

Pengaruh Kepemimpinan Siaga terhadap Budaya Keselamatan Tenaga Kefarmasian Puskesmas di Surabaya

A.Adji Prayitno Setiadi^{1*}, Stefanus Supriyanto², Windhu Purnomo³

1. Program Studi Ilmu Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya 60115, Indonesia dan Fakultas Farmasi, Universitas Surabaya, Surabaya 60293, Surabaya.
2. Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya 60115, Indonesia.
3. Departemen Biostatistik, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya 60115, Indonesia.

***Korespondensi Penulis:** A.Adji Prayitno Setiadi, Fakultas Farmasi, Universitas Surabaya, Raya Kalirungkut Surabaya 60293, Indonesia.

Tel: +62312981170, Fax +62312981171, Email: adji_ps@hotmail.com

1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keberhasilan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di puskesmas dapat tidak tercapai karena kesalahan medikasi (*medication errors*) yang mengakibatkan kejadian tidak diharapkan (*adverse drug event*) yang dialami oleh pasien. Kejadian tersebut berkaitan dengan kompleksitas interaksi, besarnya ketergantungan antara komponen sistem, tingginya beban kerja serta banyaknya pasien (>90%) yang diberi intervensi obat. Peluang terjadinya kesalahan medikasi semakin besar dengan banyaknya puskesmas di negara kita sesuai data per Juni 2015 sebanyak 9.740 puskesmas yang terdiri dari 3.395 puskesmas perawatan dan 6.345 puskesmas non perawatan yang jaminan mutu pelayanan kesehatan dan pelayanan kefarmasiannya belum merata (Anonim 2015). Pendekatan untuk mengatasi masalah tersebut oleh Lesar ditawarkan didasarkan pada karakteristik deskripsi organisasi berkeandalan tinggi (*High Reliability Organization (HRO)*)(Lesar 2005).

Lesar (2005) menyatakan bahwa meningkatkan keselamatan medikasi, melibatkan kepemimpinan yang efektif, pengembangan budaya keselamatan dengan pelaporan kesalahan yang bersifat adil dan tidak menghukum (*nonpunitive*) disertai lingkungan belajar, dan penerapan proses keselamatan medikasi yang efektif.

Keselamatan medikasi didefinisikan sebagai penyediaan pelayanan berkualitas terbaik yang konsisten berkaitan dengan obat bagi pasien yang tepat dengan upaya paling aman yang memungkinkan. Definisi yang luas

tentang keselamatan medikasi ini mengakui bahwa kegagalan untuk memberikan pengobatan kepada pasien secara tepat dan optimal dapat menghasilkan cedera sebagai akibat kesalahan sederhana dalam pengobatan yang dilakukan. Keselamatan tidak hanya melibatkan pencegahan kesalahan medikasi, tetapi juga aplikasi prinsip dan pengetahuan keselamatan yang konsisten dan efektif dalam pengobatan pasien (Lesar 2005).

Menurut Lekka (2011), aspek dan proses yang menjadi karakteristik HRO terdiri dari: kepemimpinan siaga (*mindful leadership*), budaya keselamatan (*safety culture*) dan kesiagaan keselamatan (*mindful safety*) tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Krause (2009) yang menyatakan bahwa tantangan yang dihadapi oleh setiap pemimpin dalam keselamatan pelayanan kesehatan bersifat substansial, karena sistem dalam pelayanan kesehatan amat sangat kompleks. Lebih sering unsur manusiawi berupa kepemimpinan, budaya, dan perilaku lebih berpengaruh daripada keterampilan teknis dan terbukti menjadi rantai lemah dalam mata rantai pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien (Krause 2009).

Krause (2009) juga berpendapat bahwa aspek paling sulit dari peningkatan keselamatan tidak terletak pada penerapan sistem keselamatan dan mekanismenya meski pun semua hal tersebut penting untuk keselamatan. Tantangan lebih sulit berupa menciptakan budaya, dan menjadikan keselamatan merupakan nilai pedoman (*driving value*). Menciptakan budaya semacam ini merupakan sesuatu yang hanya dapat dilakukan oleh tindakan kepemimpinan.

1.2 Tujuan Penelitian

Sebagai dasar upaya menjamin keselamatan medikasi (*medication safety*), dalam penelitian ini diteliti pengaruh kepemimpinan siaga terhadap budaya keselamatan tenaga kefarmasian Puskesmas di Surabaya dengan harapan dengan diketahuinya pengaruh kepemimpinan siaga terhadap budaya keselamatan dapat diketahui peta kepemimpinan siaga, budaya keselamatan, besarnya pengaruh kepemimpinan siaga terhadap budaya keselamatan serta kemungkinan intervensi peningkatan kinerja kedua faktor/variabel tersebut dalam mewujudkan kesiagaan keselamatan (*mindful safety*) dan menjamin *medication safety* pelayanan farmasi kepada pasien.

1.3 Rumusan Masalah dan Hipotesis

1. Bagaimanakah kondisi kepemimpinan siaga (*mindful leadership*), dan budaya keselamatan puskesmas di Surabaya?
2. Adakah pengaruh *mindful leadership* terhadap budaya keselamatan puskesmas di Surabaya?

2. METODE

2.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *explanatory* dan bersifat observasional *cross sectional* dengan unit analisis kinerja kepemimpinan dan budaya keselamatan puskesmas.

2.2 Tempat dan Waktu

Penelitian dilaksanakan di puskesmas Kota Surabaya dan diselenggarakan selama 3 (tiga) bulan, mulai pertengahan Mei 2014 sampai pertengahan Agustus 2014.

2.3 Metode Sampling

Penelitian ini melibatkan 120 responden yang berasal dari 40 puskesmas terpilih dari 62 puskesmas yang merupakan total populasi puskesmas di Kota Surabaya. Responden terdiri dari kepala puskesmas, apoteker dan asisten apoteker. Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus Taro Yamane dan Slovin (Siswanto et al. 2013) berikut:

$$n = \frac{N}{N.d^2 + 1}$$

Dengan ketentuan:

n = besar sampel

N = besar populasi

d² = presisi (ditetapkan 10% dengan tingkat kepercayaan 95%)

Berdasarkan rumus tersebut, maka dapat diperoleh besar sampel n = 38,27 = 39 puskesmas (dibulatkan menjadi 40 puskesmas dan kemudian dibagi menjadi 2 bagian sama besar: 20 puskesmas pernah bersertifikasi ISO 9001:2008 dan 20 puskesmas tidak/belum pernah bersertifikasi ISO 9001:2008).

Penentuan besar sampel puskesmas terpilih untuk tiap wilayah Kota Surabaya didasarkan pada proporsi jumlah puskesmas yang pernah

bersertifikasi ISO 9001:2008 dan jumlah puskesmas yang tidak pernah bersertifikasi ISO 9001:2008.

Pemilihan puskesmas untuk setiap wilayah Kota Surabaya dilakukan secara acak dengan menggunakan bilangan random.

2.4 Pengumpulan Data

Data informasi diperoleh dari hasil pengisian jawaban responden pada setiap item pertanyaan survei yang diberikan.

2.5 Data Analysis

Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan prinsip Pareto yang menyatakan bahwa:

“ around 80% of all positive results are produced by just 20% of efforts. Similarly, roughly 80% of all problems can be traced to approximately 20% all possible causes ”, dikutip dari Sashkin (Sashkin and Kieser 1993), Rinehart (Rinehart 1993), dan Robson.(Robson 1993)

Sekitar 80% kinerja dihasilkan oleh 20% upaya, demikian pula sekitar 80% masalah dapat dilacak dari 20% penyebabnya, berdasarkan Prinsip Pareto ini dan tuntutan *'high reliability'* berarti variabel penelitian dengan kinerja sangat sesuai memperoleh nilai rata-rata (mean) > 4.2-5.0 sedangkan indikator variabel penelitian dengan kualitas kinerja sangat sesuai memperoleh prosentase nilai 5 lebih besar dari 80%, sedangkan indikator penelitian yang kualitas kerjanya belum sangat sesuai (memperoleh prosentase nilai 5 lebih rendah dari 80%) perlu mendapat perhatian yang serius terutama jika prosentase nilai 5 lebih kecil sama dengan 20% dalam arti terdapat masalah kualitas kinerja 80% atau lebih dan untuk ini perlu dilihat penyebabnya dengan prioritas melihat prosentase yang memperoleh nilai 1, dan 2 (nilai 3 tidak diikutsertakan dalam prioritas penyebab karena merupakan nilai ambang batas kualitas kinerja sesuai dan belum sesuai, sedangkan nilai 4 sesuai) sebesar $\geq 20\%$. Hal ini seperti yang disarankan oleh Sallis (Sallis 1993) bahwa:

“This suggest that 20% of the processes cause 80% of the problems”.

Analisis deskriptif ini digunakan untuk memberikan gambaran kualitas kinerja Puskesmas Surabaya ditinjau dari dimensi Organisasi Berkeandalan Tinggi

(HRO), dan diuji secara inferensial pengaruh kepemimpinan siaga terhadap budaya keselamatan dengan Smart PLS SEM v 3.0.

3 HASIL

3.1 Data Demografi Responden

Tabel 3.1 Distribusi Masa Kerja Kepala Puskesmas dan Tenaga Kefarmasian

		Jabatan/Pekerjaan				Total
		KaPus (Dokter)	KaPus (Dokter Gigi)	Apoteker	TTK	
Masa Kerja (tahun)	Rata-rata	17.07	22.08	4.59	11.56	11.49
	SD	9.04	8.34	2.16	6.87	8.76
	Median	14.0	25.50	5.00	10.00	7.50
	Minimum	3	10	1	3	1
	Maksimum	32	33	10	29	33
Sub Total (n)		30	10	41	39	120
Prosen (n) sub total (%)		25.0	8.3	34.2	32.5	100

TTK = Tenaga Teknis Kefarmasian

Proporsi prosentase responden dengan jabatan kepala puskesmas (pejabat struktural) dibandingkan dengan responden sebagai tenaga kefarmasian (tenaga fungsional) yaitu 33,3: 66,7 atau 1:2.

Masa kerja kepala puskesmas yang berlatar belakang profesi dokter gigi 22,08 (SD=8.34) tahun secara rata-rata lebih panjang dibandingkan dengan kepala puskesmas yang berlatar belakang profesi dokter 17.07 (SD=9.04) tahun maupun tenaga teknis kefarmasian 11.56 (SD=6.87) tahun dan apoteker 4.59 (SD=2.16) tahun. Apoteker secara rata-rata memiliki masa kerja yang paling singkat dibandingkan kepala puskesmas dan tenaga teknis kefarmasian.

3.2 Deskripsi Variabel Penelitian

Berikut disajikan distribusi frekuensi puskesmas sesuai dengan nilai jawaban responden pada setiap indikator pada berbagai variabel penelitian yang diteliti:

3.2.1 Deskripsi Variabel Kepemimpinan Siaga

Tabel 3.2 Distribusi Frekuensi Indikator Variabel Kepemimpinan Siaga Puskesmas Surabaya Tahun 2014

Indikator	Nilai Jawaban									
	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Keberadaan kebijakan melaporkan KTD/KNC terkait obat (S1R)	4	10.0	9	22.5	9	22.5	14	35.0	4	10.0
Audit mutu dan keselamatan pasien dilaksanakan secara periodik (S2R)	2	5.0	4	10.0	7	17.5	19	47.5	8	20.0

Keberadaan prosedur penanganan KTD terkait obat (S3R)	2	5.0	5	12.5	4	10.0	23	57.5	6	15.0
-------------------------------------------------------	---	-----	---	------	---	------	----	------	---	------

Keterangan: n= jumlah puskesmas

Tabel 3.3 Mean Variabel Kepemimpinan Siaga (KS)

		Statistics			
		S1R	S2R	S3R	Total
N	Valid	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0
Mean		3.13	3.68	3.65	3.49
Std. Deviation		1.181	1.071	1.051	1.101
Minimum		1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5

Nilai rata-rata indikator variabel Kepemimpinan Siaga Puskesmas di Surabaya sesuai data pada Tabel 3.3 sebesar 3.49 (62.25%) termasuk kategori kuat (>3.4 - 4.2), namun belum memenuhi tuntutan kinerja lebih dari 80% sesuai Prinsip Pareto dan hal ini ditampakkan oleh semua indikator variabel Kepemimpinan Siaga, seperti terlihat pada Tabel 3.2 tidak ada indikator yang memperoleh prosentase nilai jawaban responden kategori 5 (lima) ‘sangat sesuai’ lebih besar dari batas 80% Prinsip Pareto. Di antara indikator Kepemimpinan Siaga, indikator S1R yaitu keberadaan kebijakan/peraturan untuk melaporkan KTD dan KNC terkait obat perlu mendapat perhatian dan perbaikan karena memiliki masalah kinerja terbesar yaitu 90% (dari 100% dikurangi jumlah prosentase indikator S1R kategori 5 sebesar 10%, dan telah mencapai 80% masalah seperti Prinsip Pareto yang menyatakan bahwa 80% masalah dapat dilacak dari 20% penyebabnya) dan hal ini terlihat bahwa indikator S1R memperoleh prosentase nilai jawaban responden kategori 1 (satu) ‘sangat tidak sesuai’ dan 2 (dua) ‘tidak sesuai’ di atas batas 20% Prinsip Pareto yaitu memperoleh prosentase nilai jawaban responden 32.5% (10.0% ‘sangat tidak sesuai’ dan 22.5% ‘tidak sesuai’).

3.2.2 Deskripsi Variabel Budaya Keselamatan

Nilai rata-rata indikator variabel Budaya Keselamatan Puskesmas di Surabaya sesuai data pada Tabel 3.5 dan 3.6 sebesar 3.65 (66.25%) termasuk kategori kuat (3.4 - 4.2) belum memenuhi tuntutan kinerja lebih dari 80% sesuai Prinsip Pareto, hal ini ditampakkan oleh semua indikator Budaya Keselamatan seperti terlihat pada Tabel 3.4 di bawah, tidak ada indikator yang memperoleh prosentase nilai jawaban responden kategori 5 (lima) ‘sangat sesuai’ lebih besar dari batas 80% Prinsip Pareto. Di antara semua indikator Budaya Keselamatan terdapat 3 (tiga) indikator yang perlu mendapat perhatian karena memiliki masalah kinerja lebih

dari 80% Prinsip Pareto untuk kategori 5 (lima) ‘sangat sesuai’ dan penyebabnya untuk kategori 1 (satu) ‘sangat tidak sesuai’, dan 2 (dua) ‘tidak sesuai’ lebih dari 20%, yaitu indikator B2R, B3R, dan B6R. Indikator B2R yaitu masalah keselamatan yang dilaporkan ditangani secara tepat memperoleh nilai jawaban responden 30% (20% ‘sangat tidak sesuai’ dan 10% ‘tidak sesuai’). Indikator B3R yaitu beban kerja tenaga kefarmasian dihitung secara memadai memperoleh nilai jawaban responden 27.5% (7.5% ‘sangat tidak sesuai’ dan 20% ‘tidak sesuai’). Indikator B6R yaitu penerapan sanksi disiplin terhadap pelanggaran yang menyebabkan cedera pasien memperoleh nilai jawaban responden 22.5% (7.5% ‘sangat tidak sesuai’ dan 15.0% ‘tidak sesuai’).

Di antara dua sub variabel Budaya Keselamatan, sub variabel Budaya Adil merupakan sub variabel yang lebih lemah dibandingkan sub variabel Orientasi Belajar karena indikator-indikatornya memperoleh prosentase 24.00% dibandingkan 15.83% berdasarkan rata-rata nilai jawaban responden yang memberikan jawaban ‘sangat tidak sesuai’ dan ‘tidak sesuai’ pada masing-masing sub variabel.

Tabel 3.4 Distribusi Frekuensi Indikator Variabel Budaya Keselamatan Puskesmas Surabaya Tahun 2014.

Indikator	Nilai Jawaban									
	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Budaya Adil										
Tenaga kefarmasian melaporkan KTD dan/atau KNC terkait obat yang memiliki konsekuensi bermakna (B1R)	5	12.5	5	12.5	3	7.5	17	42.5	10	25.0
Masalah keselamatan terkait obat yang dilaporkan ditangani secara tepat (B2R)	8	20.0	4	10.0	5	12.5	16	40.0	7	17.5
Beban kerja tenaga kefarmasian dihitung secara memadai (B3R)	3	7.5	8	20.0	1	2.5	22	55.0	6	15.0
Standar pertanggungjawaban diterapkan secara konsisten (B5R)	2	5.0	4	10.0	2	5.0	23	57.5	9	22.5
Penerapan sanksi disiplin thd. pelanggaran yang menyebabkan cedera pasien (B6R)	3	7.5	6	15.0	4	10.0	21	52.5	6	15.0
Orientasi Belajar										
Insiden/kesalahan terkait obat dianalisis untuk lebih memahami sifat masalah yang terjadi (R4R)	3	7.5	2	5.0	5	12.5	25	62.5	5	12.5
Temuan hasil audit pelayanan resep ditindaklanjuti dengan perbaikan dan tindakan perbaikan (R5R)	3	7.5	3	7.5	1	2.5	22	55.0	11	27.5
SPO kamar obat diperbaiki secara periodik (R6R)	2	5.0	6	15.0	3	7.5	20	50.0	9	22.5

Keterangan: n = jumlah puskesmas

Tabel 3.5 Sub Variabel Budaya Adil (BA)

		Statistics					Total
		B1R	B2R	B3R	B5R	B6R	
N	Valid	40	40	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		3.55	3.25	3.50	3.83	3.53	3.53
Std. Deviation		1.339	1.410	1.198	1.059	1.154	1.232
Minimum		1	1	1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5	5	5

Tabel 3.6 Sub Variabel Orientasi Belajar (OB)

		Statistics			Total
		R4R	R5R	R6R	
N	Valid	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0
Mean		3.68	3.88	3.70	3.75
Std. Deviation		1.023	1.137	1.137	1.099
Minimum		1	1	1	1
Maximum		5	5	5	5

3.3 Analisis Hasil Penelitian dengan PLS-SEM

Evaluasi PLS SEM terdiri dari dua tahapan, yaitu Evaluasi Model Pengukuran (Konstruk) dan Evaluasi Model Struktural.

3.3.1 Evaluasi Model Pengukuran (Konstruk) Reflektif

Tabel 3.7 Hasil Evaluasi Konstruk Reflektif

Variabel Latent	Indikator	Reliability			Ket	Validity			Ket
		Indicator Reliability (Outer Loading) ²	Internal Consistency Reliability			Convergent Validity AVE	Discriminant Validity		
			Composite Reliability	Cronbach Alpha			Fornell Larcker Criterion	Cross Loading	
Kepemimpinan Siaga	Keberadaan kebijakan melaporkan KTD/KNC (S1R)	$(0.882)^2 = 0.778$	0.923	0.875	Reliabel	0.800	0.894	0.882	Valid
	Audit mutu dan keselamatan dilaksanakan secara periodik (S2R)	$(0.877)^2 = 0.769$						0.877	
	Keberadaan prosedur penanganan KTD (S3R)	$(0.923)^2 = 0.852$						0.923	
Budaya Keselamatan	Tenaga kefarmasian melaporkan KTD dan/atau KNC terkait obat yang memiliki konsekuensi bermakna (B1R)	$(0.790)^2 = 0.624$	0.914	0.882	Reliabel	0.681	0.825	0.790	Valid
	Masalah keselamatan yang dilaporkan ditangani secara tepat (B2R)	$(0.882)^2 = 0.778$						0.882	
	Pengenaan sanksi disiplin terhadap pelanggaran yang menyebabkan cedera pasien (B6R)	$(0.797)^2 = 0.635$						0.797	
	Hasil audit ditindaklanjuti dengan perbaikan dan tindakan perbaikan (R5R)	$(0.864)^2 = 0.746$						0.864	
	SPO kamar obat diperbaiki secara periodik (R6R)	$(0.788)^2 = 0.621$						0.788	

3.3.2 Evaluasi Model Struktural Pengaruh Langsung

Tabel 3.8 Pengaruh Langsung dan Signifikansi Pengaruh Model Struktural

Pengaruh Langsung	Koefisien Jalur (KJ)	Standard Error (SE)	T Statistics (KJ/SE)	p Values	Ket
Kepemp Siaga → Budaya Keselamatan	0.746	0.079	9.471	0.000	S

4 DISKUSI

Hasil pengujian memperlihatkan terdapat pengaruh langsung yang signifikan dan relevan ($R^2 = 0.556$, $f^2 = 1.252$, dan $Q^2 =$ positif) antara Kepemimpinan Siaga terhadap Budaya Keselamatan artinya semakin kuat nilai pengaruh Kepemimpinan Siaga mengakibatkan semakin kuat pula nilai Budaya Keselamatan.

Hasil pengujian model pengukuran dengan menggunakan nilai *outer loading*, memperlihatkan bahwa variabel Kepemimpinan Siaga diukur oleh tiga aspek yaitu Adanya kebijakan/peraturan untuk melaporkan KTD atau KNC karena obat (S1R), Adanya bukti prosedur dan pelaksanaan audit mutu dan keselamatan (S2R), dan Adanya prosedur penanganan KTD karena obat (S3R). Dari hasil analisis deskriptif dengan menggunakan Prinsip Pareto memperlihatkan bahwa tidak ada indikator kuat yang memperoleh prosentase penilaian responden dengan kategori di atas batas 80% Prinsip Pareto untuk variabel Kepemimpinan Siaga. Hal ini mengindikasikan bahwa Kepemimpinan Siaga di Puskesmas Surabaya masih perlu ditingkatkan sesuai dengan tuntutan keandalan yang tinggi, utamanya terlihat dari indikator S1R yaitu keberadaan kebijakan/peraturan untuk melaporkan KTD dan KNC memiliki masalah kinerja terbesar yaitu 90% untuk mencapai kategori 5, dan memperoleh prosentase penilaian responden dengan kategori 1 (satu) dan 2 (dua) di atas batas 20% penyebab masalah Prinsip Pareto yaitu sebesar 32.5%. Jadi dalam hal ini, hal utama yang perlu ditingkatkan dalam kepemimpinan siaga adalah penetapan kebijakan/peraturan untuk melaporkan KTD dan KNC terkait obat serta memfasilitasi pelaksanaannya bagi puskesmas yang belum menetapkannya.

Semakin kuat kepemimpinan siaga, akan semakin kuat pula budaya keselamatan. Budaya Keselamatan yang kuat tercermin dari kuatnya lima aspek berikut: Tenaga kefarmasian melaporkan KTD dan/atau KNC terkait obat yang memiliki konsekuensi bermakna (B1R), Masalah keselamatan yang dilaporkan ditangani secara tepat (B2R), Pengenaan sanksi disiplin terhadap pelanggaran yang menyebabkan cedera pasien (B6R), Hasil audit ditindaklanjuti dengan perbaikan dan tindakan perbaikan (R5R), dan SPO kamar obat diperbaiki secara periodik (R6R). Dari hasil analisis deskriptif dengan menggunakan Prinsip Pareto tampak bahwa tidak terdapat juga

indikator yang memenuhi tuntutan keandalan tinggi memperoleh prosentase penilaian responden dengan kategori 5 (lima) di atas batas 80% Prinsip Pareto. Indikator variabel Budaya Keselamatan yang terdiri dari B2R, B3R, dan B6R berturut-turut memiliki masalah kinerja untuk mencapai kategori 5 sebesar 82.5%, 85.0%, dan 85.0% lebih tinggi dari 80% masalah berdasarkan Prinsip Pareto dan memperoleh prosentase penilaian responden kategori 1 (satu) dan 2 (dua) di atas batas 20% Prinsip Pareto yaitu 30%, 27.5%, dan 22.5%. Belum kuatnya kepemimpinan siaga mengakibatkan belum ada indikator budaya keselamatan yang memperoleh prosentase penilaian responden di atas batas Prinsip Pareto 80%. Temuan ini memberikan gambaran pentingnya pengaruh kepemimpinan siaga dalam mewujudkan budaya keselamatan di puskesmas.

5 SIMPULAN

- 1 Secara umum kondisi puskesmas di Surabaya sesuai dengan variabel laten yang diteliti dengan penilaian menggunakan kategori 1(satu) - 5(lima) dapat dinyatakan bahwa Kepemimpinan siaga, dan budaya keselamatan puskesmas di Surabaya termasuk kategori kuat (3.4 - 4.2), namun belum memenuhi 80% Prinsip Pareto.
- 2 Kepemimpinan Siaga berpengaruh langsung secara signifikan dan relevan terhadap Budaya Keselamatan di Puskesmas Surabaya.

6 PUSTAKA RUJUKAN

- Anonim (2015) *Jumlah Puskesmas per Juni 2015 Menurut Provinsi dan Kabupaten/Kota*, Jakarta: Pusat Data dan Informasi
- Krause, T. R. (2009) *Taking the lead in patient safety : how healthcare leaders influence behavior and create culture*, Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lesar, T. S. (2005) 'Medication Safety' in *Pharmacotherapy Self-Assessment Program*, 5th ed., Kansas City, MO: The American College of Clinical Pharmacy.
- Rinehart, G. (1993) *Quality Education*, Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press.
- Robson, M. (1993) *Problem Solving in Groups*, Cambridge: Gower Publishing Company Limited.
- Sallis, E. (1993) *Total Quality Management in Education*, London: Kogan Page Limited.
- Sashkin, M. and Kieser, K. J. (1993) *Putting Total Quality Management to Work*, San Francisco: Berret-Koehler Publisher, Inc.
- Siswanto, Susilo and Suyanto (2013) *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kedokteran*, Yogyakarta: Bursa Ilmu.