

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Phlebitis*

a. Pengertian

Phlebitis adalah reaksi inflamasi yang terjadi pada pembuluh darah vena yang ditandai dengan nyeri, kemerahan, bengkak, panas, indurasi (pengerasan) pada daerah tusukan, dan pengerasan sepanjang pembuluh darah vena (Alexander, et al., 2010).

Phlebitis adalah inflamasi lapisan vena dimana sel endotelial dinding vena mengalami iritasi dan permukaan sel menjadi kasar, sehingga memungkinkan platelet menempel dan kecenderungan terjadi inflamasi penyebab *phlebitis* (Philips, 2005).

Berdasarkan pengertian di atas dapat dijelaskan bahwa *phlebitis* merupakan inflamasi yang terjadi pada lapisan dalam pembuluh darah vena sebagai akibat iritasi *endotel* yang disebabkan baik penyebab mekanik maupun penyebab lainnya, dimana tanda utamanya adalah nyeri tekan pada tempat insersi disertai kemerahan, bengkak, panas, sampai terjadi indurasi.

b. Penyebab

Phlebitis disebabkan baik karena faktor mekanik, kimia, maupun infeksi. Alexander, et al. (2010) dan Hankins, et al.

(2001) membagi penyebab *phlebitis* menjadi empat kategori, yaitu *phlebitis* kemikal (kimia), *phlebitis* mekanikal, *phlebitis* bakterial, dan *phlebitis* post-infusi.

Phlebitis mekanik terjadi karena ukuran jarum yang terlalu besarsehingga mengganggu aliran darah disekitarnya, serta menyebabkan iritasi pada dinding pembuluh darah. Selain itu juga disebabkan karena lokasi insersi yang tidak tepat, seperti jika kateter ditempatkan pada area fleksi sering menyebabkan *phlebitis* mekanik (Hankins, et al., 2001).

Phlebitis kimia terjadi karena iritasi tunika intima oleh obat dan/atau jenis cairan yang memiliki pH tinggi atau rendah (asam atau basa), serta osmolalitas cairan yang tinggi. Cairan atau obat dengan pH < 5 atau > 9 atau yang memiliki osmolalitas > 375 mOsm/l dapat menyebabkan iritasi lapisan intima vena sehingga merangsang terjadinya proses inflamasi dan trombosis (Alexander, et al., 2010).

Phlebitis bakterial adalah inflamasi lapisan intima vena yang disebabkan karenainfeksi bakteri. Komplikasi ini dapat menjadi sangat serius, karena jika tidak ditangani dengan benar dapat berkembang menjadi komplikasi sistemik dari septicemia. Karena kurangnya teknik aseptik saat pemasangan alat intravena sehingga

terjadi kontaminasi baik melalui tangan, cairan infus, set infus, dan area penusukan (Alexander, et al., 2010). Dalam hal ini, hygiene tangan orang yang memasang infus memegang peranan penting dalam timbulnya komplikasi tersebut.

Phlebitis post-infus merupakan komplikasi lain yang biasa dilaporkan oleh *pasien dengan* terapi infus. Komplikasi ini berhubungan dengan inflamasi pada vena yang biasanya terjadi dalam waktu 48 sampai 96 jam setelah kateter dipasang.

c. Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya *Phlebitis* Akibat Infus

Pada banyak penelitian menyimpulkan bahwa faktor utama yang mempengaruhi *terjadinya phlebitis* akibat terapi infus adalah fenomena psikokemikal dan pada studi prospektif memperlihatkan hasil bahwa bahan dari kanula, panjang dan ukurannya, keahlian dari operator dalam memasukkan kanula, daerah tubuh tempat memasukkan kanula, durasi pemakaian kanula, frekuensi dari pergantian verban, dan kandungan dari cairan infusnya sendiri, sedangkan dari faktor penerima yang mempengaruhi adalah usia pasien, ras, jenis kelamin, dan penyakit yang mendasari (Maki et al, 1991).

Faktor-faktor yang *mempengaruhi* terjadinya *phlebitis* menurut Ignatavicius, et al. (2010) adalah umur, jenis penyakit (dalam hal ini dibedakan antara bedah dan non bedah), ukuran

kanula, jumlah insersi (hal ini dinilai dengan berapa kali kegagalan dalam pemasangan atau insersi kanula), lokasi venayang digunakan, lama penggantian kateter, frekuensi ganti balutan, dan jenis cairan. Adapun uraian masing-masing faktor adalah sebagai berikut:

1) Umur

Umur mempengaruhi kondisi vena seseorang, dimana semakin muda manusia (misal pada usia infant) pembuluh darah masih fragil sehingga mudah pecah apalagi dengangerakan yang tidak terkontrol meningkatkan risiko *phlebitis* mekanik. Dan tentunya dengan ukuran pembuluh darah yang kecil akan menyulitkan dalam pemasangannya, sehingga dibutuhkan orang yang benar-benar terampil. Sebaliknya orang semakin tua mengalami kekakuan pembuluh darah hal ini juga yang menyebabkan semakin sulit untuk dipasang, serta kondisi pembuluh darah juga sudah tidak dalam kondisi baik (Dougherty, 2008).

2) Jenis Kelamin

Maki & Ringer (1991) dan Campbell (1998) menemukan bahwa jenis kelamin mempunyai pengaruh terhadap kejadian

phlebitis, dimana jenis kelamin perempuan meningkatkan risiko terjadinya *phlebitis*.

3) Jenis Penyakit

Setiap pasien yang dirawat di rumah sakit umumnya mengalami penurunan kekebalan tubuh baik disebabkan karena penyakitnya maupun karena efek dari pengobatan. Pada satu waktu, 9 % pasien mengalami infeksi yang diperoleh dari rumah sakit (Hindley, 2004). Riwayat penyakit seperti pembedahan, luka bakar, gangguan kardiovaskuler, gangguan ginjal, gangguan pencernaan, gangguan persyarafan dan juga keganasan dapat menimbulkan masalah keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa. Semua kondisi tersebut membutuhkan terapi intravena baik sebagai terapi utama maupun sebagai akses medikasi. Pemberian terapi intravena dapat menimbulkan risiko terjadinya infeksi, termasuk *phlebitis*, karena adanya *portal the entry and exit* yang merupakan akses masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh jika tidak dilakukan tindakan pencegahan yang adekuat (Potter & Perry, 2005).

4) Materi (bahan), panjang dan ukuran kanula

Materi (bahan) kanula sebaiknya non-iritatif, *radiopaque* (suatu materi dari logam yang jika difoto dengan sinar X maka

akan mudah terlihat), dan tidak mempengaruhi terbentuknya thrombus (Dougherty (2008). Jenis material meliputi polyvinylchloride, TeflonTM, VialonTM, dan berbagai bahan *polyurethane* (Gabriel, et al, 2005).

Banyak jenis dan tipe kanula yang digunakan dengan berbagai ukuran, panjang, komposisi dan desain (Dougherty (2008). Ukuran alat akses vaskuler yang dikeluarkan oleh pabrik berbeda dalam hal panjang dan ukuran. Panjang dinyatakan dalam millimeter atau sentimeter. Sedangkan ukuran mengacu pada diameter lumen eksternal, bukan diameter internal, dan dinyatakan dengan “French” (Fr) atau “gauge” (ga) (Gabriel, et al., 2005). Ukuran kateter berkisar antara 16-24 dan panjangnya 25-45 mm. Secara umum, ukuran kateter yang lebih kecil sebaiknya dipilih untuk mencegah kerusakan intima pembuluh darah dan mempertahankan aliran darah sekitar kanula untuk mengurangi risiko *phlebitis* (Tagalakis, et al (2002). Akan tetapi pemilihan ukuran kateter juga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti durasi dan komposisi cairan infus, kondisi klinik, usia pasien, ukuran dan kondisi vena (Alexander, et al., 2010). Berikut adalah rekomendasi untuk pemilihan kateter digambarkan dalam tabel:

Tabel 2. 1 Rekomendasi dalam Pemilihan Kateter

Ukuran (<i>Gauge</i>)	Kateter	Aplokasi Klinis
14, 16, 18 20		Trauma, pembedahan, tranfusi darah Infus kontinyu atau intermitten, tranfusi darah
22		Infus intermitten umum, anak-anak, pasien Lansia
24		Vena fragil untuk infus intermitten atau kontinyu

Sumber: *Infusion Nurse Society: Standard of Practice*, (2011)
telah diolah kembali

Penggunaan kateter harus memilih ukuran kateter yang lebih kecil dengan panjang yang terpendek untuk mengakomodasi penentuan terapi. Untuk memudahkan dalam pemilihan kateter, maka ada perbedaan warna berdasarkan ukuran kateter, yaitu: Coklat (14G), abu-abu (16G), putih (17G), hijau(18G), pink (20G), biru (22G), dan kuning (24G) (Phillips, et al, 2014).

5) Jumlah insersi

Jumlah insersi yang di maksud adalah jumlah insersi kateter yang dilakukan oleh perawat sebelum insersi yang berhasil (Ignatavicius, et al., 2010). INS (2006) dalam Ignatavicius, et al., (2010) merekomendasikan tidak lebih dari dua upaya penyisipan kateter oleh seorang perawat.

Pemahaman ini perlu diketahui oleh semua perawat bahwa saat kateter diinsersikan ke dalam vena, maka setelah itu kateter telah terkontaminasi. Jadi, ketika kateter menembus kulit, maka akan terkontaminasi mikroorganisme yang ada pada kulit. Itulah kenapa INS merekomendasikan maksimal dua kali insersi dari satu kateter jika terjadi kegagalan insersi.

6) Pemindahan Tempat insersi

Infusion Nursing Standards of Practice (2006) merekomendasikan bahwa kanula perifer harus diganti setiap 72 jam dan segera mungkin jika diduga terkontaminasi, adanya komplikasi, atau ketika terapi telah dihentikan (Hankins, et al., 2001; Alexander, et al., 2010). Sedangkan *Center for Disease Control* (CDC) guidelines (2011) merekomendasikan pemindahan lokasi atau tempat penusukan adalah 72 sampai 96 jam meskipun beberapa literatur memperluas dukungan untuk tidak mengganti sampai dengan 144 jam. Kecuali jika sudah ada gejala infeksi, maka harus segera diganti meskipun belum 72 jam. Untuk itu perawat harus mencatat tanggal dan waktu pemasangan (Dougherty, 2008; Alexander, et al., 2010).

7) Frekuensi ganti balutan

INS (2006) dalam Alexander, et al. (2010) merekomendasikan bahwa kriteria perawatan daerah insersi

kateter yaitu: yang pertama pertemuan kulit dengan kateter harus dibersihkan dengan cairan antiseptik, dan yang kedua adalah meminimalkan kerusakan dan pergerakan kateter.

Balutan untuk menutupi tempat insersi kanula IV merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi, hal ini dipengaruhi karena faktor kelembaban. Kondisi lingkungan yang lembab menyebabkan mikroba akan lebih cepat berkembang, sehingga tempat insersi kanula IV harus dijaga agar tetap kering(Hindley, 2004).

Jenis balutan *moisture-permeable transparent* adalah termasuk ke dalam *modern dressing* untuk terapi intravena, selain mudah untuk memasangnya, juga mudah dalam mengobservasi tempat insersi dari tanda-tanda infeksi, serta bersifat *waterproof* untuk meminimalkan potensial infeksi (Gabriel, et al, 2005; Hankins, 2001). Seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Gayatri dan Handiyani(2007) didapatkan bahwa penggunaan balutan transparan diperoleh probabilitas untuk tidak terjadinya *phlebitis* pada 24 jam ketiga adalah 78%. Sedangkan penggunaan balutan konvensional akan meningkatkan risiko terjadinya *phlebitis* sebesar 4,3 kali dibandingkan dengan yang memakai balutan transparan.

Ignatavicius, et al., (2010) mengatakan bahwa frekuensi penggantian balutan dilakukan berdasarkan jenis balutan. Jenis balutan yang menggunakan plester dan kassa harus diganti setiap 48 jam; sedangkan untuk jenis balutan transparan harus diganti maksimal selama 7 hari. Akan tetapi penggantian balutan dapat lebih cepat dari yang direkomendasikan. Prinsipnya balutan harus diobservasi setiap hari, dijaga supaya tetap kering, tidak boleh longgar, dan jika basah atau kotor harus segera diganti dengan teknik aseptik atau steril.

8) Jenis cairan

pH dan osmolaritas cairan infus yang ekstrem selalu diikuti risiko *phlebitis* tinggi. pH larutan dekstrosa berkisar antara 3–5, dimana keasaman diperlukan untuk mencegah karamelisasi dekstrosa selama proses sterilisasi autoklaf, jadi larutan yang mengandung glukosa, asam amino dan lipid yang digunakan dalam nutrisi parenteral bersifat lebih flebitogenik dibandingkan normal salin. Obat suntik yang bisa menyebabkan peradangan vena yang hebat, antara lain kalium klorida, *vancomycin*, *amphotrecin B*, *cephalosporins*, diazepam, midazolam dan banyak obat

kemoterapi. Selain itu, jenis medikasi seperti anticoagulant atau pemberian kortikosteroid jangka panjang, menyebabkan vena menjadi rapuh dan rentan terjadi memar (Dougherty, 2008).

Para ahli umumnya sepakat bahwa makin lambat infus larutan hipertonik diberikan makin rendah risiko *phlebitis*. Namun, ada paradigma berbeda untuk pemberian infus obat injeksi dengan osmolaritas tinggi. Osmolaritas boleh mencapai 1000 mOsm/L jika durasi hanya beberapa jam (Bier, 2000). Durasi sebaiknya kurang dari tiga jam untuk mengurangi waktu kontak campuran yang iritatif dengan dinding vena. Ini membutuhkan kecepatan pemberian tinggi (150 – 330 mL/jam). Vena perifer yang paling besar dan kateter yang sekecil dan sependek mungkin dianjurkan untuk mencapai laju infus yang diinginkan, dengan filter 0.45mm. Kanula harus diangkat bila terlihat tanda dini nyeri atau kemerahan. Infus relatif cepat ini lebih relevan dalam pemberian infus jaga sebagai jalan masuk obat, bukan terapi cairan maintenance atau nutrisi parenteral.

d. Skala Penilaian Phlebitis

Pada penilaian skala *phlebitis* terdapat 3 teori yang banyak dipakai dalam penelitian, yaitu *Visual Infusion Phlebitis (VIP) scale*, *Infusion Nursing Standards of Phlebitis scale* dan *Peripheral Venous Catheter (PVC) Assess* (Barruel et al, 2014).

1) *Visual Infusion Phlebitis (VIP) Scale*

Teori ini juga dikenal dengan *Jackson scale* yang dipublikasi di *guidelines* untuk menilai skala *phlebitis* yang diadaptasi dari metode Maddox dan skala yang dibuat oleh Lundgren (Barruel et al, 2013). Kemudian teori ini dimodifikasi lagi oleh Gallant dan Schultz pada tahun 2006 di Amerika Serikat, dimana skala awal yang dibuat oleh Jackson tingkatannya 1-6 dimodifikasi menjadi 0-5. Skala penilaiannya adalah berdasarkan gejala nyeri, eritema, bengkak, hangat, purulen dan saluran vena teraba $> 7,6$ cm. Pada VIP scale ini dikatakan *phlebitis* bila skornya ≥ 2 yang berhubungan dengan rekomendasi untuk pelepasan dari peripheral intravena catheter (PIVC) (Gallant, et al, 2006).

BOX 4. VISUAL INFUSION PHLEBITIS SCALE		
Appearance	Score	Stage
IV site appears healthy Action: observe cannula	0	No signs of phlebitis
One of the following signs is evident ● Slight pain near IV site or ● Slight redness near IV site Action: observe cannula	1	Possibly first signs of phlebitis
Two of the following are evident ● Pain at IV site ● Redness ● Swelling Action: resite cannula	2	Early stage of phlebitis
All of the following signs are evident ● Pain along path of cannula ● Redness around site ● Swelling Action: resite cannula and consider treatment	3	Medium stage of phlebitis
All of the following signs are evident and extensive ● Pain along path of cannula ● Redness around site ● Swelling ● Palpable venous cord Action: resite cannula and consider treatment	4	Advanced stage of phlebitis or start of thrombophlebitis
All of the following signs are evident and extensive ● Pain along path of cannula ● Redness around site and swelling ● Palpable venous cord ● Pyrexia Action: initiate treatment/resite cannula	5	Advanced stage thrombophlebitis
Source: Jackson (1998)		

Gambar 2. 1 Derajat *Phlebitis* Berdasarkan VIP Scale
Sumber : Jackson, 1998

2) *Infusion Nursing Standards of Phlebitis scale*

Berdasarkan INS *scale* skala penilaian *phlebitis* terdiri dari 0-4 dimana dengan melihat gejala seperti : nyeri, eritema, oedem, *streak formation*, saluran vena teraba > 2,54 cm dan cairannya purulen (INS, 2006).

BOX 3. PHLEBITIS SCALE	
Grade 0	No symptoms
Grade 1	Erythema at access site with or without pain
Grade 2	Pain at access site with erythema and/or oedema
Grade 3	Pain at access site with erythema and/or oedema, streak formation, palpable venous cord
Grade 4	Pain at access site with erythema and/or oedema, streak formation, palpable venous cord greater than one inch in length and purulent drainage
Source: Infusion Nurses Society (2006)	

Gambar 2. 2 Derajat *Phlebitis* Berdasarkan INS Scale

Sumber : *Infusion Nurses Society*, 2006

3) *Peripheral Venous Catheter (PVC) Assess*

Pada teori ini cara pengukurannya kurang jelas, sehingga sulit untuk membuat tingkatan dari *phlebitis*. Pada teori ini gejala yang dinilai adalah berdasarkan nyeri, eritema, nyeri tekan, oedem, indurasi, eksudat purulen, *streak formation* dan saluran vena yang teraba (Barruel et al, 2013).

2. Iklim Keselamatan (*Safety climate*)

a. Pengertian

Definisi iklim keselamatan menurut Currie (2007) adalah "...berhubungan dengan persepsi-persepsi yang disepakati

bersama di antara pegawai tentang bagaimana manajemen keselamatan dilaksanakan. Dapat pula diartikan sebagai sikap-sikap pegawai terhadap keselamatan. Iklim keselamatan merupakan pengukuran sementara dari keselamatan, relatif tidak stabil dan lebih mudah berubah, serta dapat mudah dinilai dan digunakan sebagai indikator atau prediktor dari keselamatan. ”Dalam hal ini, iklim keselamatan tersebut lebih mudah dijangkau untuk diukur (dengan mengukur persepsi dan sikap) dan dapat digunakan sebagai indikator atau prediksi terhadap keselamatan.

b. Faktor yang Mempengaruhi *Safety climate*

Iklim keselamatan pasien tersebut terdiri dari dari tiga faktor: 1) Bagaimana umumnya orang-orang dalam organisasi menghormati laporan kesalahan yang ia lakukan sendiri atau yang dilakukan orang lain, 2) Kemauan orang-orang untuk bekerjasama dalam mengembangkan solusi terhadap masalah-masalah keselamatan pasien, 3) Sikap keselamatan pasien yang dirasakan oleh orang-orang yang berada pada posisi kepemimpinan (Connelly & Powers, 2004).

Akhir-akhir ini literatur tentang iklim keselamatan cenderung ke arah dua isu utama, yaitu: struktur faktor dari iklim keselamatan dan hubungan antara iklim keselamatan dan variabel-

variabel *outcome* (Griffin et al., 2000). Hanya saja, sekian banyak penelitian yang terkait dengan isu itu menghasilkan *range* yang lebar dari struktur-struktur faktor yang berbeda, dan belum ditemukan konsensus terkait dengan dimensi-dimensi kunci iklim keselamatan. Tetapi, walaupun hal itu terjadi, penelitian-penelitian terdahulu memperlihatkan bahwa persepsi dari iklim keselamatan berhubungan positif dengan kepatuhan terhadap keselamatan, serta berhubungan negatif dengan kecelakaan pada tingkat analisis individu, kelompok maupun organisasi.

c. Perbedaan *Safety climate* dan *Safety culture*

Ada beberapa sintesis yang ditawarkan oleh Weigman et al. (2002), yang terkait dengan konsep budaya dan iklim keselamatan berdasarkan hasil laporan dan studi yang ada di berbagai teori dan industri (nuklir, penerbangan, industri gas dan minyak bumi, transportasi, mineral, dsb), yaitu sebagai berikut :

Budaya Keselamatan adalah nilai yang tahan lama dan diprioritaskan pada keselamatan pekerja dan publik oleh setiap orang dalam setiap kelompok pada setiap tingkat dalam suatu organisasi. Dihubungkan dengan sejauh mana individu dan kelompok berkomitmen terhadap tanggungjawab pribadi pada keselamatan; bertindak untuk menjaga, mengembangkan dan

mengkomunikasikan perhatian terhadap keselamatan, berusaha keras belajar secara aktif, mengadaptasi dan memodifikasi perilaku (baik individu maupun organisasional) berdasarkan *lesson learned* dari kesalahan, dan akan dihargai jika konsisten dengan nilai-nilai ini.

Iklm keselamatan adalah pengukuran kondisi dinamis dari budaya keselamatan, utamanya pada kesamaan persepsi antar individu di organisasi. Sifatnya situasional, terkait dengan kondisi keselamatan yang dipahami pada suatu tempat tertentu pada suatu waktu, relatif tidak stabil, dan perubahannya tergantung pada lingkungan saat itu atau kondisi-kondisi yang berlaku.

Wiegman, et al. (2002) menyimpulkan bahwa budaya keselamatan umumnya dipandang sebagai karakteristik yang abadi/bertahan lama dari suatu organisasi dan direfleksikan pada kekonsistenan cara organisasi dalam menghadapi isu-isu kritis tentang keselamatan. Sedangkan iklim keselamatan lebih dipandang sebagai keadaan dinamis dari organisasi yang akan berubah tergantung pada bentuk/jenis lingkungan operasional atau kondisi tertentu.

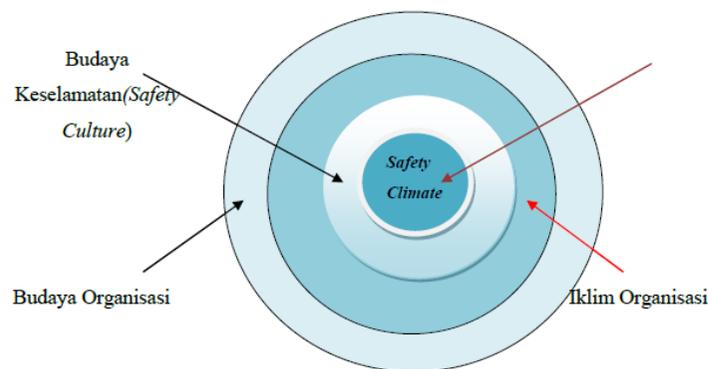
Handler et al (2006) mendefinisikan budaya keselamatan sebagai pola dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan perilaku

dari orang-orang atau sekelompok orang dalam organisasi yang menentukan komitmen, gaya dan keahlian organisasi dalam manajemen kesehatan dan keselamatan, yang meliputi beberapa unsur-unsur kunci, yaitu: adanya keyakinan bersama bahwa pelayanan kesehatan yang dijalankan adalah berisiko tinggi; adanya komitmen organisasi untuk mendeteksi dan menganalisis cedera pada pasien (kejadian tak diinginkan (KTD)) dan Kejadian yang Nyaris Cedera (KNC); serta adanya suatu lingkungan yang 2 menyeimbangkan antara kebutuhan akan pelaporan kejadian dengan kebutuhanakan tindakan disiplin.

Budaya keselamatan (*safety culture*) mencerminkan sikap, nilai, dan prioritas manajemen dan karyawan dan dampaknya terhadap pengembangan, implementasi, kinerja, pengawasan, dan penegakan keselamatan dan kesehatan di tempat kerja. Sedangkan iklim keselamatan (*safety climate*) adalah pengukuran secara temporal (sementara) dari budaya keselamatan, pokok persamaannya terdapat pada persepsi individu dalam organisasi. Iklim keselamatan (*safety climate*) bersifat situasional yang mengacu pada keadaan keselamatan yang dirasakan di tempat tertentu pada waktu tertentu, relatif tidak stabil, dan dapat berubah

tergantung pada lingkungan saat itu atau kondisi yang berlaku (Vu et Cieri, 2005).

Secara konseptual yang lebih luas, kita dapat gambarkan kaitan antara konsep iklim keselamatan dengan budaya organisasi sebagai konsep yang paling luas di dalam suatu organisasi, sebagai berikut :



Gambar 2. 3 Konsep Iklim Keselamatan (*Safety Climate*) dalam Budaya Organisasi
Sumber : Currie, 2007

Berdasarkan Gambar diatas, dapat dilihat bahwa : Budaya Organisasi adalah keyakinan yang dianut bersama oleh anggota organisasi tentang organisasi, anggotanya dan lingkungannya, yang terbagi atastiga tingkatan: asumsi-asumsi dasar, tata nilai dan artefak/kasat mata (Wiegmann,et al, 2002 dalam Currie, 2007).

Budaya Keselamatan adalah karakteristik atau sikap dalam organisasi yang menetapkan bahwa keselamatan memperoleh perhatian yang sangat signifikan, yang diartikan bahwa pegawai menerima tanggung jawab pribadi terhadap keselamatan.

Iklm Organisasi adalah karakteristik perilaku yang disepakati dan ungkapan perasaan anggota organisasi, atau dampak sistem organisasi (bisa berupa inovasi, pelayanan atau keselamatan) pada sikap, persepsi dan perilaku.

Iklm Keselamatan adalah persepsi bersama dari pegawai terhadap bagaimana operasionalisasi manajemen keselamatan di organisasi. Merupakan pengukuran sementara dari keselamatan, relatif tidak stabil dan lebih mudah berubah, serta dapat mudah dinilai dan digunakan sebagai indikator atau prediktor dari keselamatan.

Selanjutnya, Flin (2006) mengungkapkan bahwa terdapat suatu perdebatan tentang definisi dan perbedaan antara budaya keselamatan dengan iklim keselamatan, meskipun secara etimologi berbeda, seringkali dicampuradukkan. Definisi dari budaya keselamatan yang diterima secara luas berasal dari industri tenaga nuklir, sedangkan iklim keselamatan didefinisikan pertama kali oleh Zohar (1980) dan cenderung konstan dalam pengertian-pengertian tentang iklim keselamatan yang selanjutnya muncul,

yaitu *"a summary of molar perceptions that employee share about their work environment"*, yang kemudian dikemukakan oleh Zohar kembalipada tahun 2003, yaitu *"iklim keselamatan berhubungan dengan persepsi bersama terkait dengan kebijakan, prosedur dan praktik keselamatan."*

Sebagian besar pengetahuan tentang iklim keselamatan berasal dari industri manufaktur dan alat berat, karena di situ pertama kali dipelajari tentang iklim keselamatan (Zohar, 1980). Pada saat pengenalan pentingnya iklim keselamatan untuk produktivitas, biaya, mutu, dan kepuasan kerja dirasakan di beberapa industri, layanan kesehatan belum memberikan perhatiannya terhadap hal tersebut. Persepsi pekerja tentang keselamatan jarang secara formal dievaluasi dan dipertimbangkan selama pembuatan desain dan perubahan program-program keselamatan (DeJoy, 1995). Iklim keselamatan mulai dianggap penting di industri layanan kesehatan seiring dengan meningkatnya turnover pasien, keakutan pasien, prevalensi pasien pada penyakit infeksi, serta kurangnya waktu yang tersedia untuk pelatihan dan pendidikan di tengah berat dan cepatnya pekerjaan yang dihadapi.

Dalam literatur organisasi, konsep budaya umumnya dirumuskan dari hal yang kurang dapat ditelusuri dan lebih kompleks dibanding iklim. Definisi Schein tentang budaya (Gibson et al., 2006) menekankan bahwa budaya melibatkan asumsi-asumsi, adaptasi, persepsi dan pembelajaran. Budaya organisasi juga berfungsi untuk menciptakan perbedaan antara satu organisasi dengan organisasi lainnya, membawa identitas anggota organisasi, memfasilitasi terbangunnya komitmen kepada sesuatu yang lebih besar dibanding minat individu, serta mengembangkan kestabilan sistem sosial.

Pembedaan yang penting tentang iklim diungkapkan oleh Flin (2006), yang menyatakan bahwa iklim, yang ditentukan oleh sikap dan nilai atau norma yang menyertainya, adalah berupa manifestasi permukaan dari budaya, adapun budaya dimanifestasikan ke dalam tingkat yang lebih dalam dari asumsi-asumsi yang tidak disadari. Hal ini dapat digambarkan sebagai berikut disebut juga sebagai *Schein's Three Layers Organization Model* (Gibson, et al, 2006).

B. Penelitian Terdahulu

1. Penelitian Eitan Naveh, Tal Katz-Navon dan Zvi Stern. 2005. *"Treatment Errors in Healthcare : A safety climate Approach"*.

- Menggunakan pendekatan *cross sectional*. Hasil dari penelitiannya adalah adanya prosedur keselamatan yang sesuai dan informasi yang jelas, mengurangi kesalahan pengobatan hanya ketika *managerial* mempraktekkan tentang keselamatan dan pengaruh mereka pada level memberikan prioritas kepada keselamatan unit. Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada variabel terikat, dimana pada penelitian ini melihat kesalahan pengobatan secara luas, sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan hanya melihat dari segi kejadian *phlebitis*. Sementara dari segi dimensi *patient safety climate* menggunakan kuesioner atau dimensi yang sama.
2. Rachmawati, Emma. (2012). Model Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien (*Patient Safety climate*) di Rumah Sakit Muhammadiyah-Aisyiyah (RSMA). Disain studi ini adalah *cross sectional*, dan analisis model pengukuran dan struktural menggunakan *Confirmatory Factor Analysis (CFA)* dan *Structural Equation Model (SEM) 2nd level*, dengan program LISREL 8.50. Penelitian menunjukkan model pengukuran mempunyai nilai psikometrik yang baik dan dapat menggambarkan kondisi iklim keselamatan pasien RSMA. Kepemimpinan transformasional terbukti berpengaruh langsung terbesar (SLF=0,56) terhadap iklim keselamatan pasien. Perbedaan

dengan penelitian yang akan dilakukan adalah dari segi dimensi *safety climate* dan variabel terikatnya.

3. Wayunah. (2011). Hubungan Pengetahuan Perawat tentang Terapi Infus dengan Kejadian *Phlebitis* dan Kenyamanan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Indramayu. Jenis penelitian adalah *analytic correlational* dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat tentang terapi infus terhadap kejadian *phlebitis* ($p=0.000$) dan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat tentang terapi infus dengan kenyamanan ($p=0.000$). Pada penelitian ini hanya melihat tentang pengetahuan perawat tentang terapi infus terhadap kejadian *phlebitis*, sementara pada penelitian yang akan dilakukan melihat dari dimensi *safety climate*.

C. Landasan Teori

1. Safety climate

Berdasarkan tuntutan dari Amerika dan Inggris pada institusi yang berhubungan dengan Kesehatan dan keselamatan, maka setiap institusi harus menerapkan 4 dari dimensi *safety climate* berdasarkan persepsi karyawan untuk menjamin keselamatan karyawan. Empat dimensi *safety climate* yang harus ada itu adalah kesesuaian dengan prosedur keselamatan (*safety procedures suitability*), arus informasi

keselamatan (*safety information flow*), praktek keselamatan *managerial* (*managerial safety practice*) dan prioritas keamanan (*priority of safety*) (Naveh et al, 2005).

Dimensi 1 : Kesesuaian dengan prosedur keselamatan (*safety procedures suitability*).

Pada dimensi 1 ini para karyawan diminta untuk menyampaikan persepsi mereka tentang prosedur keamanan yang diterapkan oleh organisasi untuk para karyawan. Persepsi tersebut dilihat dari kesesuaian antara prosedur keselamatan yang ada dengan tuntutan dan proses dalam bekerja (Naveh et al, 2005).

Dimensi 2 : Arus informasi keselamatan (*safety information flow*).

Pada dimensi ini dilihat dari kemudahan para karyawan untuk mendapatkan informasi mengenai keselamatan pasien. Penyebaran informasi keselamatan ini direfleksikan dari rencana organisasi dalam memperbaiki *safety performance* pada masa sekarang dan masa yang akan datang dengan meningkatkan pengetahuan dari para karyawan.

Dimensi 3 : Praktek keselamatan *managerial* (*managerial safety practice*).

Dimensi 3 *safety climate* mengacu pada cara karyawan memandang atasan mereka berdasarkan kegiatan dan metode yang berkaitan dengan keselamatan (Flin et al, 2000).

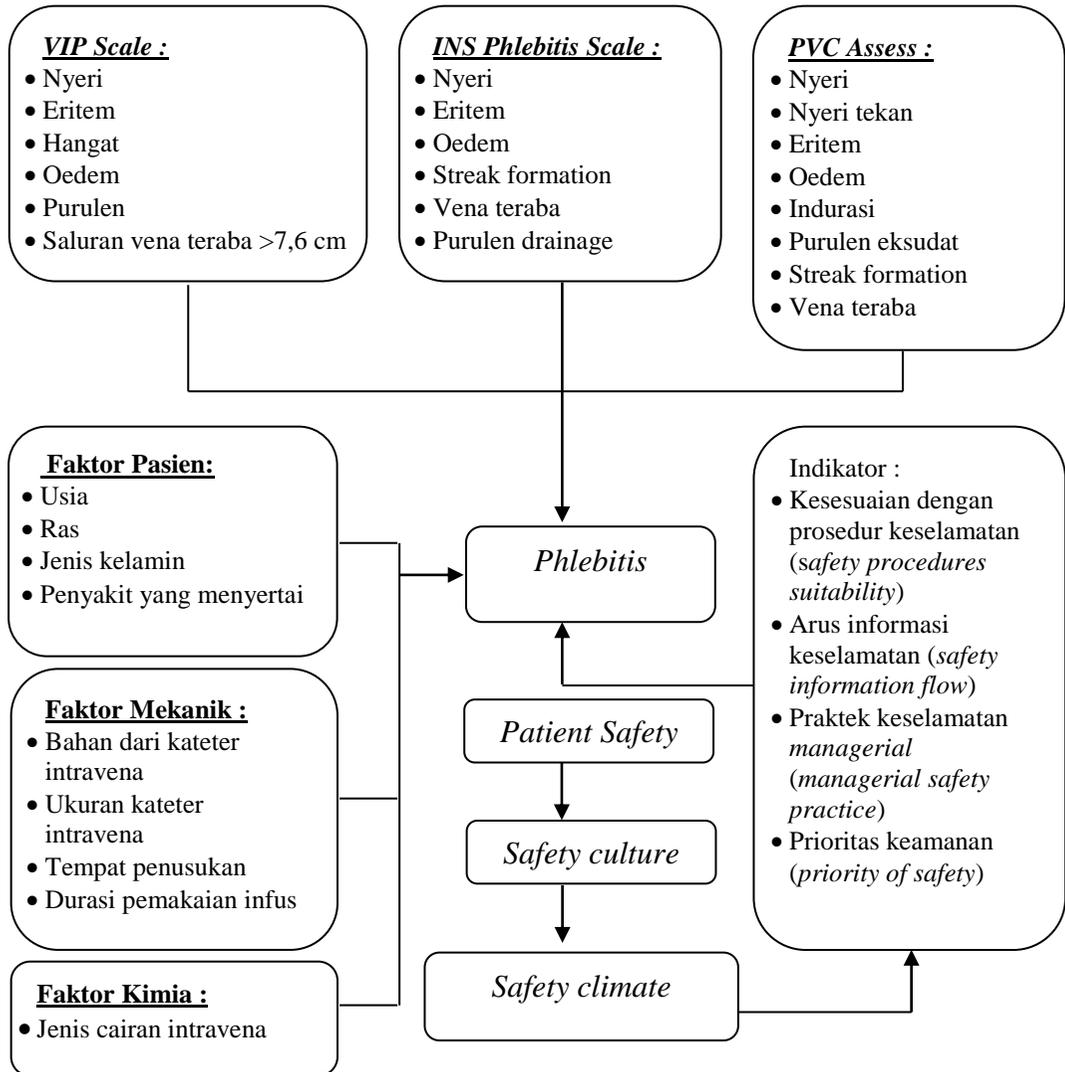
Dimensi 4 : Prioritas keamanan (*priority of safety*)

Dimensi ini terutama berkaitan dengan sejauh mana prioritas keamanan bagi karyawan dalam suatu unit organisasi. Hal ini berdasarkan pada harapan atau ekspektasi karyawan terhadap keseimbangan antara kecepatan dalam bekerja, beban kerja dan tekanan untuk hasil produksi dan ketaatan dalam keselamatan (Naveh et al, 2005).

2. *Phlebitis*

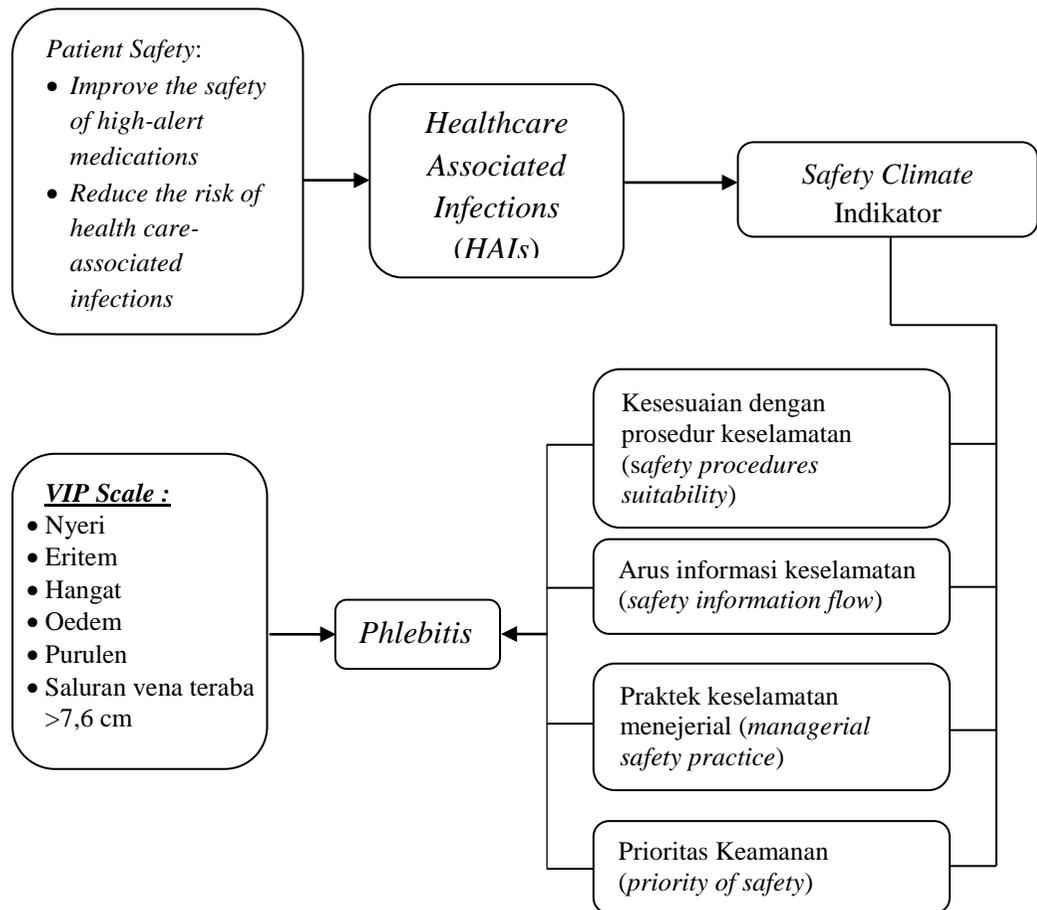
Teori ini juga dikenal dengan Jackson *scale* yang dipublikasi di *guidelines* untuk menilai skala *phlebitis* yang diadaptasi dari metode Maddox dan skala yang dibuat oleh Lundgren (Barruel et al, 2013). Kemudian teori ini dimodifikasi lagi oleh Gallan dan Schultz pada tahun 2006 di Amerika Serikat, dimana skala awal yang dibuat oleh Jackson tingkatannya 1-6 dimodifikasi menjadi 0-5. Skala penilaiannya adalah berdasarkan gejala nyeri, eritema, bengkak, hangat, purulen dan saluran vena teraba $> 7,6$ cm. Pada VIP scale ini dikatakan *phlebitis* bila skornya ≥ 2 yang berhubungan dengan rekomendasi untuk pelepasan dari *peripheral intravena catheter* (PIVC) (Gallant et al, 2006).

Kerangka Teori (Maki et al. 1991, Barruel, G. R, et al. 2013, dan Naveh et al 2005)



Gambar 2. 4 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep



Gambar 2. 5 Kerangka Konsep

E. Hipotesis

H0 : Tidak ada pengaruh dimensi *patient safety climate* terhadap kejadian *phlebitis*.

H1 : Terdapat pengaruh dimensi *patient safety climate* terhadap kejadian *phlebitis*.