usaha pemantauan
- e) Motivasi itu mudah menjalar atau tersebar terhadap orang lain
- f) Pemahaman yang jelas terhadap tujuan-tujuan akan merangsang motivasi
- g) Tugas-tugas yang dibebankan oleh diri sendiri akan menimbulkan minat yang lebih besar untuk mengerjakannya daripada apabila tugas-tugas itu dipaksakan oleh rumah sakit
- h) Pujian-pujian yang datangnya dari luar kadang-kadang diperlukan dan cukup efektif untuk merangsang minat yang sebenarnya

- i) Teknik dan proses sosialisasi yang bermacam-macam lebih efektif untuk memelihara minat perawat dalam menjalankan tugas
- j) Manfaat minat yang telah dimiliki oleh perawat adalah bersifat ekonomis
- k) Kegiatan-kegiatan yang akan dapat merangsang minat perawat yang kurang mungkin tidak ada artinya
- l) Kecemasan yang besar akan menimbulkan kesulitan dalam bekerja
- m) Kecemasan dan frustrasi yang lemah dapat membantu pekerjaan, dapat juga lebih baik
- n) Apabila tugas tidak terlalu sukar dan bila tidak ada maka frustrasi secara cepat menuju kedemolarisasi
- o) Setiap perawat mempunyai tingkat-tingkat frustrasi toleransi yang berlainan
- p) Tekanan perawat kebanyakan lebih efektif dalam motivasi daripada tekanan/paksaan dari instansi tempat bekerja
- q) Motivasi yang besar erat hubungannya dengan kreativitas perawat dalam bekerja

#### **4. Konsep Keselamatan pasien**

##### **a. Pengertian Keselamatan pasien**

Menurut Supari (2005), Patient Safety adalah bebas dari cedera aksidental atau menghindarkan cedera pada pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan. Patient safety (keselamatan pasien) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk assement resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan (Depkes RI, 2006). Keselamatan (safety) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit

Ada 5 (lima) isu penting yang terkait dengan keselamatan (safety) di rumah sakit yaitu : keselamatan pasien (patient safety), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (green productivity) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan "bisnis"

rumah sakit yang terkait kelangsungan hidup rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit (Depkes RI, 2008).

**b. Tujuan Sistem Keselamatan Pasien**

Tujuan keselamatan pasien antara lain terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, Menurunnya kejadian tidak diharapkan di rumah sakit, terlaksananya program-program pencegahan, sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Depkes RI, (2016).

**c. Standar Keselamatan Pasien**

Standar keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MenKes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, pasal 7 ayat (2) meliputi hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan, penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik tenaga kesehatan

tentang keselamatan pasien dan komunikasi merupakan kunci bagi tenaga kesehatan untuk mencapai keselamatan pasien.

Pasal 8 Peraturan Menteri Kesehatan tersebut diatas mewajibkan setiap Rumah Sakit untuk mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien yang meliputi tercapainya 6 hal sebagai berikut : ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi efektif, peningkatan kewaspadaan obat yang perlu diwaspadai. kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh.

Sembilan solusi keselamatan Pasien di RS (WHO *Collaborating Centre for Patient Safety*, 2 May 2007), yaitu:

- a) Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*)
- b) Pastikan identifikasi pasien
- c) Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
- d) Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
- e) Kendalikan cairan elektrolit pekat
- f) Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
- g) Hindari salah kateter dan salah sambung slang
- h) Gunakan alat injeksi sekali pakai
- i) Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.



#### **d. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)**

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) seperti yang ada dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit, 2011 mengacu pada Nine Life Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS PERSI), dan dari Joint Commission International (JCI), (Standart Akreditasi RS, 2011). Sasaran Keselamatan Pasien antara lain ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications), kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan resiko pasien jatuh.

### **5. Konsep Pengurangan Infeksi**

#### **a. Pengertian Infeksi**

Infeksi adalah invasi tubuh oleh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit. Rumah sakit merupakan salah satu tempat yang paling mungkin mendapat infeksi karena mengandung populasi mikroorganisme yang sangat tinggi dengan jelas virulen yang mungkin telah resisten terhadap antibiotik (Potter & Perry, 2005).

**b. Proses infeksi**

Infeksi terjadi secara progresif dan beratnya infeksi pada klien tergantung dari tingkat infeksi, patogenesitas mikroorganisme dan kerentanan penjamu. Secara umum proses infeksi adalah sebagai berikut :

**a) Periode inkubasi**

Interval antara masuknya patogen ke dalam tubuh dan munculnya gejala pertama.

**b) Tahap prodromal**

Interval dari awitan tanda dan gejala nonspesifik (malaise, demam ringan, kelelahan) sampai gejala yang spesifik. Tahap ini mikroorganisme tumbuh dan berkembang biak dan mampu menyebarkan penyakit ke orang lain.

**c) Tahap sakit**

Klien memanifestasikan tanda dan gejala yang spesifik terhadap jenis infeksi.

**d) Pemulihan**

Interval saat munculnya gejala infeksi.

**c. Tanda-tanda infeksi**

Tanda-tanda infeksi menurut Potter dan Perry (2005) adalah sebagai berikut:

a) Calor (panas)

Daerah peradangan pada kulit menjadi lebih panas dari sekelilingnya, sebab terdapat lebih banyak darah yang disalurkan ke area terkena infeksi/fenomena panas lokal karena jaringan-jaringan tersebut sudah mempunyai suhu inti dan hipertemia lokal tidak menimbulkan perubahan.

b) Dolor (rasa sakit)

Dolor dapat ditimbulkan oleh perubahan Ph lokal atau konsentrasi lokal ion-ion tertentu dapat merangsang ujung saraf. Pengeluaran zat kimia tertentu seperti histamin atau zat kimia bioaktif lainnya dapat merangsang saraf nyeri, selain itu pembengkakan jaringan yang meradang mengakibatkan peningkatan tekanan lokal dan menimbulkan rasa sakit.

c) Rubor (kemerahan)

Merupakan hal pertama yang terlihat di daerah yang mengalami peradangan. Waktu reaksi peradangan mulai timbul maka arteriol yang mensuplai darah tersebut melebar, dengan demikian lebih banyak darah yang mengalir kedalam mikrosirkulasi lokal. Kapiler-kapiler yang sebelumnya kosong atau sebagian saja meregang, dengan cepat penuh terisi darah. Keadaan ini yang dinamakan hiperemia dan kongesti.

d) Tumor (pembengkakan)

Pembengkakan ditimbulkan oleh karena pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan interstisial. Campuran cairan dan sel yang tertimbun di daerah peradangan disebut eksudat.

e) Functiolaesa

Adanya perubahan fungsi secara superficial bagian yang bengkak dan sakit disertai sirkulasi dan lingkungan kimiawi lokal yang abnormal, sehingga organ tersebut terganggu dalam menjalankan fungsinya secara normal.

**d. Pencegahan dari infeksi ialah dengan cara mencuci tangan (hand hygiene) .**

Hand Hygiene merupakan istilah umum yang biasa digunakan untuk menyatakan kegiatan yang terkait membersihkan tangan (WHO, 2009). Salah satu cara terpenting dalam rangka pengontrolan infeksi agar dapat mencegah infeksi nosokomial yaitu dengan cara melaksanakan hand hygiene, baik melakukan cuci tangan ataupun handrubbing. (Mani, dkk.,2010).

Perpindahan kuman patogen secara umum terjadi pada tangan petugas kesehatan yang terkontaminasi (Mani, dkk.,2010). Dalam "Who Guideline on Hand Hygiene in Health Care" yang diterbitkan pada tahun 2009 diketahui bahwa terdapat bakteri yang mendiami tangan manusia, yaitu:

- a) Resident Flora merupakan mikroorganisme yang bertempat tinggal dikulit yaitu pada lapisan luar startum corneum dan pada permukaan kulit. Resident flora tidak terlalu dikaitkan dengan kejadian infeksi nosokomial.
- b) Transient flora merupakan mikroorganisme pada lapisan kulit yang dapat dihilangkan dengan pelaksanaan hand hygiene secara rutin. Transient flora dapat bertahan dan memperbanyak diri secara sporadis pada permukaan kulit walau jenis mikroorganisme ini tidak memperbanyak diri pada kulit. Jenis mikroorganisme yang termasuk transient flora ini didapatkan petugas kesehatan dari kontak langsung dengan pasien. Selain kontak langsung dengan pasien, transient flora juga bisa mengontaminasi tangan petugas kesehatan saat kontak langsung dengan lingkungan pasien yang terkontaminasi.

**e. 5 moment cuci tangan**

Infeksi nosokomial merupakan salah satu masalah mayor yang dihadapi rumah sakit karena dapat mengakibatkan pasien lebih lama berada di rumah sakit serta meningkatkan biaya pelayanan kesehatan. Infeksi nosokomial ini dapat disebarkan melalui kontak langsung, terutama melalui tangan para petugas kesehatan. Petugas Kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam terjadinya transmisi mikroba pathogen dari pasien ke pasien, serta dari pasien ke petugas. Salah satu cara paling

sederhana dan efektif untuk mencegah persebaran infeksi melalui kontak tangan ini adalah cuci tangan (hand hygiene).

Secara global hasil penelitian menunjukkan bahwa cuci tangan dapat menurunkan kejadian infeksi nosokomial sebesar 30%. Pencegahan dan pengendalian infeksi mutlak harus dilakukan oleh seluruh orang yang terlibat dalam perawatan pasien, khususnya dokter dan perawat. Ada lima momen cuci tangan yang ditetapkan oleh WHO. Lima momen tersebut adalah:

- 1) Sebelum bersentuhan dengan pasien
- 2) Sebelum melakukan prosedur bersih/steril
- 3) Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien risiko tinggi
- 4) Setelah bersentuhan dengan pasien
- 5) Setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien



Gambar 2.1. lima moment mencuci tangan

**f. Prinsip dari 5 langkah cuci tangan antara lain :**

- 1) Dilakukan dengan menggosokkan tangan menggunakan cairan antiseptik (hand scrub) atau dengan air mengalir dan sabun antiseptik (handwash). Rumah sakit akan menyediakan kedua ini di sekitar ruangan pelayanan pasien secara merata.
- 2) Hand scrub dilakukan selama 20-30 detik sedangkan handwash 40-60 detik.
- 3) 5 kali melakukan handrub sebaiknya diselingi 1 kali handwash.

6 langkah cuci tangan yang benar menurut WHO yaitu :

- 1) Tuang cairan hand scrub pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.



Gambar 2.2. 6 langkah mencuci tangan (WHO)

2) Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara



3) Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih



4) Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci





5) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian



6) Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan



## 6. Konsep Kepatuhan

### a. Pengertian kepatuhan

Menurut kamus Besar Bahasa Indonesia (2002, dalam Saifunurmazah, 2013) yang dimaksud dengan kepatuhan adalah

sifat patuh atau ketaatan dalam menjalankan perintah atau sebuah aturan. Menurut pendapat lain kepatuhan adalah suatu sifat atau perilaku patuh atau taat yang dilakukan oleh seseorang dalam menjalankan perintah atau aturan yang diberikan oleh pemegang otoritas atau profesional dibidangnya. Dalam aspek kesehatan dimaksudkan yaitu individu khususnya pasien mau melakukan pengobatan atau terapi yang ditentukan oleh dokter, perawat, ahli gizi, dan sebagainya (Saifunurmazah, 2013).

Safarino (1990) dikutip oleh (Slamet B, 2007), mendefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain. Kepatuhan juga dapat didefinisikan sebagai perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi (Niven, 2008).

Kepatuhan adalah merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan (Green dalam Notoatmojo, 2007).

Kelman dalam Sarwono (2007) mengemukakan perubahan sikap perilaku dan individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi, kemudian internalisasi. Kepatuhan individu yang berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru itu, dapat di susul dengan kepatuhan yang berbeda jenisnya yaitu kepatuhan demi menjaga

hubungan baik dengan petugas kesehatan atau tokoh yang menganjurkan perubahan tersebut.

Kepatuhan dapat diartikan sebagai suatu bentuk respon terhadap suatu perintah, anjuran, atau ketetapan melalui suatu aktifitas konkrit. Teori ini menurut Sarwono (2007) didasarkan pada asumsi-asumsi :

- 1) Bahwa manusia umumnya melakukan sesuatu dengan cara yang masuk akal.
- 2) Manusia mempertimbangkan semua informasi yang ada.
- 3) Bahwa secara eksplisit maupun implisit manusia memperhitungkan implikasi tindakan mereka.

#### **b. Perilaku Patuh**

Rahman (2010) mengemukakan perilaku patuh dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu :

##### **a) Faktor Presdisposisi**

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, keyakinan, nilai, kepercayaan, dan sebagainya. Faktor tersebut mempengaruhi perilaku seseorang dalam perilaku kesehatan.

##### **b) Faktor Pendukung**

Faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku, faktor ini meliputi lingkungan fisik, tersedianya fasilitas atau sarana prasarana kesehatan.

c) Faktor Pendorong

Faktor yang memperkuat terjadinya perilaku. Faktor ini meliputi sikap dan praktek petugas kesehatan maupun tokoh masyarakat.

**c. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan**

a) Faktor Internal

1) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo,2007).

2) Sikap

Menurut Azwar (2009) sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak pada objek tertentu. Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap menurut Azwar (2009) antara lain pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama, pengaruh faktor emosional.

### 3) Kemampuan

Kemampuan adalah bakat seseorang untuk melakukan tugas fisik maupun mental, kemampuan seseorang pada umumnya stabil. Kemampuan individu mempengaruhi karakteristik pekerjaan, perilaku, tanggung jawab, pendidikan dan memiliki hubungan secara nyata terhadap kinerja pekerjaan (Ivancevich, 2007).

Manager harus berusaha menyesuaikan kemampuan dan ketrampilan seseorang dengan kebutuhan pekerjaan. Proses penyesuaian ini penting karena tidak ada kepemimpinan, motivasi, atau sumber daya organisasi yang dapat mengatasi kekurangan kemampuan dan ketrampilan meskipun beberapa ketrampilan dapat diperbaiki melalui latihan atau pelatihan (Ivancevich, 2007).

### 4) Motivasi

Menurut Walgito (2004), motivasi merupakan keadaan dalam diri individu atau organisme yang mendorong perilaku ke arah tujuan. Dengan demikian motivasi mempunyai 3 aspek, yaitu keadaan terdorong dalam diri organisme yaitu kesiapan bergerak karena kebutuhan, perilaku yang timbul dan terarah karena keadaan ini, goal atau tujuan yang dituju oleh perilaku tersebut.

b) Faktor Eksternal

1) Karakteristik Organisasi

Subyantoro (2009), berpendapat bahwa karakteristik organisasi meliputi komitmen organisasi dan hubungan antara teman kerja sekerja dan supervisor yang akan berpengaruh terhadap kepuasan kerja dan perilaku individu. Keadaan organisasi dan stuktur organisasi akan memotivasi atau gagal memotivasi perawat profesional untuk berpartisipasi pada tingkatan yang konsisten sesuai tujuan.

2) Karakteristik Kelompok

Rusman (2008) berpendapat bahwa kelompok adalah unit komunitas yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki suatu kesatuan tujuan dan pemikiran serta integritas antar anggota yang kuat. Karakteristik kelompok adalah adanya interaksi, struktur, kebersamaan, adanya tujuan, adanya suasana kelompok dan adanya dinamika interdependensi. Anggota kelompok melaksanakan peran tugas, peran pembentukan, pemeliharaan kelompok dan peran individu. Anggota melaksanakan hal ini melalui hubungan interpersonal. Tekanan dari kelompok sangat mempengaruhi hubungan interpersonal dan tingkat kepatuhan individu karena individu terpaksa mengalah

dan mengikuti perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya individu tersebut tidak menyetujuinya.

### 3) Karakteristik Pekerjaan

Menurut Rahayu (2006), karakteristik pekerjaan adalah sifat yang berbeda antar jenis pekerjaan yang satu dengan yang lainnya yang bersifat khusus dan merupakan inti pekerjaan yang berisikan sifat-sifat tugas yang ada didalam semua pekerjaan serta dirasakan oleh para pekerja sehingga mempengaruhi sikap atau perilaku terhadap pekerjaannya.

### 4) Karakteristik Lingkungan

Apabila perawat harus bekerja dilingkungan yang terbatas dan berinteraksi yang terbatas dan berinteraksi secara konstan dengan staf lain, pengunjung dan tenaga kesehatan lain. Kondisi seperti ini yang dapat menurunkan motivasi perawat terhadap pekerjaannya, dapat menyebabkan stress, dan menimbulkan kepenatan (Swansburg,2004).

## B. Penelitian Terkait

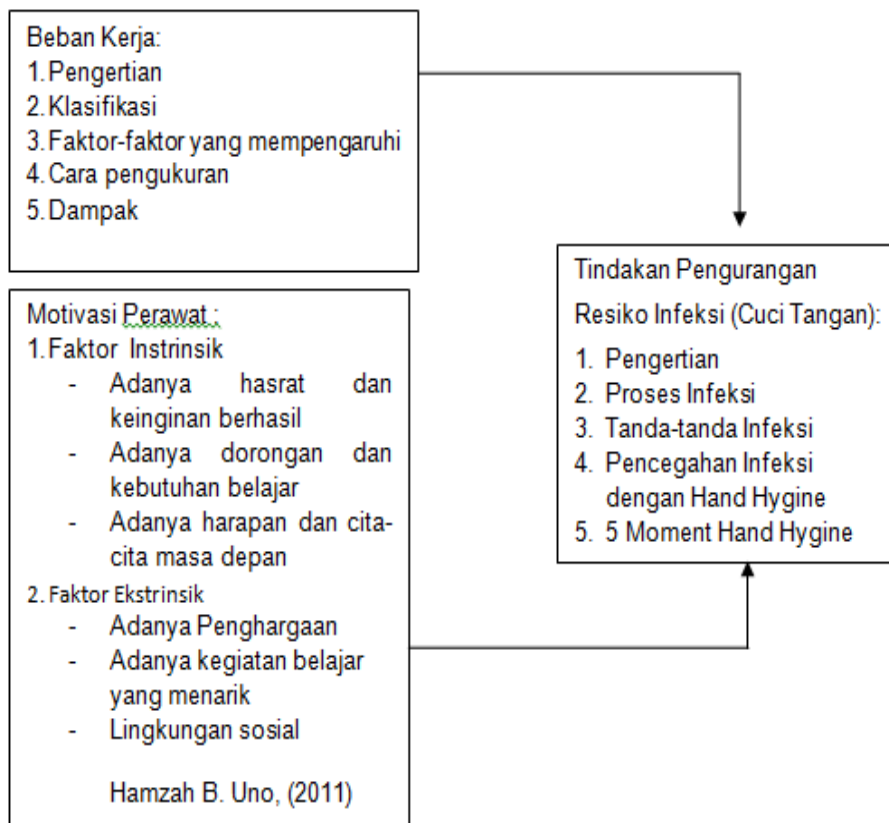
1. Ardiansyah (2017) dengan judul hubungan antara beban kerja dan disiplin kerja perawat di ruang rawat inap RSUD I. A Moeis Samarinda. Berdasarkan dari 42 responden sebagian besar perawat memiliki beban kerja yang berat sebanyak 19 orang (45,2%) dan yang ringan 23 orang (54,8%), sebagian besar responden memiliki disiplin kerja sebanyak 32 orang (76,2%) dan tidak disiplin sebanyak 10 orang (23,8%), hasil uji statistik Chi Square diperoleh nilai  $p = 0,026$  maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara beban kerja perawat dengan disiplin kerja perawat.
2. Siti Aqmarina (2016) dengan judul Hubungan antara Motivasi Kerja Perawat dengan Kepatuhan Pelaksanaan Patient Safety di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Daerah AWS Samarinda. Berdasarkan dari 53 responden hasil uji statistik Chi Square diperoleh hasil  $p \text{ value} = 0,000 < \alpha = 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, nilai OR yaitu 12,329 artinya perawat yang memiliki motivasi kerja tinggi berpeluang 12 kali untuk patuh melaksanakan Patient Safety dibandingkan dengan perawat yang memiliki motivasi rendah, maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara motivasi kerja perawat dengan pelaksanaan Patient Safety di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Daerah AWS Samarinda.



3. Rina Murdyaningsih (2015) dengan judul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Cuci Tangan Terhadap Kepatuhan Mahasiswa Praktek di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi tahun 2015. Penelitian ini menggunakan metode pre-eksperimental dengan pendekatan one group pretest - posttest dan di dapatkan perbedaan tingkat kepatuhan mahasiswa praktek dalam cuci tangan antara sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan cuci tangan 5 moment.
4. Rini Sofyati (2015) dengan judul Hubungan antara Sistem Imbalan (Reward System) dengan Motivasi Kerja Perawat RSUD Taman Husada Bontang. Berdasarkan dari 48 responden hasil uji statistik Chi Square menunjukkan hubungan antara Sistem Imbalan dengan Motivasi Kerja Perawat RSUD Taman Husada Bontang.

### C. Kerangka Teori Penelitian

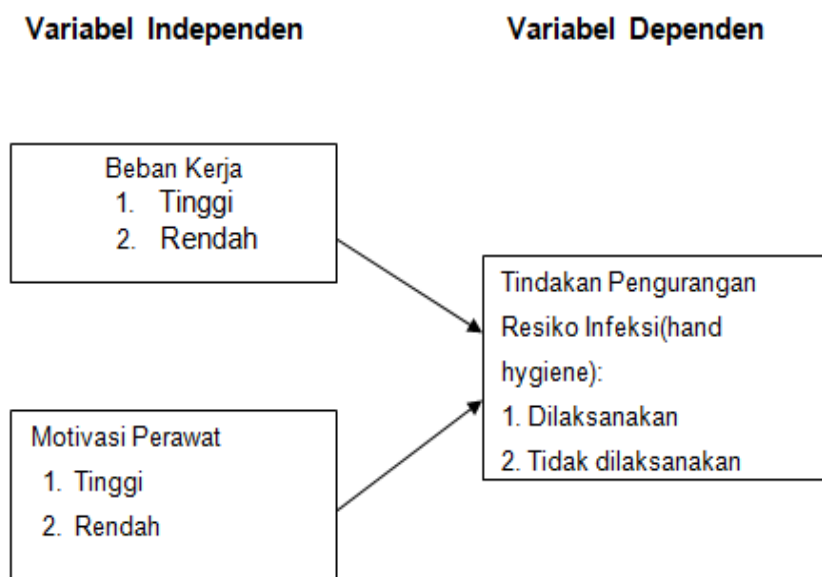
Kerangka teori atau landasan teori adalah kesimpulan dari tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep-konsep teori yang dipergunakan atau berhubungan dengan penelitian yang akan dilaksanakan (Hidayat, 2004). Adapun kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 2.3. Kerangka Teori Penelitian

#### D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang dilakukan meliputi siapa yang diteliti, variabel yang akan diteliti, variabel yang mempengaruhi dalam penelitian dan mempunyai landasan yang kuat terhadap judul yang dipilih, sesuai identifikasi masalahnya didukung dengan landasan teori yang kuat serta di tunjang berbagai sumber (Hidayat, 2004). Kerangka konsep pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut:



Keterangan :

→ Arah Hubungan

Gambar 2.4. Kerangka Konsep Penelitian

### **E. Hipotesis Penelitian**

Menurut Nursalam (2011), hipotesa merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan Dalam bentuk kalimat pertanyaan. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. Jadi hipotesis juga dapat dinyatakan sebagai jawaban teoritis terhadap rumusan masalah penelitian, belum jawaban yang empiris.

Tipe hipotesis menurut Nursalam (2011) adalah :

1. Hipotesis nol ( $H_0$ )

Hipotesis nol adalah hipotesis yang digunakan untuk pengukuran statistik dan interpretasi hasil statistik. Hipotesis nol dapat sederhana atau kompleks, sebab atau akibat.

2. Hipotesis alternative ( $H_a$ )

Hipotesis alternative adalah hipotesis penelitian. Hipotesis ini menyatakan adanya suatu hubungan, pengaruh dan perbedaan antara dua atau lebih variabel. Hubungan, perbedaan dan pengaruh tersebut dapat sederhana atau kompleks, dan sebab akibat.

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ho :

- 1) Tidak ada hubungan antara beban kerja dengan pelaksanaan pengurangan resiko infeksi (cuci tangan)
- 2) Tidak ada hubungan antara motivasi perawat dengan pelaksanaan pengurangan resiko infeksi (cuci tangan)

Ha :

- 1) Ada hubungan antara beban kerja dengan pelaksanaan pelaksanaan pengurangan resiko infeksi (cuci tangan)
- 2) Ada hubungan antara motivasi perawat dengan pelaksanaan pengurangan resiko infeksi (cuci tangan).

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

##### **1. Karakteristik Responden**

Paling banyak jenis kelamin responden perempuan yaitu sebanyak 23 responden (56,1%), sebagian besar tingkat pendidikan responden adalah D3 Keperawatan yaitu sebanyak 37 responden (90,2%), masa kerja responden sebagian besar <9 tahun yaitu 21 responden (51,2%), dan status kepegawaian responden sebagian besar PNS yaitu 21 responden (51,2%).

2. Beban kerja perawat di RSUD dr.Abdul Rivai Berau terutama di ruang IGD dan Bougenville memiliki beban kerja berat yaitu sebanyak 23 responden (56,1%).

3. Motivasi perawat di RSUD dr.Abdul Rivai Berau terutama di ruang IGD dan Bougenville memiliki motivasi rendah yaitu sebanyak 28 responden (68,3%).

4. Pelaksanaan pengurangan resiko infeksi (hand hygiene) oleh perawat di RSUD dr.Abdul Rivai Berau terutama di ruang IGD dan Bougenville sebagian besar kurang patuh yaitu sebanyak 32 responden (78%).

5. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara Beban kerja perawat dengan pelaksanaan pengurangan resiko infeksi (hand hygiene) di RSUD dr.Abdul Rivai Berau dengan nilai  $p\text{-value}=1,000$ . Dan ada hubungan antara Motivasi perawat dengan pelaksanaan pengurangan resiko infeksi (hand hygiene) di RSUD dr.Abdul Rivai Berau dengan nilai  $p\text{-value}=0,049$

## **B. Saran**

### 1. Mahasiswa

Bagi mahasiswa diharapkan lebih menekankan kepada tanggung jawab sebagai mahasiswa keperawatan dalam membantu keselamatan pasien agar mematuhi pelaksanaan *patient safety (Hand Hygiene)*.

### 2. Manajemen RSUD Dr Abdul Rivai Berau

Diharapkan untuk meningkatkan pelaksanaan *patient safety (Hand Hygiene)* untuk meningkatkan keselamatan pasien dirumah sakit,

### 3. Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan keperawatan diharapkan dapat menjadikan pendidikan kesehatan sebagai salah satu kompetensi dalam praktik di rumah sakit bagi mahasiswa guna menunjang terwujudnya pelayanan keperawatan yang bermutu dan professional.

#### 4. Peneliti Yang Akan Datang

Bagi peneliti yang akan datang diharapkan dapat meneliti faktor-faktor lain yang belum diteliti dalam penelitian ini yang berhubungan dengan beban kerja dan motivasi kerja perawat dengan pelaksanaan Pengurangan resiko infeksi (*hand hygiene*) oleh perawat RSUD dr.Abdul Rivai Berau dengan sampel yang lebih besar dan ruang lingkup yang lebih luas sehingga dapat meningkatkan ketelitian hasil penelitian.

**Comment [A1]:** Silahkan dibuat



## DAFTAR PUSTAKA

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2010). *AHRQ Guide to Patient Safety Indicators*. <http://qualityindicators.ahrq.gov>. Diakses pada tanggal 20 Juli 2017.

Ardiansyah. (2017). *Hubungan Antara Beban Kerja Dengan Disiplin Kerja Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD I. A. Moeis Samarinda*. Perpustakaan STIKES Muhammadiyah Samarinda : Skripsi Tidak Dipublikasikan.

Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Proses*. Rineka Cipta. Jakarta.

Darmadi. (2008). *Infeksi Nosokomial : Problematika Dan Pengendaliannya*. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.

Depkes RI. (2006). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien RS (Patient Safety)*. Depkes RI. Jakarta

Depkes RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia*. Depkes RI. Jakarta.

Depkes RI. (2012). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2012* Depkes RI. Jakarta

Hidayat, A.A. (2004). *Metode Penelitian Kebidanan Dan Teknik Analisis Data*. Salemba Media. Surabaya.

Imron, A. (2010). *Metode Penelitian (Hand Out)*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Surakarta.

Mani, amet dkk. 2010. *Hand Hygiene among health care works*. Di unduh dari: <http://web.ebscohots.com>.

Niven. (2002). *Psikologi Kesehatan : Pengantar Untuk Perawat Dan Profesional*. EGC. Jakarta.

Niven. (2008). *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat Dan Profesional*. EGC. Jakarta.

Notoadmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan Ilmu Dan Seni*. PT Rineka Cipta. Jakarta.

Notoadmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta. Jakarta.

Nursalam, (2011). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Info Medika. Jakarta.

Nursalam, (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Perry,A.G Peterson,P & Potter, P.A.2008. "Buku Saku: Keterampilan & Prosedur Dasar". Jakarta: EGC.

Rina Murdyaningsih. (2015). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Cuci Tangan Terhadap Kepatuhan Mahasiswa Praktek di Ruang ICU RSUD Dr. Moewardi Tahun 2015*. Perpustakaan STIKES Muhammadiyah Samarinda : Skripsi Tidak Dipublikasikan.

Rini Sofwati. (2015). *Hubungan Antara Sistem Imbalan ( Reward System ) Dengan Motivasi Kerja Perawat RSUD Taman Husada Bontang*. Perpustakaan STIKES Muhammadiyah Samarinda : Skripsi Tidak Dipublikasikan.

Rekam medik RSUD dr Abdul Rivai Kabupaten Berau (2016)

Siti Aqmarina. (2016). *Hubungan Antara Motivasi Kerja Perawat dengan Kepatuhan Pelaksanaan Patient Safety di Instalasi Bedah Sentral RSUD A. W Sjahranie Samarinda*. Perpustakaan STIKES Muhammadiyah Samarinda : Skripsi Tidak Dipublikasikan.

Sujarweni, V.W. (2015). *Statistik Untuk Kesehatan*. Gava Media. Yogyakarta.

WHO. (2004). The world health report 2014. <http://www.who.int/whr/2014/en>. Diakses pada tanggal 23 Juli 2017