

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Konsep *Patient Safety*

Fokus penelitian kali ini yaitu mengenai *patient safety*. Istilah *patient safety* sudah lazim digunakan di seluruh dunia untuk mengartikan keselamatan pasien. Oleh karena itu, di dalam penelitian ini peneliti menggunakan istilah *patient safety* untuk menghindari salah pengertian dengan konsep keselamatan yang lain di rumah sakit.

##### 2.1.1. Pengertian *Patient Safety*

Istilah "*patient safety*" telah digunakan secara luas di seluruh dunia. Istilah ini merujuk pada istilah "*safety*" dengan pasien sebagai objeknya. *Safety* tidak terletak hanya di dalam diri individu saja, sarana dan prasarana saja, atau system yang lebih luas seperti departemen/unit saja. Tetapi, *Safety* muncul dari interaksi berbagai komponen di dalam sistem tersebut (Cooper et al, 2000).

Cooper et al (2000) telah mendefinisikan bahwa "*patient safety as the avoidance, prevention, and amelioration of adverse outcomes or injuries stemming from the processes of healthcare.*" Pengertian ini memiliki maksud bahwa *patient safety* merupakan penghindaran, pencegahan, dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan. Kejadian yang dimaksud dalam hal ini meliputi: "kesalahan/*error*," "penyimpangan/*deviation*," dan "kecelakaan/*accident*." Dalam penelitian ini, peneliti menjelaskan ketiga bentuk kejadian tersebut ke dalam dua kategori, yaitu kesalahan/*error* dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Di mana kesalahan dan

penyimpangan termasuk kategori kesalahan/*error*, sedangkan kecelakaan peneliti kategorikan sebagai KTD.

#### **2.1.1.1. Kesalahan (*Error*)**

Reason (1990) dalam Kohn et al (2000) mendefinisikan “*An error is defined as the failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e., error of planning).*”

Kesalahan ini termasuk di dalamnya, gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya dalam menangani pasien. Kesalahan ini dapat berupa kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) (WHO, 2005).

Leape et al (1993) dalam Kohn et al (2000) mengarakteristikkan jenis-jenis kesalahan yang terjadi pada proses asuhan pasien, yang meliputi: diagnosis, penanganan, pencegahan, dan kesalahan lain. Kesalahan-kesalahan ini dapat berupa kesalahan medis maupun non medis.

##### **1. Diagnosis**

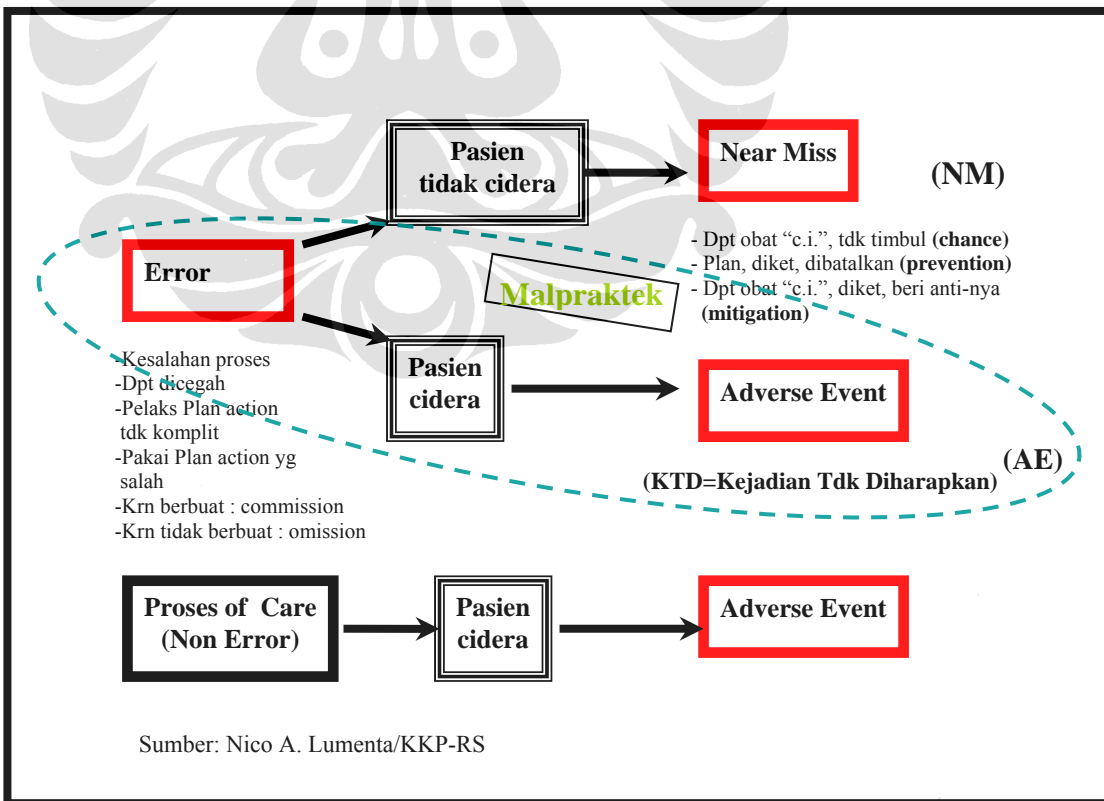
- kesalahan atau penundaan diagnosis
- tidak menerapkan pemeriksaan yang sesuai
- menggunakan cara pemeriksaan yang sudah tidak dipakai
- tidak bertindak atas hasil pemeriksaan atau observasi

##### **2. Pengobatan/ *Treatment***

- kesalahan dalam melaksanakan operasi, prosedur, atau tes
- kesalahan pada pelaksanaan terapi

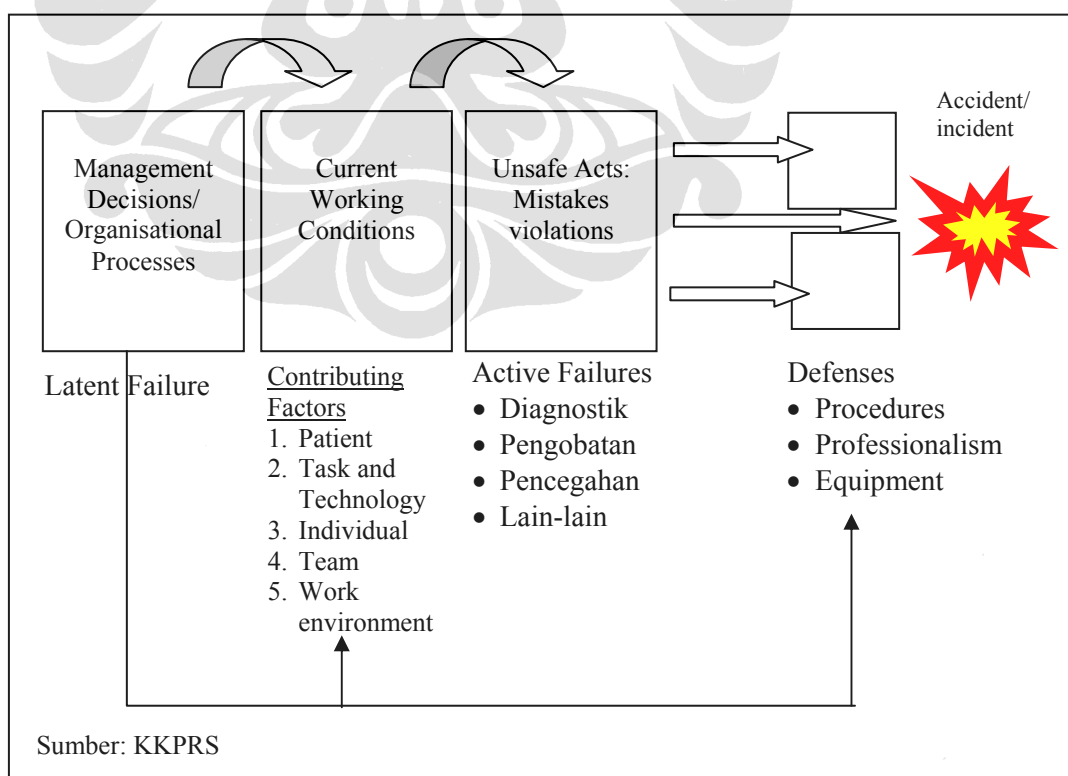
- kesalahan metode penggunaan obat
  - keterlambatan merespon hasil pemeriksaan
  - asuhan yang tidak tepat atau tidak layak
3. Preventif
- kegagalan untuk menyediakan penanganan pencegahan penyakit
  - monitor atau *follow up* yang tidak adekuat
4. Kesalahan lain
- kegagalan dalam komunikasi
  - kegagalan peralatan
  - kegagalan sistem lainnya

Gambar 2.1  
Alur Terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan



Dalam mempertimbangkan bagaimana kontribusi manusia pada terjadinya suatu kesalahan, perlu membedakan antara kesalahan aktif dan tersembunyi (lihat gambar 2). Hal ini erat kaitannya dengan kesalahan yang tidak tercatat yang sebenarnya terjadi. **Kesalahan aktif** (*active errors*) terjadi pada level petugas kesehatan atau staf rumah sakit yang bekerja di depan dan efeknya terjadi hampir secara tiba-tiba. **Kesalahan tersembunyi** (*latent errors*) terjadi dalam level manajemen seperti *design* yang kurang baik, instalasi yang tidak tepat, pemeliharaan yang gagal, keputusan manajemen yang buruk, dan struktur organisasi yang kurang baik. Kesalahan tersembunyi menjadi sulit bagi orang-orang yang bekerja dalam sebuah sistem untuk mencatatnya. Sehingga seringkali kesalahan seperti ini tidak dapat dikenal (Reason, 2000).

Gambar 2.2  
Model Penyebab Kecelakaan oleh Reason



### **2.1.1.2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)**

KTD merupakan dampak dari kesalahan (lihat gambar 1). KTD dapat berupa cedera baru dan bahkan kematian. Brennan et al, (1991) menyatakan bahwa “*An adverse event is an injury caused by medical management rather than the underlying condition of the patient.*” Definisi ini memiliki arti suatu cedera yang dialami pasien yang lebih disebabkan oleh manajemen medis daripada kondisi yang dialami oleh pasien itu sendiri. Manajemen medis dalam hal ini terdiri atas semua aspek pelayanan, termasuk diagnosis dan penanganan, kegagalan diagnosis atau penanganan, serta sistem-sistem dan peralatan yang digunakan dalam memberikan pelayanan.

KTD ada yang dapat dicegah dan ada yang tidak dapat dicegah. KTD yang dapat dicegah disebut dengan “*preventable adverse event*” yaitu, KTD yang disebabkan oleh kesalahan medis atau kejadian yang tidak diharapkan yang disebabkan oleh kesalahan atau tipe lain dari kegagalan sistem atau peralatan (WHO ,2005).

Tipe-tipe KTD ini dijabarkan oleh Thomas et al (2000) dalam penelitiannya di Utah and Colorado. Tipe-tipe tersebut meliputi: pelaksanaan, obat, prosedur medis, kesalahan atau penundaan diagnosis, kesalahan atau penundaan terapi, postpartum, neonatal, anesthesia, jatuh, fraktur, dan sebagainya.

### **2.1.2. Standar *Patient Safety* Rumah Sakit**

Standar *patient safety* rumah sakit disusun sebagai acuan bagi rumah sakit Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Standar ini mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh “*Joint Commission on Accreditation*

of Health Organizations” USA, tahun 2002, dan telah disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakit di Indonesia (Depkes, 2006).

Standar *patient safety* tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

1. **Hak pasien.** Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD.
2. **Mendidik pasien dan keluarga.** Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.
3. **Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.** Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
4. **Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.** Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
5. **Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.**
  - a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit.”
  - b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi KTD

- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
  - d. Pimpinan mengalokasikan sumber data yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit, serta meningkatkan keselamatan pasien.
  - e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
6. **Mendidik staf tentang keselamatan pasien.**
- a. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
  - b. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
7. **Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.**
- a. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
  - b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

### 2.1.3. Kerja Tim dalam Patient Safety

Dalam memahami kerja tim, Baker et al (2005) menggambarkan kerja tim dengan menggunakan sistem teori, yang terdiri atas input dari tim, proses tim, dan output tim. Input dari tim termasuk di dalamnya karakteristik dari tugas yang akan ditampilkan. Elemen-elemennya terdiri atas pekerjaan dan sikap yang membawa kepada situasi tim. Proses tim merupakan interaksi dan kondisi yang diperlukan anggota tim untuk mencapai tujuan yang spesifik. Sedangkan output dari tim terdiri atas produk yang dihasilkan dari kumpulan usaha-usaha yang dilakukan oleh tim. Jadi, kerja tim terjadi pada fase proses, selama anggota tim saling berinteraksi dan berkolaborasi untuk mencapai outcome yang diinginkan.

Dalam *patient safety* kerja tim merupakan salah satu faktor yang harus diperhatikan dan ditingkatkan. Baker et al (2005) menyatakan bahwa koordinasi tim yang baik diantara tim medis dan pekerja yang lain dapat meningkatkan *patient safety* melalui pengurangan atau penurunan kesalahan yang dilakukan dalam proses asuhan pasien. Hal ini berarti kerja tim yang baik dapat meningkatkan produktivitas, perilaku untuk bekerjasama, dan kepuasan kerja.

Dari berbagai manfaat dalam melaksanakan kerja tim ini, perlu diperhatikan bahwa kerja tim harus ditingkatkan. Upaya yang dilakukan dapat berupa pelatihan khusus yang berhubungan dengan pengetahuan, sikap, keterampilan, manajemen tim untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Peters dan Peters, 2008).

### 2.1.4. Faktor Manusia dalam Patient Safety

Peters dan Peters (2008) menyatakan bahwa kesalahan medis hampir selalu dikarenakan perilaku manusia. Hal ini karena adanya interaksi manusia dengan



perlengkapan medis, peralatan medis, prosedur klinik yang baik dan pelaksanaan organisasi pelayanan kesehatan serta pengambilan keputusan. Oleh karena itu, untuk dapat mengurangi dan mengontrol kesalahan tersebut sangat dibutuhkan pemahaman mengenai perilaku manusia terutama pada kondisi yang memungkinkan terjadi kesalahan karena manusia.

#### **2.1.5. Pelayanan Emergensi**

Telah diketahui bersama, bahwa menyediakan pelayanan emergensi cukup sulit. Hal ini dikarenakan minimnya biaya dan keterbatasan fasilitas. Pelayanan emergensi di rumah sakit terdiri atas dua pelayanan yaitu, ambulans dan unit emergensi di tempat. Karena pelayanan emergensi bersifat darurat, sangat tidak biasa melihat pasien dengan patah tulang menunggu beberapa jam setelah mendaftar untuk mendapatkan penanganan. Oleh karena itu, bisa diketahui bersama bahwa ruang emergensi seringkali dalam situasi sangat ramai.

Keadaan tersebut, sangat membutuhkan penanganan yang cepat dan seringkali menimbulkan sikap yang kurang baik diantara staf dalam menangani pasien. Oleh karena itu, kesalahan seringkali terjadi dalam unit pelayanan ini (Peters dan Peters, 2008). Hal ini diperkuat oleh penelitian Thomas et al (2000) yang menemukan lokasi rumah sakit yang memiliki proporsi tertinggi mengalami KTD adalah unit emergensi yaitu 52,6 %. Mereka mencatat kompleksitas melekat pada pelayanan emergensi, seperti: banyaknya pekerjaan yang datang bersamaan, ketidakpastian, perubahan perencanaan, dan beban kerja yang tinggi. Untuk itu, unit emergensi harus dapat mengatasi hal tersebut melalui peningkatan kerja tim dan prosedur-prosedur kerja.

## 2.2. Konsep Persepsi

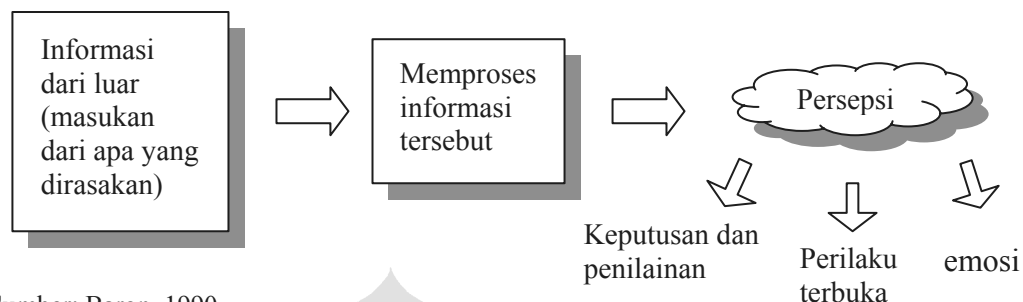
Dalam penelitian ini, peneliti ingin mengetahui persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati. Untuk itu, dalam uraian selanjutnya peneliti akan menjelaskan konsep persepsi sebagai teori yang digunakan untuk membahas hasil penelitian.

### 2.2.1. Pengertian Persepsi

Banyak literatur yang menjelaskan tentang batasan persepsi. Robbins (2002) menyatakan bahwa “Persepsi adalah proses yang digunakan individu mengelola dan menafsirkan kesan indera mereka dalam rangka memberikan makna kepada lingkungan mereka.” Pengertian lain diungkapkan oleh Quinn (1995) yang menyatakan bahwa “Persepsi merupakan kombinasi dari proses merasa dan interpretasi.”

Dua definisi dari Robbins (2002) dan Quinn (1995) mengenai persepsi, memiliki maksud yang sama. Definisi tersebut menjelaskan sebuah proses di mana informasi atau stimulus dari lingkungan masuk ke dalam sistem saraf kita. Informasi ini kemudian diproses dan diinterpretasikan berdasarkan apa yang telah kita rasakan. Dengan kata lain, persepsi merupakan interpretasi atau pemberian makna atas informasi yang diterima dari luar oleh berbagai indera. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Baron (1990), namun Baron menambahkan persepsi ini selanjutnya menimbulkan reaksi yang secara kuat dapat membentuk keputusan, penilaian, perilaku dan perasaan manusia (lihat gambar 2.1).

Gambar 2.3  
Persepsi

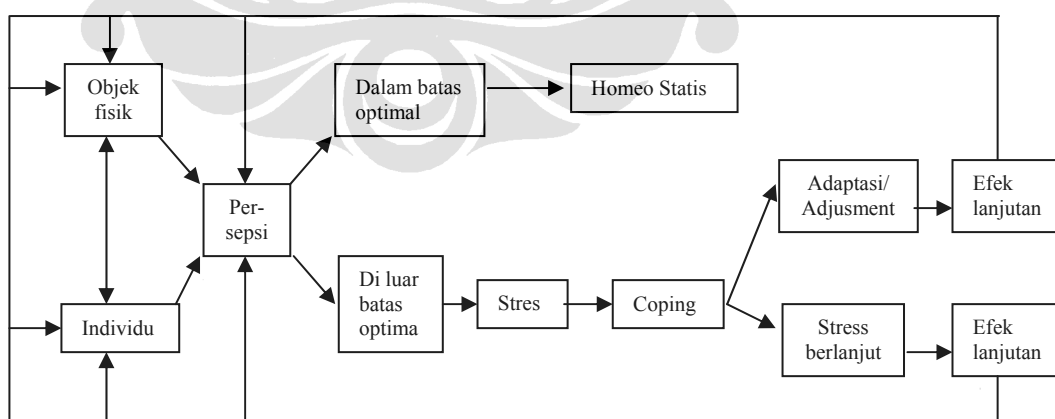


Sumber: Baron, 1990

### 2.2.2. Skema Persepsi

Untuk bisa lebih memahami proses persepsi yang terjadi sejak individu bersentuhan melalui inderanya dengan objek di lingkungannya sampai terjadinya reaksi, Paul A Bell et al (1978) dalam Sarwono (1992) telah membuat skema sebagai berikut.

Gambar 2.4  
Skema Persepsi



Sumber: Sarwono, 1992

Dalam skema ini terlihat bahwa tahap paling awal dari hubungan manusia dengan lingkungannya adalah kontak fisik antara individu dengan objek-objek di

lingkungannya. Kontak fisik ini disebut dengan perhatian (dijelaskan pada sub sub bab berikutnya), di mana objek tampil dengan kemanfaatannya masing-masing, sedangkan individu datang dengan sifat-sifat individualnya, pengalaman masa lalunya, bakat, minat, sikap, dan berbagai ciri kepribadiannya masing-masing pula.

Hasil interaksi individu dengan objek menghasilkan persepsi individu tentang objek itu. Jika persepsi itu berada dalam batas-batas optimal maka individu dikatakan dalam keadaan homeostatis, yaitu keadaan yang serba seimbang. Keadaan ini biasanya ingin dipertahankan oleh individu karena menimbulkan perasaan-perasaan yang paling menyenangkan. Sebaliknya, jika objek dipersepsikan sebagai diluar batas-batas optimal (terlalu kuat, terlalu besar, kurang dingin, terlalu aneh, dan sebagainya) maka individu itu akan mengalami stress dalam dirinya. Selanjutnya, mereka harus melakukan perbuatan penyesuaian diri (*coping behavior*).

Sebagai hasil dari *coping behavior* ada dua kemungkinan yang bisa terjadi. Pertama, tingkah laku *coping* itu tidak membawa hasil sebagaimana diharapkan. Gagalnya tingkah laku *coping* ini menyebabkan stress berlanjut dan dampaknya bisa berpengaruh pada kondisi individu maupun persepsi individu. Kemungkinan kedua, tingkah laku *coping* yang berhasil. Dalam hal ini terjadi penyesuaian antara individu dengan lingkungannya (adaptasi) atau penyesuaian keadaan lingkungan pada diri individu (*adjustment*). Dampak dari keberhasilan ini juga bisa mengenai individu maupun persepsinya. Jika dampak dari tingkah laku *coping* yang berhasil terjadi berulang-ulang maka kemungkinan terjadi penurunan tingkat toleransi terhadap kegagalan atau kejenuhan.

### 2.2.3. Perhatian: Persepsi Selektif

Sebagai suatu rangkaian proses, tahap pertama yang harus kita lalui dalam mempersepsikan suatu objek adalah perhatian (Notoadmodjo, 2005). Perhatian sangat mempengaruhi persepsi kita terhadap suatu objek (Quinn, 1995). Perhatian adalah suatu usaha dari manusia untuk menyeleksi atau membatasi segala stimulus yang ada untuk masuk dalam pengalaman kesadaran kita dalam rentang waktu tertentu (Notoadmodjo, 2005). Oleh karena itu, perlu memahami faktor-faktor yang mempengaruhi fokus perhatian. Baron (1990) menjelaskan fokus perhatian dipengaruhi oleh dua kategori utama yaitu, pengaruh pribadi individu dan pengaruh eksternal.

Perhatian seringkali dipengaruhi oleh faktor pribadi individu yang dapat berhubungan dengan motif dan sikap saat ini. Hal yang mendasar yang harus dipahami yaitu disituasi apapun, perhatian kita harus diarahkan pada objek atau peristiwa secara menyeluruh. Salah satu yang benar-benar menjadi fokusnya yaitu biasanya berhubungan diberbagai sifat pada motif dan sikap yang kita miliki.

Untuk memfokuskan perhatian juga dipengaruhi oleh faktor eksternal yaitu variasi ciri-ciri dari objek atau peristiwa itu sendiri. Faktor eksternal ini terdiri atas: kontras (mencolok mata/menonjol), ukuran, intensitas, gerakan, dan sesuatu yang baru dari objek atau peristiwa tersebut.

Setiap karakteristik suatu objek atau peristiwa yang mencolok dapat meningkatkan kemungkinan untuk mempersepsikannya. Hal ini karena keterbatasan manusia untuk tidak dapat mencerna semua yang dilihat. Jadi hanya, rangsangan tertentu yang dapat dicerna. Setiap orang secara selektif menafsirkan apa yang mereka lihat atas dasar kepentingan, latar belakang, pengalaman, dan sikap mereka.

Hal inilah yang disebut persepsi selektif. Persepsi selektif memungkinkan kita menilai sesuatu, tetapi bukan tanpa risiko menilai sesuatu secara tidak tepat atau berbeda dari kenyataan objektif (Robbins, 2002).

Namun, persepsi tidak selalu berbeda dari kenyataan objektif melainkan sering terjadi ketidaksepakatan antara masing-masing individu. Hal ini tidak terjadi begitu saja, tetapi ada faktor yang mempengaruhinya. Dalam sub sub bab berikutnya dijelaskan faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi persepsi.

#### **2.2.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi**

Dalam aktivitas sehari-hari, kita seringkali memandang suatu benda atau memperoleh informasi yang sama, tetapi interpretasi terhadap benda atau informasi tersebut atau mempersepsikannya secara berbeda. Ada beberapa faktor yang berperan dalam membentuk persepsi. Faktor-faktor ini dapat berada dalam pihak pelaku persepsi, dalam obyek atau target yang dipersepsikan, atau dalam konteks situasi dimana persepsi itu dibuat (Robbins, 2002).

##### **I. Faktor pada pemersepsi**

Ketika individu memandang ke obyek tertentu dan mencoba menafsirkan apa yang dilihatnya, penafsiran itu sangat dipengaruhi oleh karakteristik pribadi individu pelaku persepsi itu. Robbins (2002) mengungkapkan di antara karakteristik pribadi yang mempengaruhi persepsi adalah sikap, kepribadian, motif, kepentingan atau minat, pengalaman masa lalu, dan harapan.

Lain halnya dengan Potter dan Perry (2001), mereka mengemukakan faktor pada pemersepsi yang mempengaruhi persepsi berasal dari variabel interpersonal

yang meliputi tingkat pendidikan, tingkat perkembangan, latar belakang sosiokultural, dan pengalaman pribadi. Sedangkan menurut Kozier (1997) perbedaan persepsi yang berasal dari faktor pemersepsi dipengaruhi oleh variabel demografi dari pemersepsi yang meliputi: umur, jenis kelamin, ras, dan suku bangsa.

Dalam penelitian ini, peneliti mengambil faktor pemersepsi yaitu variabel umur, tingkat pendidikan, masa kerja, dan posisi kerja (peran) sebagai variabel independen yang diteliti. Oleh karena itu, selanjutnya peneliti uraikan penjelasan mengenai variabel-variabel tersebut.

#### **A. Umur**

Umur manusia pada dasarnya terus bertambah. Pertambahan umur manusia ini akan selalu diikuti oleh perkembangan fisik, kognitif maupun psikososial. Dalam ilmu psikologi, untuk memahami pertambahan umur dan perkembangannya, umur dikategorikan berdasarkan periode umur yaitu: periode prenatal (sebelum lahir), batita (0 – 3 tahun), tahap kanak-kanak awal (3 – 6 tahun), tahap kanak-kanak tengah (6 - 11), remaja (11 – 20 tahun), dewasa muda (20 – 40 tahun), dewasa madia (40 - 65 tahun), dan dewasa tua (> 65 tahun) (Papalia, 2001).

Dari berbagai periode umur tersebut, umur yang produktif dalam bekerja dan yang merupakan angkatan kerja ditunjukkan oleh periode dewasa muda (20 – 40 tahun) dan dewasa madia (40 - 65 tahun). Dua kategori (periode) ini memiliki perbedaan yang dapat diketahui berdasarkan perkembangan fisik, kognitif, dan psikososial.

Untuk melihat apa yang mempengaruhi perbedaan persepsi, umur merupakan salah satu faktornya. Kozier (1995) mengungkapkan bahwa umur merupakan

variabel demografi yang berasal dari karakteristik individu yang dapat mempengaruhi persepsi. Selain Kozier, Sarwono (1992) juga mengungkapkan bahwa umur mempengaruhi persepsi. Pengaruh umur dapat dilihat, misalnya anak-anak dengan enaknya bermain api sehingga membuat orang tuanya marah karena mempersepsikan api sebagai stimulus yang berbahaya. Seperti yang dijelaskan di atas bahwa umur memiliki periode perkembangan. Diantara periode perkembangan inilah yang menentukan dimana terjadinya perbedaan tersebut.

## **B. Pendidikan**

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (1990), pendidikan adalah “ proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang atau usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Menurut UU Sistem Pendidikan Nasional tahun 1989 pendidikan terdiri atas tiga jenjang yaitu pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Pendidikan dasar merupakan wajib belajar 9 tahun (SD – SMP), pendidikan menengah terdiri atas pendidikan umum (SMA), kejuruan, kedinasan, dan keagamaan, sedangkan pendidikan tinggi terdiri atas pendidikan yang sifatnya akademik dan profesional yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi seperti universitas, sekolah tinggi, dan institut. Pendidikan ini menurut Potter dan Perry (2001) merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi persepsi. Hal ini karena masing-masing jenjang pendidikan memiliki perbedaan pengetahuan dan cara pandang.



### **C. Masa Kerja**

Masa kerja seseorang menunjukkan pengalaman kerjanya di institusi tertentu. Dalam pengalamannya individu memperoleh banyak informasi mengenai situasi dan kondisi lingkungan kerjanya. Potter dan Perry (2001) mengemukakan bahwa pengalaman seseorang dapat mempengaruhi persepsi mereka terhadap suatu informasi tertentu, karena dari banyaknya pengalaman atau masa kerja yang sudah lama mereka lebih banyak mengetahui situasi dan kondisi yang terjadi, sehingga memungkinkan mereka menilai atau menginterpretasikan stimulus sesuai kenyataan.

### **D. Posisi Kerja/Peran**

Posisi kerja dapat diistilahkan sebagai peran yang dapat membedakan antar individu. Menurut Potter dan Perry (2001) peran merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi. Hal ini diperkuat oleh Singer et al (2003) dalam penelitiannya, yang mengemukakan faktor pemersepsi yang mempengaruhi perbedaan persepsi adalah peran. Peran ini dibedakan berdasarkan posisi kerja. Mereka menemukan perbedaan persepsi *patient safety* diantara staf medis dan non medis, manajer senior dan para pekerja. Penelitian yang hampir sama juga dilakukan oleh Scherer (2008) yang menemukan perbedaan persepsi pada dokter dan perawat pada satu dimensi *patient safety* yaitu mengenai tindakan manajer dalam meningkatkan *patient safety*.

## **II. Faktor dalam situasi**

Konteks di mana kita melihat obyek atau peristiwa tertentu juga penting. Waktu ketika obyek atau peristiwa tertentu terlihat dapat mempengaruhi perhatian,

seperti lokasi, cahaya, suhu udara, atau sejumlah faktor situasi lainnya (Robbins 2002, p.171).

### **III. Faktor pada target**

Karakteristik-karakteristik target yang diamati dapat mempengaruhi apa yang dipersepsikan. Orang yang banyak berbicara kemungkinan mendapatkan perhatian lebih dikelompok tertentu dari pada mereka yang diam. Demikian pula individu-individu yang luar biasa menarik atau luar biasa tidak menarik. Karena target tidak dipandang dalam keadaan terisolasi, hubungan target tertentu dengan latar belakangnya mempengaruhi persepsi, seperti kecenderungan kita mengelompokkan benda-benda yang berdekatan atau mirip (Robbins, 2002).

#### **2.2.5. Budaya Organisasi**

Budaya organisasi menunjukkan persepsi bersama yang dianut oleh anggota-anggota organisasi. Konsep ini dijadikan eksplisit ketika kita mendefinisikan budaya sebagai sistem makna yang dianut mereka (Robbins, 2002) Oleh karena itu, dalam penelitian ini, peneliti juga membahas bagaimana budaya *safety* di sana yang dilihat melalui persepsi staf mengenai *patient safety*.

##### **2.2.5.1. Pengertian Budaya Organisasi**

Budaya organisasi merupakan sistem makna bersama yang dianut oleh anggota-anggota yang membedakan organisasi itu dengan organisasi-organisasi lain. Budaya organisasi ini berkaitan dengan cara karyawan mempersepsikan karakteristik budaya organisasi.

### 2.2.3.2. Karakteristik Budaya Organisasi

Terdapat tujuh karakteristik primer yang bersama-sama menangkap hakikat dari budaya organisasi (Robbins, 2002)

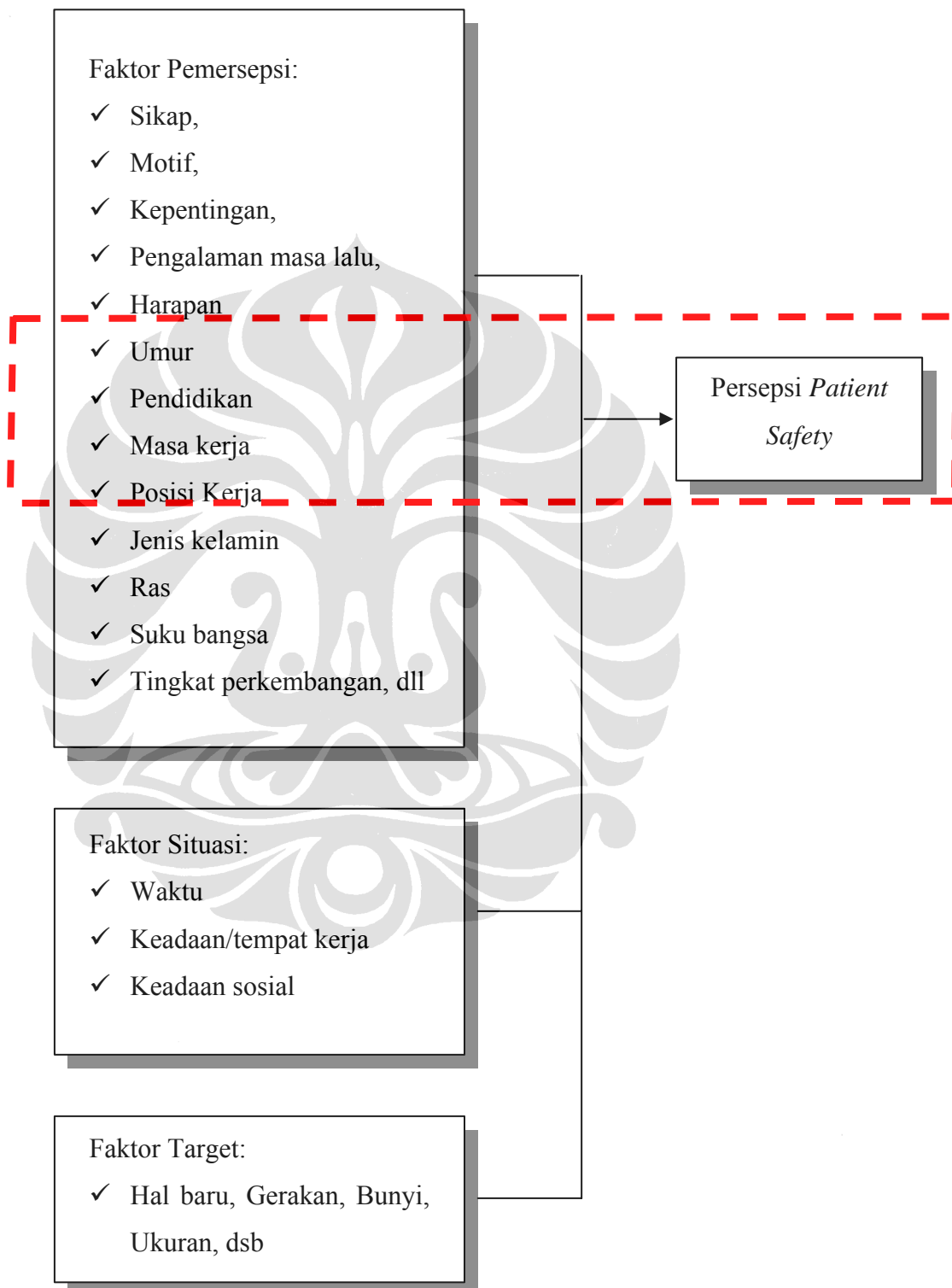
1. Inovasi dan pengambilan risiko.
2. Perhatian terhadap detail.
3. Orientasi hasil.
4. Orientasi tim.
5. Orientasi orang.
6. Keagresifan.
7. Kemantapan.

### 2.2.3.3. Karakteristik Budaya *Safety* yang Positif

Karakteristik dari organisasi yang memiliki budaya *safety* yang positif diungkapkan oleh beberapa peneliti yang dijabarkan oleh Walshe dan Boaden (2006), antara lain:

1. Adanya komunikasi yang dapat terbuka dan dapat dipercaya.
2. Arus dan proses informasi yang baik.
3. Memberikan persepsi akan pentingnya *safety*.
4. Mengenal atau mengetahui kesalahan yang tidak dapat dihindarkan.
5. Kepercayaan akan pencegahan untuk keselamatan dapat berhasil.
6. Mengidentifikasi secara aktif kesalahan yang tersembunyi.
7. Pembelajaran organisasi.
8. Peran dan tanggung jawab pemimpin.
9. Pendekatan untuk tidak menghukum dalam pelaporan insiden dan analisis.

### 2.3. Kerangka Teori



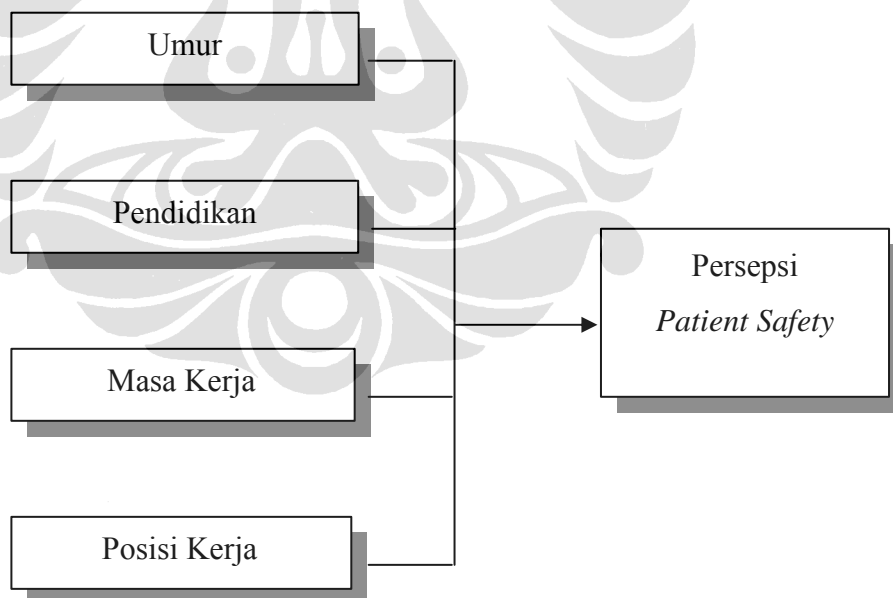
## BAB 3

### KERANGKA KONSEP

#### 3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan penelitian, peneliti membatasi variabel yang akan dijadikan bahan penelitian. Simplifikasi yang penulis lakukan dikarenakan adanya keterbatasan data atas variabel yang akan diteliti di lapangan, kurang dapat mengakses variabel yang akan diteliti di lapangan, dan beberapa variabel yang akan diteliti di lapangan tidak bervariasi atau cenderung homogen.

Berikut kerangka konsep penelitian digambarkan dalam bagan di bawah ini:



### 3.2. Definisi Operasional

Tabel 3.1  
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Persepsi <i>Patient Safety</i>	<p>Interpretasi atau penafsiran yang ditangkap oleh responden dari kesan indera mereka dalam rangka memberikan makna terhadap <i>patient safety</i> di IRD RSUP Fatmawati, dengan mengukur:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tujuh aspek <i>patient safety</i> dalam level unit, terdiri atas: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Harapan dan tindakan manajer dalam meningkatkan <i>patient safety</i> (4 item)</li> <li>✓ Pembelajaran organisasi (3 item)</li> <li>✓ Kerja tim di dalam unit kerja (4 item)</li> <li>✓ Keterbukaan komunikasi (3 item)</li> <li>✓ <i>Feedback</i> dan komunikasi mengenai <i>error</i> (3 item)</li> <li>✓ Respon takut dihukum karena kesalahan (3 item)</li> <li>✓ Kepegawaian (3 item)</li> </ul> </li> </ol>	Kuesioner	Mengisi kuesioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>tinggi : <math>\geq</math> mean</li> <li>rendah: <math>&lt;</math> mean</li> </ol>

Tabel 3.1 (Lanjutan)

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
	<p>2. Tiga aspek <i>patient safety</i> dalam level rumah sakit, terdiri atas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dukungan manajemen rumah sakit terhadap <i>patient safety</i> (3 item)</li> <li>✓ Kerja tim antar unit rumah sakit (4 item)</li> <li>✓ Pemindahan dan penyerahah pasien antar unit di rumah sakit ( 4 item)</li> </ul> <p>3. Tiga aspek variabel keluaran (outcome) dari <i>patient safety</i>, terdiri atas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Persepsi <i>patient safety</i> secara menyeluruh (4 item)</li> <li>✓ Frekuensi pelaporan kejadian (<i>event</i>) (3 item)</li> <li>✓ Tingkatan (<i>grade</i>) atau penilaian mengenai <i>patient safety</i> pada unit di rumah sakit (1 item)</li> </ul>				
Umur	Usia responden pada saat penelitian dihitung sejak tanggal lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Kuesioner	Mengisi kuesioner	Nominal	1. Dewasa Muda: 20 - 40 tahun

Tabel 3.1 (Lanjutan)

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
					2. Dewasa Madya: 41 – 65 tahun (Papalia, 2002)
Pendidikan	Jenjang atau tingkat pendidikan formal terakhir yang diambil.	Kuesioner	Mengisi kuesioner	Ordinal	1. Rendah: SMP, SMA/Sederajat 2. Tinggi: D3, S1, S2 (Perguruan Tinggi)
Masa kerja	Selang waktu dari mulai bekerja hingga sekarang. Masa kerja diukur dalam dua variabel yaitu masa kerja di unit IRD dan masa kerja di rumah sakit.	Kuesioner	Mengisi kuesioner	Interval	1. Baru: ( $\leq$ 10 tahun) 2. Lama: ( $>$ 11 tahun)
Posisi Kerja	Profesi atau peran responden dalam area kerja IRD.	Kuesioner	Mengisi kuesioner	Nominal	1. Dokter 2. Perawat 3. Pekarya Kesehatan



### 3.3. Hipotesis

1. Ada hubungan antara umur dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati.
2. Ada hubungan antara pendidikan dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati.
3. Ada hubungan antara masa kerja dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati.
4. Ada hubungan antara posisi kerja dengan persepsi staf mengenai *patient safety* di IRD RSUP Fatmawati.

