TESIS – TI185401

PEMODELAN *SAFETY BEHAVIOR* SEBAGAI UPAYA PENERAPAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA DI PUSKESMAS

RADITYA JARWENDA NOVASANI
02411650042004

Dosen Pembimbing
Dyah Santhi Dewi, S.T., M.Eng.Sc., Ph.D.
Dr. Adithya Sudiarno, S.T., M.T.

Departemen Teknik Sistem dan Industri
Fakultas Teknologi Industri dan Rekayasa Sistem
Institut Teknologi Sepuluh Nopember
2020

TESIS – TI185401

PEMODELAN *SAFETY BEHAVIOR* SEBAGAI UPAYA PENERAPAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA DI PUSKESMAS

RADITYA JARWENDA NOVASANI
02411650042004

Dosen Pembimbing
Dyah Santhi Dewi, S.T., M.Eng.Sc., Ph.D.
Dr. Adithya Sudiarno, S.T., M.T.

Departemen Teknik Sistem dan Industri
Fakultas Teknologi Industri dan Rekayasa Sistem
Institut Teknologi Sepuluh Nopember
2020

THESIS – TI185401

SAFETY BEHAVIOR MODELLING AS AN EFFORT FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH IMPLEMENTATION AT PUSKESMAS

RADITYA JARWENDA NOVASANI
02411650042004

Supervisors
Dyah Santhi Dewi, S.T., M.Eng.Sc., Ph.D.
Dr. Adithya Sudiarno, S.T., M.T.

Department of Systems and Industrial Engineering
Faculty of Industrial Technology and Systems Engineering
Institut Teknologi Sepuluh Nopember
2020

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis disusun untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar
Magister Teknik (M.T.)
di
Institut Teknologi Sepuluh Nopember
Oleh:
RADITYA JARWENDA NOVASANI
NRP: 02411650042004

Tanggal Ujian: 18 Agustus 2020
Periode Wisuda: September 2020

Disetujui oleh:
Pembimbing:

1. Dyah Santhi Dewi, S.T., M.Eng.Sc., Ph.D. .....
   NIP: 197208251998022001
2. Dr. Adithya Sudiarno, S.T., M.T. .....
   NIP: 198310162008011006

Penguji:

1. Dr. Ir. Sri Gunani Partiwi, M.T. .....
   NIP: 196605311990022001
2. Retno Widyaningrum, S.T., M.T., M.BA., Ph.D. .....
   NPP: 1990201912074

Kepala Departemen Teknik Sistem dan Industri
Fakultas Teknologi Industri dan Rekayasa Sistem

Nurhadi Siswanto, S.T., M.SIE., Ph.D.
NIP: 197005231996011001

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Raditya Jarwenda Novasani
NRP	: 02411650042004
Program Studi	: Teknik Sistem dan Rekayasa Industri

Menyatakan bahwa tesis dengan judul:

"**PEMODELAN *SAFETY BEHAVIOR* SEBAGAI UPAYA PENERAPAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA DI PUSKESMAS"**

adalah benar-benar hasil karya intelektual mandiri, diselesaikan tanpa menggunakan bahan-bahan yang tidak diijinkan, dan bukan merupakan karya pihak lain yang saya akui sebagai karya sendiri. Seluruh referensi yang dikutip dan dirujuk telah saya tulis secara lengkap di daftar pustaka. Apabila di kemudian hari ternyata pernyataan saya ini tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Surabaya, Agustus 2020

Raditya Jarwenda Novasani
NRP. 02411650042004

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

PEMODELAN *SAFETY BEHAVIOR* SEBAGAI UPAYA PENERAPAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA DI PUSKESMAS

Nama	: Raditya Jarwenda Novasani
NRP	: 02411650042004
Dosen Pembimbing	: Dyah Santhi Dewi, S.T., M.EngSc., Ph.D.
	Dr. Adithya Sudiarno, S.T., M.T.

ABSTRAK

Minimnya perhatian terhadap potensi risiko kecelakaan kerja dalam sektor kesehatan dapat berdampak pada hilangnya waktu kerja, pengurangan produktivitas, klaim asuransi kesehatan yang membengkak dan berkurangnya kemampuan dalam melayani pasien. Puskesmas sebagai salah satu pelayanan kesehatan mempunyai potensi risiko kecelakaan kerja seperti tertusuk jarum suntik *slip*, *trip*, dan *fall* dimana risiko ini dapat berpengaruh terhadap keselamatan pasien dan pegawai. Salah satu upaya untuk menekan potensi risiko tersebut adalah meningkatkan *safety behavior* para pegawainya. Sehingga tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor yang dapat berpengaruh terhadap *safety behavior* di puskesmas. Variabel yang diidentifikasi untuk mencapai tujuan tersebut adalah *behavioral habit*, *safety motivation*, *empowerment leadership*, *safety climate* dan *knowledge sharing*. Metode yang digunakan dalam menganalisis hubungan antar variabel yaitu *partial least square – structural equation modeling* (PLS – SEM). Hasil penelitian ini menemukan bahwa *safety climate* merupakan faktor yang berpengaruh paling besar pada *safety behavior* terutama dalam hal *management commitment* dan *safety communication* serta berperan sebagai *full mediator* antara *empowerment leadership* dengan *safety behavior*.

Kata Kunci: *safety behavior*, puskesmas, PLS – SEM, *safety climate*, *behavioral habit*, *safety motivation*, *empowerment leadership*, *knowledge sharing*.

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

SAFETY BEHAVIOR MODELLING AS AN EFFORT FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH IMPLEMENTATION AT PUSKESMAS

Name	: Raditya Jarwenda Novasani
NRP	: 02411650042004
Supervisors	: Dyah Santhi Dewi, S.T., M.EngSc., Ph.D. Dr. Adithya Sudiarno, S.T., M.T.

ABSTRACT

The lack of attention to the potential risk of workplace accidents in the health sector can cause lost work time, reduced productivity, swelling health insurance claims and reduced ability to serve patients. Puskesmas as one of the health services has the potential risk of occupational accidents such as needles injury, slip, trip, and fall where these risk can affect the safety of patients and employees. Improving the safety behavior of puskesmas worker can be implied as an effort to reduce this potential risk. The purpose of this study is analyzing factors that can influence safety behavior in puskesmas. Variables such as behavioral habits, safety motivation, empowerment leadership, safety climate and knowledge sharing can be explored for the aims. The method used in analyzing the relationship between variables is partial least square - structural equation modelling (PLS-SEM). The study finding that safety climate is the most influential factor in safety behavior, especially in terms of management commitment and safety communication. Furthermore, the safety climate can act as full mediator between empowerment leadership and safety behavior.

Keywords: *safety behavior*, puskesmas, PLS–SEM, *safety climate, behavioral habit, safety motivation, empowerment leadership, knowledge sharing*.

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

KATA PENGANTAR

Bismillaahirrahmaanirrahiim. Alhamdulillahi Rabbil 'Aalamiin penulis panjatkan kepada Allah Subhanallahu wa Ta'ala atas segala limpahan rahmat, berkah dan hidayah-Nya, sholawat serta salam penulis sampaikan kepada Nabi Muhammad Shallallahu 'Alaihi Wasallam, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tesis dengan judul pemodelan *safety behavior* sebagai upaya penerapan keselamatan dan kesehatan kerja di puskesmas. Selama penyusunan laporan tesis ini, penulis telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Dalam kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Mujianto, ibu Endang Sulistini, pak Sujarwo. mas Enji Etika Prawira Kusuma dan mbak Dian Sulistiani sebagai keluarga besar penulis yang selalu mendoakan dan memberikan semangat tanpa henti;
2. Ibu Dyah Santhi Dewi, S.T., M.EngSc., Ph.D. sebagai dosen pembimbing utama dan dosen wali yang telah memberikan dukungan, bimbingan serta saran yang sangat bermanfaat;
3. Bapak Dr. Adithya Sudiarno, S.T., M.T. sebagai dosen co-pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk yang sangat berguna;
4. Ibu Dr. Ir. Sri Gunani Partiwi, M.T. dan ibu Retno Widyaningrum, S.T., M.T., M.BA., Ph.D. selaku dosen penguji yang telah memberikan koreksi dan saran perbaikan dalam penyusunan tesis ini;
5. Staf pengajar Departemen Teknik Sistem dan Industri ITS yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis;
6. Teman-teman Pascasarjana Teknik Sistem dan Industri khususnya konsentrasi Ergonomi dan Keselamatan Industri (Tri, Rana, Novi, Mega) atas kebersamaan, *sharing* informasi dan dukungannya;
7. Ibu Rahayu yang senantiasa membantu dan memberikan informasi selama perkuliahan;
8. Pegawai di Puskesmas Gayungan, Puskesmas Keputih dan Puskesmas Sawah Pulo atas ketersediaan menjadi responden;

9. Mbak nanin dan mas abi sebagai teman diskusi selama menyelesaikan penyusunan tesis ini;
10. Semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penyusunan laporan tesis ini sehingga penulis berharap penelitian yang dilakukan dalam tesis ini dapat dikembangkan menjadi lebih baik lagi pada penelitian selanjutnya. Semoga laporan tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pihak yang membacanya.

Surabaya, Agustus 2020

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN TESIS .....**Error! Bookmark not defined.**
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TESIS iii
ABSTRAK v
ABSTRACT vii
KATA PENGANTAR ix
DAFTAR ISI xi
DAFTAR TABEL xv
DAFTAR GAMBAR xvii
BAB 1 PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 6
1.3 Tujuan Penelitian 7
1.4 Manfaat Penelitian 7
1.5 Batasan Penelitian 7
1.6 Sistematika Penulisan 8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 9
2.1 Konsep Mengenai Puskesmas 9
2.2 Konsep Kesehatan dan Keselamatan Kerja Di Puskesmas 14
2.3 *Behavioral Habit* 15
2.4 *Safety Motivation* 16
2.5 *Safety Climate* 17
2.6 *Empowerment Leadership* 18
2.7 *Knowledge Sharing* 19
2.8 *Safety Behavior* 20
2.9 *Partial Least Square - Structural Equation Modeling* (PLS-SEM) 21
2.10 Posisi Penelitian 23
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN 31
3.1 Diagram Alur Penelitian 31
3.2 Studi literatur dan Lapangan 32
3.3 Perumusan Masalah dan Tujuan 33

3.4 Identifikasi Variabel dan Penentuan Indikator 33
3.5 Pembuatan Model dan Hipotesis 36
3.6 Penyusunan Kuesioner 38
3.7 Penentuan Sampel dan Penyebaran Kuesioner 39
3.8 Pengukuran *Measurement Model* 40
3.9 Pengujian *Structural Model* 41
3.10 Pembahasan Hasil Penelitian 41
3.11 Kesimpulan dan Saran 42
BAB 4 HASIL PENELITIAN 43
4.1 Karakteristik Responden 43
4.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin 43
4.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan 44
4.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja 45
4.2 Hasil Pengujian Terhadap *Reflective Measurement Models* 45
4.2.1 Hasil Pengujian *Indicator Loadings* 46
4.2.2 Hasil Pengujian *Internal Consistency Reliability* 47
4.2.3 Hasil Pengujian *Convergent Validity* 48
4.4.4 Hasil Pengujian *Discriminant Validity* 49
4.3 Hasil Pengujian Terhadap *Formative Measurement Model* 51
4.3.1 Hasil Pengujian *Collinearity* (*Outer Model*) 51
4.3.2 Hasil Pengujian *Significance and Relevance of Indicator Weights* 52
4.4 Hasil Pengujian *Structural Model* 54
4.4.1 Hasil Pengujian *Collinearity* (*Inner Model*) 54
4.4.2 Hasil Pengujian *Coefficient of Determination* (R^2 *value*) 55
4.4.3 Hasil Pengujian f^2 *effect size* 56
4.4.4 Hasil Pengujian *Predictive Relevance* (Q^2 *value*) 57
4.4.5 Hasil Pengujian q^2 *effect size* 57
4.4.6 Hasil Pengujian Hipotesis 58

4.4.7 Hasil Pengujian *Mediating Effect* 59
4.4.8 Diagram Akhir Pengembangan Model..... 59
BAB 5 PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN..... 63
5.1 Pembahasan Mengenai Karakteristik Responden 63
5.1.1 Pembahasan Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin 63
5.1.2 Pembahasan Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan .. 63
5.1.3 Pembahasan Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja..... 64
5.2 Pembahasan Mengenai *Reflective Measurement Models* 64
5.2.1 Pembahasan Hasil Pengujian *Indicator Loadings* 65
5.2.2 Pembahasan Hasil Pengujian *Internal Consistency Reliability* 65
5.2.3 Pembahasan Hasil Pengujian *Convergent Validity*..... 67
5.2.3 Pembahasan Hasil Pengujian *Discriminant Validity* 67
5.3 Pembahasan Mengenai *Formative Measurement Models*..... 69
5.3.1 Pembahasan *Collinearity* 69
5.3.2 Pembahasan *Significance and Relevance of Indicator Weights*..... 69
5.4 Pembahasan Mengenai *Structural Models*..... 70
5.5 Implikasi Manajerial 75
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN 79
6.1 Kesimpulan 79
6.2 Saran..... 79
DAFTAR PUSTAKA 81
LAMPIRAN..... 89
BIODATA PENULIS 99

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Kejadian Kecelakaan Kerja Di Puskesmas 3
Tabel 2.1 Posisi Penelitian 24
Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian..... 34
Tabel 3.2 Indikator Setiap Variabel Penelitian 34
Tabel 3.3 Hipotesis Penelitian..... 37
Tabel 3.4 Keterangan Nilai Dalam Skala Likert 39
Tabel 3.5 Kriteria *Reflective Measurement Model*..... 40
Tabel 3.6 Kriteria *Formative Measurement Model* Menurut Hair et al. (2017)41
Tabel 3.7 Kriteria *Structural Model* Menurut Hair et al. (2017)..... 41
Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.... 43
Tabel 4.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan.. 44
Tabel 4.3 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja.... 45
Tabel 4.4 Nilai *Indicator Loadings* 46
Tabel 4.5 Hasil Pengujian *Cronbach's Alpha* 47
Tabel 4.6 Hasil Pengujian *Composite Reliability* 47
Tabel 4.7 Hasil Pengujian rho_A 48
Tabel 4.8 Hasil Pengujian *Convergent Validity* 48
Tabel 4.9 Hasil Pengujian *Cross-Loading* 49
Tabel 4.10 Hasil Pengujian Kriteria Fornell-Larcker..... 50
Tabel 4.11 Hasil Pengujian *Heterotrait-Monotrait Ratio* (HTMT) 50
Tabel 4.12 Hasil Pengujian *Confidence Intervals Bias Corrected* 51
Tabel 4.13 Hasil Pengujian *Collinearity* 52
Tabel 4.14 Hasil Pengujian *Significance of Indicator Weights*..... 52
Tabel 4.14 Hasil Pengujian *Significance of Indicator Weights* (Lanjutan)..... 53
Tabel 4.15 Hasil Pengujian *Relevance of Indicator Weights* 53
Tabel 4.16 Hasil Pengujian *Collinearity* Pada *Inner Model* 54
Tabel 4.17 Hasil Pengujian *Coefficient of Determination* 55
Tabel 4.18 Hasil Pengujian Terhadap f^2 *effect size* 56
Tabel 4.19 Hasil Pengujian *Predictive Relevance* 57
Tabel 4.20 Hasil Pengujian Terhadap q^2 *effect size* 57

Tabel 4.21 Hasil Pengujian Hipotesis 58
Tabel 4.22 Hasil Pengujian *Specific Indirect Effect* 59

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Diagram Alur Penelitian 31
Gambar 3.2 Kerangka Model *Safety Behavior* yang Akan Dikembangkan 36
Gambar 4.1 *Path Coefficient* Model Struktural 60
Gambar 4.2 Hasil Pengujian Hipotesis Pada Model Awal 60
Gambar 4.3 Hasil Akhir Pengembangan Model 60

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

BAB 1
PENDAHULUAN

Pada bab pendahuluan ini akan dijelaskan mengenai latar belakang yang menjadi dasar penelitian, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, batasan penelitian, dan sistematika penulisan.

1.1 Latar Belakang

Pusat kesehatan masyarakat atau yang lebih dikenal dengan sebutan Puskesmas merupakan salah satu pelayanan dalam bidang kesehatan yang terdapat di Indonesia. Puskesmas mempunyai peranan penting dalam pembangunan kesehatan dan pemerataan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan yang aman, bermutu serta mudah dijangkau oleh siapapun karena upaya kegiatan kesehatan yang dilakukan bersifat menyeluruh dan terpadu baik promotif, preventif, kuratif juga rehabilitatif (Azwar, 1996; Ulumiyah, 2018). Hal ini sejalan dengan amanat yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan PERMENKES Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat yang menerangkan bahwa dalam rangka peningkatan kualitas derajat kesehatan masyarakat suatu negara maka diperlukan peningkatan pada beberapa hal penting seperti aksesibilitas, keterjangkauan dan kualitas pelayanannya. Dengan adanya upaya peningkatan kesehatan tersebut, diharapkan dapat berdampak positif terhadap kualitas pembangunan sumber daya manusia. Hal ini sejalan dengan Ratnawati (2018) yang menjelaskan bahwa kesehatan dapat menjadi investasi yang penting untuk dilakukan dalam rangka meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) yang ada sehingga dapat lebih produktif.

Sumber daya manusia yang bekerja di lingkungan Puskesmas berdasarkan PERMENKES Nomor 75 Tahun 2014 dapat dikategorikan menjadi dua yaitu tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. SDM yang dapat dikategorikan ke dalam tenaga kesehatan meliputi dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga laboratorium medik, tenaga gizi, serta tenaga kefarmasian. Sedangkan untuk SDM yang dapat dikategorikan menjadi tenaga non kesehatan adalah tenaga bagian ketatausahaan

(TU), tenaga administrasi keuangan, tenaga sistem informasi (TI), dan tenaga pendukung kegiatan operasional lainnya yang dibutuhkan oleh Puskesmas. Semua SDM yang bekerja di lingkungan Puskesmas mempunyai peranan yang sama dalam menjaga keselamatan dan berperilaku aman saat bekerja untuk meminimalisir terjadinya kecelakaan saat bekerja baik kecelakaan medis maupun non medis.

Kecelakaan medis merupakan salah satu jenis kecelakaan kerja yang dapat terjadi pada sektor kesehatan. Al-Bsheish et al. (2019) menyebutkan bahwa risiko kecelakaan kerja pada pegawai yang bekerja pada sektor kesehatan memang cukup tinggi. Berdasarkan data yang dihimpun oleh *Massachusetts Department of Public Health* (2017) disebutkan bahwa jumlah kecelakaan akibat terkena benda tajam dari tahun 2002 – 2015 pada pegawai yang bekerja di sektor kesehatan adalah sebanyak 43.117 kejadian dengan rincian sebagai berikut: sebanyak 16.133 terjadi pada perawat, 15.447 terjadi pada dokter, 7.717 terjadi pada teknisi, 1.748 terjadi pada pegawai pendukung pelayanan kesehatan dan 2.072 sisanya terjadi pada pegawai lainnya selain yang disebutkan sebelumnya. Goniewicz et al. (2012) menjelaskan bahwa kecelakaan akibat benda tajam salah satunya dapat diakibatkan oleh penggunaan jarum suntik. Risiko kecelakaan tersebut dapat terjadi pada saat melakukan beberapa aktivitas seperti injeksi intramuskular atau subkutan, pengambilan sampel darah atau selama *intravenous cannulation* dan aktivitas berulang dalam mengganti tutup pada jarum yang sudah digunakan.

Potensi risiko yang dapat muncul karena tertusuk jarum suntik adalah kemungkinan untuk terpapar salah satu jenis penyakit berbahaya yang menyebar melalui cairan dari tubuh pasien. Bahkan cedera ringan akibat tertusuk jarum suntik ini dapat membawa risiko penyebaran kurang lebih 20 jenis patogen berbahaya bagi orang yang terkena (Joukar et al., 2018). Beberapa jenis patogen yang dapat ditularkan melalui darah adalah malaria, sifilis, tuberkulosis, herpes, difteri, HBV, HCV bahkan sampai dengan HIV/AIDS. Adapun risiko terpapar jenis patogen berbahaya seperti HBV, HCV dan HIV/AIDS dari total kejadian pada pegawai yang bekerja dalam sektor kesehatan, dapat diestimasikan bahwa sekitar 37% dapat terpajan HBV, 39% dapat terpajan HCV dan 4,4% dapat terpajan HIV/AIDS (Prüss-Ustün et al., 2005).

Jenis kecelakaan kerja lainnya yang dapat terjadi pada pegawai di sektor kesehatan adalah cedera karena terpeleset (*slip*), tersandung (*trip*) dan terjatuh (*fall*). Data mengenai kecelakaan kerja pada sektor kesehatan di Indonesia secara umum memang belum tercatat dengan baik (Putri et al., 2018) dan sangat sedikit data yang bisa diakses terutama mengenai jumlah kejadian kecelakaan kerja yang terjadi di Puskesmas. Surbakti, et al. (2018) menyebutkan bahwa jenis kecelakaan kerja yang dapat terjadi terhadap pegawai Puskesmas antara lain yaitu tertusuk jarum suntik (71,43%); terpeleset (57,14%); dan terantuk atau tertabrak (71,43%). Pada penelitian ini akan dilakukan studi lapangan untuk melihat seberapa besar kejadian kecelakaan kerja yang dapat terjadi pada pegawai Puskesmas. Sebagai langkah awal, pengambilan data ini dilakukan terhadap pegawai Puskesmas Berdasarkan rekapitulasi angket yang telah disebarkan di Puskesmas, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 1.1 Kejadian Kecelakaan Kerja Di Puskesmas

No	Jenis Kecelakaan Kerja	Jumlah	Persentase (%)
1	Tertusuk jarum suntik	18	17,65
2	Tertusuk benda tajam lainnya	17	16,67
3	Terpeleset (*slip*)	25	24,51
4	Tersandung (*trip*)	33	32,35
5	Terjatuh (*fall*)	9	8,82
Total		**102**	**100,00**

Sumber: Data yang diolah, 2020

Berdasarkan hasil yang ditampilkan pada tabel 1.1 di atas, dapat diketahui bahwa jenis kecelakaan kerja yang paling banyak dialami di Puskesmas adalah tersandung (*trip*) dengan persentase dari total kejadian kecelakaan kerja sebesar 32,35%. Secara berurutan, kejadian kecelakaan kerja pada pegawai Puskesmas yaitu terpeleset/ *slip* (24,51%), tertusuk jarum suntik (17,65%), tertusuk benda tajam lainnya (16,67%) dan terjatuh/ *fall* (8,82%). Meskipun jenis kecelakaan kerja tertinggi yang dapat terjadi di lingkungan Puskesmas bukan disebabkan karena tertusuk jarum suntik melainkan disebabkan oleh tersandung (*trip*), kejadian ini tidak dapat dipandang sebelah mata. Jenis kecelakaan kerja yang masuk dalam kategori STF ini dapat mengakibatkan beberapa kerugian seperti hilangnya waktu

kerja, pengurangan produktivitas, klaim asuransi kesehatan yang membengkak dan berkurangnya kemampuan dalam melayani pasien (Bell et al., 2010). Berdasarkan data yang dikutip oleh Bell et al. (2010) dari US *Bureau of Labor Statistic* menyebutkan bahwa *incident rate* dari hilangnya waktu kerja akibat kejadian *slip, trip,* dan *fall* (STF) berada pada kisaran 38,2 setiap 10.000 pegawai dimana angka ini 90% lebih besar dari rata-rata *incident rate* industri lainnya yang berada pada kisaran 20,1 setiap 10.000 pegawai. Kecelakaan yang diakibatkan oleh STF ini menempati posisi kedua (25% dari total kecelakaan kerja) setelah kecelakaan kerja yang dibakibatkan oleh *overexertion*.

Adanya potensi risiko kecelakaan kerja yang dapat terjadi di puskesmas seperti disebutkan sebelumnya, dapat menunjukkan bahwa upaya dalam meningkatkan *safety* pada pegawai masih sangat diperlukan. Hal ini sejalan dengan kebijakan yang diatur dalam PERMENKES Nomor 52 Tahun 2018 mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, tindakan *safety* merupakan salah satu faktor penting dalam meningkatkan mutu pelayanan serta dapat menciptakan tempat kerja yang sehat, selamat, aman dan nyaman. Berdasarkan kebijakan tersebut, puskesmas sebagai salah satu fasilitas yang menyediakan pelayanan kesehatan tingkat pertama seharusnya mempunyai perhatian yang cukup besar terhadap pelaksanaan K3. Salah satu upaya yang dapat dilakukan dalam meningkatkan *safety* adalah menerapkan *safety behavior* (Lee et al., 2019) di lingkungan puskesmas. Hal ini dikarenakan *unsafe behavior* telah terbukti dapat menyebabkan insiden kecelakaan kerja maupun cedera (Tong et al., 2020). Namun demikian, kajian mengenai K3 di puskesmas masih belum banyak dilakukan terutama kajian yang membahas tentang *safety behavior* pegawai puskesmas, sehingga penelitian ini dilakukan untuk melengkapi hal tersebut.

Safety behavior merupakan cerminan dari tindakan keselamatan yang dilakukan oleh individu di lingkungan dia bekerja (Beus et al., 2016). Sehingga dengan meningkatkan performa dari *safety behavior* diharapkan dapat meningkatkan keamanan pada pasien dan dapat mengurangi kelalaian saat bekerja. Hal ini dikarenakan *safety behavior* dapat meningkatkan kewaspadaan untuk melakukan tindakan aman (Lee et al., 2019). Beberapa variabel yang dapat berpengaruh terhadap *safety behavior* diantaranya adalah *behavioral habit* (Liu et

al., 2019), *safety motivation* (Chen dan Chen, 2014; Surbakti et al., 2018), *safety climate* (Ji et al., 2019), *empowerment leadership* dan *knowledge sharing* (Lee et al., 2019). *Behavioral habit* dapat dijelaskan sebagai perilaku tertentu yang telah berkembang menjadi kebiasaan di tempat kerja. Seseorang cenderung membangun sebuah kebiasaan sebagai cara untuk mengurangi upaya kognitif yang diperlukan dalam berperilaku (Fischer dan Frewer, 2008; Feng et al., 2017). Kondisi kebiasaan ini terjadi dikarenakan oleh perilaku yang dilakukan secara berulang dalam periode tertentu (Liu et al., 2019). Dengan adanya *behavioral habit* ini dapat mempermudah pegawai di Puskesmas untuk melakukan tindakan aman sesuai SOP yang berlaku karena telah menjadi kebiasaan.

Variabel selanjutnya yang dapat berpengaruh terhadap *safety behavior* adalah *safety motivation* dan *safety climate. Safety motivation* dapat dijelaskan sebagai motif atau dorongan yang berasal dari diri sendiri yang dapat menyebabkan seseorang bersedia melakukan suatu perilaku aman sebagai tendensinya terhadap *safety behavior* di lingkungan kerja (Neal dan Griffin, 2006; Surbakti, 2018). Surbakti (2018) menjelaskan bahwa motivasi mempunyai hubungan yang positif dengan perilaku aman pada pegawai di Puskesmas. Semakin tinggi motivasi terhadap tingkat keselamatan dalam bekerja (*safety motivation*) maka semakin meningkatkan upaya mereka untuk berperilaku secara aman (*safety behavior*). Pegawai yang termotivasi untuk menjaga keselamatannya saat bekerja cenderung akan terlibat untuk melakukan *safety behavior* (Chen dan Chen, 2014). Sedangkan untuk *safety climate* dapat diartikan sebagai iklim organisasi yang berfokus pada keselamatan di lingkungan kerja (Neal et al., 2000). Dengan adanya kondisi *safety climate* yang baik dalam lingkungan kerja maka semakin meningkatkan peluang dalam menjaga keselamatan para pegawainya (Ji et al., 2019) dan diharapkan dapat mengurangi potensi risiko kecelakaan saat bekerja (Lu et al., 2017). *Safety climate* dapat dilihat dari perasaan aman yang dirasakan pegawai saat bekerja, kesadaran pegawai untuk melakukan tindakan aman dalam bekerja serta persepsi pegawai mengenai kebijakan dan upaya penerapan keselamatan di tempat kerjanya (Lee et al., 2019).

Lee et al (2019) juga menyebutkan bahwa *empowerment leadership* dan *knowledge sharing* dapat berpengaruh terhadap *safety behavior*. *Empowerment*

leadership dapat didefinisikan sebagai upaya pembinaan yang dilakukan oleh pimpinan kepada para anggota yang berada di bawah kepemimpinannya. Hal ini dapat ditunjukkan oleh pimpinan kepada pegawainya melalui aktivitas seperti memberikan perhatian dan saling berinteraksi antara satu dengan yang lain, memberikan contoh, dan memberikan kesempatan kepada pegawainya untuk menyampaikan ide maupun saran (Srivastava et al., 2006). Dengan pelaksanaan *empowerment leadership* yang tepat di Puskesmas, maka akan dapat meningkatkan hubungan antara pimpinan Puskesmas dengan pegawai yang berada di bawahnya. Pimpinan Puskesmas dapat mendorong penerapan *safety behavior* pada pegawainya dengan lebih mudah karena adanya contoh yang lebih nyata. Hal ini dapat dilihat dari perilaku aman yang dilakukan secara bersama, baik dari pimpinan Puskesmas maupun pegawainya. *Knowledge sharing* dapat dijelaskan sebagai proses berbagi informasi dan pengalaman antara satu orang dengan orang lainnya. Kemauan untuk berbagi ini secara langsung akan memotong rantai panjang yang dibutuhkan dalam mendapatkan informasi tertentu. Ditambah dengan adanya berbagi pengalaman maka diharapkan dapat mengurangi kesalahan yang dapat terjadi pada orang lain. Di Puskesmas proses *knowledge sharing* ini dapat dilakukan antara pimpinan Puskesmas dengan pegawai dibawah kepemimpinannya maupun antara satu pegawai dengan pegawai lainnya.

Berdasarkan uraian di atas, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui model hubungan keterkaitan antara variabel *behavioral habit*, *safety motivation*, *safety climate*, *empowerment leadership* dan *knowledge sharing* terhadap *safety behavior* pada pegawai yang bekerja di Puskesmas. Untuk menganalisis model hubungan yang akan dikembangkan dalam penelitian ini, metode yang digunakan adalah *partial least square – structural equation modeling* (PLS – SEM). Model yang dikembangkan dalam penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan variabel apa saja yang dapat mempengaruhi perilaku aman pada pegawai sehingga dapat menjadi referensi untuk meningkatkan upaya penerapan K3 di Puskesmas.

1.2 Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang akan dikaji dalam penelitian ini adalah mengembangkan model dari variabel *behavioral habit*, *safety motivation*, *safety*

climate, *empowerment leadership* dan *knowledge sharing* dalam mempengaruhi *safety behavior* sebagai upaya untuk menerapkan keselamatan dan kesehatan kerja di Puskesmas.

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menganalisis variabel yang berpengaruh terhadap *safety behavior* sebagai upaya dalam menerapkan keselamatan dan kesehatan kerja di Puskesmas;
2. Mengembangkan model *safety behavior* sebagai upaya dalam menerapkan keselamatan dan kesehatan kerja di Puskesmas.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan *safety behavior* di puskesmas;
2. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi referensi bagi pembuat kebijakan terkait manajemen keselamatan dan kesehatan kerja di puskesmas sehingga dapat menekan potensi kecelakaan kerja.

1.5 Batasan Penelitian

Adapun batasan masalah yang akan digunakaan pada penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Penelitian dilakukan pada tiga puskesmas yaitu Puskesmas Keputih (Paripurna), Puskesmas Gayungan (Utama), dan Puskesmas Sawah Pulo (Madya). Ketiga puskesmas tersebut dipilih berdasarkan hasil penilaian akreditasi puskesmas;
2. Pegawai yang menjadi responden penelitian adalah semua tenaga kesehatan di puskesmas kecuali tenaga kesehatan yang merangkap sebagai kepala puskesmas.

1.6 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan yang akan digunakan adalah sebagai berikut:

BAB 1 PENDAHULUAN

Pada bab 1 yang merupakan pendahuluan ini akan membahas mengenai latar belakang dilakukan penelitian, rumusan masalah, tujuan penelitian yang ingin dicapai, manfaat penelitian, batasan penelitian serta sistematika penulisan yang akan digunakan.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan berisi tinjauan pustaka yang berupa referensi yang dapat menunjang penelitian ini. Referensi yang digunakan dapat diperoleh dari jurnal penelitian sebelumnya, buku, internet, dan artikel.

BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab 3 akan membahas mengenai metodologi penelitian yang meliputi: tahapan dalam melakukan penelitian, hipotesis penelitian, metode pengumpulan dan analisis data.

BAB 4 HASIL PENELITIAN

Pada bab 4 akan berisi mengenai data yang diperoleh selama penelitian. Data yang diperoleh dapat disajikan dalam bentuk tabel dan grafik yang disertai dengan deskripsi untuk menjelaskan maksud dari data yang ditampilkan.

BAB 5 PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

Pada bab 5 ini akan membahas lebih lanjut terkait hasil penelitian untuk menginterpretasikan data yang diperoleh selama penelitian.

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab 6 ini akan berisi mengenai kesimpulan yang diperoleh dari penelitian yang dilakukan serta saran untuk penelitian selanjutnya.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab tinjauan pustaka ini akan dijelaskan mengenai literatur yang digunakan dalam mendukung penelitian. Adapun tinjauan pustaka yang digunakan yaitu konsep mengenai Puskesmas, konsep K3 di Puskesmas, *behavioral habit*, *safety motivation*, *safety climate*, *safety behavior*, *empowerment leadership*, *knowledge sharing* dan PLS-SEM.

2.1 Konsep Mengenai Puskesmas

Pusat kesehatan masyarakat atau yang lebih dikenal dengan sebutan Puskesmas merupakan salah satu unit pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat secara luas. Sejak diperkenalkan pada tahun 1968, Puskesmas telah menjadi penggerak dalam hal pelayanan kesehatan dasar (Bappenas, 2018). Dalam satu kecamatan minimal ada satu Puskesmas induk, namun jika cakupan wilayah kerja Puskesmas tersebut sangat luas maka dalam satu kecamatan bisa lebih dari satu Puskesmas induk. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas bersifat berkesinambungan, terpadu dan bermutu dengan biaya terjangkau. Hal ini menjadikan Puskesmas memegang peranan penting sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat (Radito, 2014).

Menurut Notoatmodjo (2007), Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Sedangkan pengertian menurut PERMENKES Nomor 75 Tahun 2014, Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pada cakupan wilayahnya dengan menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP). Dari dua definisi yang telah disebutkan sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa pengertian dari Puskesmas adalah unit pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi dalam menyelenggarakan UKM dan UKP termasuk di dalamnya pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Jenis pelayanan yang termasuk dalam UKM dapat dibedakan menjadi dua yaitu UKM esensial dan UKM pengembangan. Pelayanan yang terdapat dalam UKM esensial meliputi promosi kesehatan; kesehatan lingkungan; kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana (KB); gizi serta pencegahan dan pengendalian penyakit. Pelayanan yang terdapat dalam UKM pengembangan tergantung kebutuhan dari masyarakat yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas. Contohnya: untuk Puskesmas yang dalam wilayah kerjanya terdapat kawasan industri maka UKM pengembangan yang dapat dilakukan adalah pelayanan kesehatan kerja. Adapun wewenang dalam menjalankan fungsi Puskesmas, peralatan kesehatan yang digunakan oleh Puskesmas dan SDM pada Puskesmas telah diatur berdasarkan PERMENKES Nomor 75 Tahun 2014.

Wewenang Puskesmas dalam menjalankan fungsinya adalah sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan UKM

   Wewenang yang dimiliki Puskesmas untuk menyelenggarakan kegiatan berbasis UKM meliputi:

   a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan dan kebutuhan akan pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat yang berada pada cakupan wilayah kerjanya;
   b. Melakukan advokasi dan sosialisasi mengenai kebijakan kesehatan;
   c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
   d. Menggerakkan masyarakat agar dapat mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan yang terdapat di lingkungannya yang bekerja sama dengan lintas sektor;
   e. Meningkatkan kompetensi SDM Puskesmas;
   f. Membina jaringan pelayanan dan UKM;
   g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
   h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses, mutu serta cakupan pelayanan kesehatan;

i. Memberikan rekomendasi terhadap masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat termasuk kewaspadaan dini dan respon pada penanggulangan penyakit.

2. Menyelenggarakan UKP

   Wewenang yang dimiliki puskesmas untuk menyelenggarakan kegiatan berbasis UKP meliputi:

   a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan berbasis upaya promotif dan preventif;
   b. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
   c. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
   d. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
   e. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama baik secara inter (sesama) maupun antar profesi;
   f. Melaksanakan rekam medis;
   g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap mutu dan akses terhadap pelayanan kesehatan;
   h. Melaksanakan peningkatan kompetensi pada tenaga kesehatan;
   i. Mengkoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya;
   j. Melaksanakan pemilihan dan penyaringan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

Peralatan kesehatan yang digunakan pada puskesmas harus memenuhi syarat berikut ini:

1. Memiliki standar mutu, keamanan dan keselamatan sesuai dengan peraturan yang berlaku;
2. Mempunyai surat izin edar sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
3. Telah lulus uji dan kalibrasi yang dilakukan oleh instansi yang berwenang;

Jenis SDM yang berada dalam Puskesmas dapat dibedakan menjadi dua kategori yaitu tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas minimal terdiri dari: dokter atau dokter layanan primer, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi dan tenaga kefarmasian. Semua tenaga kesehatan yang bekerja di lingkungan Puskesmas harus mempunyai surat izin praktik sesuai dengan peraturan yang berlaku. Sedangkan ketentuan untuk jenis tenaga non kesehatan yang bekerja di Puskesmas meliputi: tenaga penunjang ketatausahaan, tenaga administrasi keuangan, tenaga sistem informasi, dan tenaga penunjang operasional lain yang dibutuhkan oleh Puskesmas. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas maka semua SDM yang terdapat di dalamnya harus bekerja sesuai standar profesi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP), etika profesi, menghormati hak pasien dan sangat penting untuk mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien dengan memperhatikan keselamatan dan kesehatan dirinya saat bekerja. Oleh karena itu, sejak tahun 2015 telah dilakukan penilaian akreditasi untuk mengetahui kualitas mutu dan sistem pelayanan di puskesmas.

Tujuan lain dari akreditasi ini adalah pembinaan berkelanjutan kepada puskesmas dalam memperbaiki sistem pelayanan dan kinerjanya sehingga lebih fokus pada kebutuhan masyarakat, keselamatan dan manajemen risiko. Penilaian akreditasi dilakukan oleh komisi akreditasi terhadap puskesmas atau lembaga independen yang dibentuk oleh menteri kesehatan berdasarkan standar akreditasi puskesmas. Standar akreditasi puskesmas berdasarkan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar tahun 2015 terdiri dari 776 elemen penilaian yang dituangkan ke dalam 9 bab yaitu sebagai berikut:

1. Bab 1 membahas mengenai penyelenggaraan pelayanan puskesmas dengan 59 elemen penilaian
2. Bab 2 membahas mengenai kepemimpinan dan manajemen puskesmas dengan 121 elemen penilaian
3. Bab 3 membahas mengenai peningkatan mutu dan manajemen risiko dengan 32 elemen penilaian

4. Bab 4 membahas mengenai upaya puskesmas yang berorientasi sasaran dengan 53 elemen penilaian
5. Bab 5 membahas mengenai kepemimpinan dan manajemen upaya puskesmas dengan 101 elemen penilaian
6. Bab 6 membahas mengenai sasaran kinerja UKM dengan 29 elemen penilaian
7. Bab 7 membahas mengenai layanan klinin yang berorientasi pasien dengan 151 elemen penilaian
8. Bab 8 membahas mengenai manajemen penunjang layanan klinis dengan 172 elemen penilaian
9. Bab 9 membahas mengenai peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien dengan 58 elemen penilaian

Berdasarkan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar tahun 2015, metode penilaian akreditasi yang digunakan adalah dengan menilai capaian setiap elemen penilaian dengan kriteria sebagai berikut:

1. Terpenuhi : pencapaian elemen penilaian ≥ 80% dan telah dilaksanakan (nilai 10)
2. Terpenuhi sebagian : pencapaian elemen penilaian 20% - 79% atau ≥ 80% tetapi belum dilaksanaka (nilai 5)
3. Tidak terpenuhi : pencapaian elemen penilaian < 20% (nilai 0)

Penetapan keputusan akreditasi puskesmas berdasarkan Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar tahun 2015 adalah sebagai berikut:

1. Tidak terakreditasi : pencapaian nilai bab 1-2 < 75%; bab 4, 5, 7 < 60% dan bab 3, 6, 8, 9 < 20%
2. Dasar : pencapaian nilai bab 1-2 ≥ 75%; bab 4, 5, 7 ≥ 60% dan bab 3, 6, 8, 9 ≥ 20%
3. Madya : pencapaian nilai bab 1, 2, 4, 5 ≥ 75%; bab 7-8 ≥ 60% dan bab 3, 6, 9 ≥ 40%
4. Utama : pencapaian nilai bab 1, 2, 4, 5, 7, 8 ≥ 80%; bab 3, 4, 9 ≥ 60% dan bab 3, 6, 9 ≥ 40%
5. Paripurna : pencapaian nilai semua bab ≥ 80%

2.2 Konsep Kesehatan dan Keselamatan Kerja Di Puskesmas

Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan dasar mempunyai tanggung jawab dalam menjaga keselamatan pasien serta menerapkan keselamatan dan kesehatan kerja untuk menjaga kondisi pegawainya. Kebijakan pemerintah yang mengatur mengenai keselamatan pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan telah tertuang dalam PERMENKES Nomor 11 Tahun 2017. Dalam peraturan tersebut yang dimaksud dengan keselamatan pasien adalah "Suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil". Upaya untuk menjaga keselamatan pasien dapat dilakukan dengan tujuh langkah yaitu: (1) membangun kesadaran mengenai nilai keselamatan pasien, (2) memimpin dan mendukung staf, (3) mengintegrasikan segala aktivitas yang berhubungan dengan pengelolaan risiko, (4) mengembangkan sistem pelaporan, (5) melibatkan serta melakukan komunikasi yang baik dengan pasien, (6) melakukan kegiatan berbagi informasi dan belajar dari pengalaman sebelumnya mengenai keselamatan pasien, dan terakhir (7) mencegah cedera melalui implementasi keselamatan pasien. Dalam mencapai tujuh langkah seperti yang telah disebutkan sebelumnya untuk fasilitas pelayanan tingkat dasar seperti Puskesmas maka aktivitas komunikasi dan kerja sama lintas bidang dan sektor baik secara internal maupun eksternal sangat diperlukan karena fungsi utama dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas mencakup pelayanan terhadap masyarakat maupun pelayanan bagi individu (personal).

Konsep keselamatan dan kesehatan kerja (K3) di Puskesmas mengacu pada kebijakan pemerintah yang tertuang dalam PERMENKES Nomor 52 Tahun 2018. Pada peraturan tersebut mengatur mengenai K3 pada fasilitas pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya Puskesmas. Berdasarkan peraturan tersebut Puskesmas merupakan tempat kerja yang mempunyai risiko terhadap kecelakaan kerja sehingga wajib menyelenggarakan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja (SMK3) di dalamnya. Penerapan SMK3 ini bertujuan untuk

menciptakan lingkungan kerja yang sehat, aman, nyaman serta selamat. Beberapa hal dalam penerapan SMK3 di Puskesmas meliputi sebagai berikut:

1. Penetapan kebijakan K3

   Merupakan keputusan pimpinan Puskesmas berkaitan dengan K3 yang kemudian disosialisasikan kepada semua pegawai yang bekerja di bawah kepemimpinannya.

2. Perencanaan K3

   Berhubungan dengan manajemen risiko K3, peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya yang dilakukan oleh Puskesmas.

3. Pelaksanaan rencana K3

   Harus disesuaikan dengan standar yang berlaku dan didukung dengan SDM yang memadai di dalam Puskesmas.

4. Pemantauan dan evaluasi kinerja K3

   Dilakukan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran serta audit internal seperti misalnya pelaksanaan akreditasi pada Puskesmas.

5. Peninjauan dan peningkatan kinerja K3

   Meliputi segala kebijakan, perencanaan, pelaksanaan serta pemantuan dan evaluasi yang dilakukan di Puskesmas.

Pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan K3 di Puskesmas dapat dilakukan melalui beberapa hal seperti berikut ini:

1. Melakukan advokasi, sosialisasi serta bimbingan teknis di dalam lingkungan Puskesmas;
2. Melakukan pelatihan dan peningkatan kapasitas SDM terhadap pemahaman K3 di Puskesmas;
3. Melakukan monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan.

2.3 *Behavioral Habit*

Seseorang cenderung membangun sebuah kebiasaan sebagai cara untuk mengurangi upaya kognitif yang diperlukan dalam berperilaku (Fischer dan Frewer, 2008; Feng et al., 2017). Ciri khas yang terdapat pada suatu kebiasaan adalah adanya tindakan berulang (*repetitive*) terhadap suatu perilaku tertentu saat

melakukan aktivitas (Liu et al., 2019). Aarts dan Dijksterhuis (2000) menyebutkan bahwa ketika suatu perilaku telah dilakukan berulang kali di masa lampau maka perilaku tersebut di masa mendatang akan dilakukan secara otomatis. *Behavioral habit* dapat dijelaskan sebagai perilaku tertentu yang telah berkembang menjadi kebiasaan di tempat kerja.. Kondisi kebiasaan ini terjadi dikarenakan oleh perilaku yang dilakukan secara berulang dalam periode tertentu (Liu et al., 2019).

Liu et al. (2019) menyebutkan terdapat tiga indikator yang dapat digunakan untuk mengukur suatu *behavioral habit* seseorang di tempat kerja. Adapun ketiga indikator tersebut adalah sebagai berikut:

1. *History of repetition*

   Semakin banyak frekuensi seseorang melakukan perilaku tertentu maka semakin besar juga perilaku tersebut menjadi kebiasaan (Verplanken dan Orbell, 2003).

2. *Automaticity*

   Kondisi dimana seseorang secara otomatis melakukan perilaku tertentu di tempat kerjanya sehingga biasanya perilaku yang dilakukan secara otomatis ini dapat berdampak positif terhadap efisiensi suatu pekerjaan (Verplanken dan Orbell, 2003).

3. *Expressing identity*

   Kebiasaan dapat mencerminkan perilaku seseorang dalam bekerja. Walaupun tidak mengungkapkan secara detail bagaimana identitas seseorang akan tetapi dapat menjadi gambaran bagaimana orang tersebut bertindak sesuai dengan perilaku yang seharusnya dilakukan di lingkungan kerja (Trafimow dan Wyer, 1993; Verplanken dan Orbell, 2003).

2.4 *Safety Motivation*

Klein (1989) menjelaskan bahwa motivasi yang dimiliki oleh manusia merupakan proses psikologis yang terjadi secara internal (dalam diri manusia itu sendiri) dimana hal tersebut menyebabkan seseorang untuk berinisiasi, mengarahkan, mendorong secara intens dan terus menerus dalam melakukan suatu perilaku tertentu. Dalam menilai motivasi seseorang dapat dilihat dari tingkat keyakinannya (*belief*), nilai yang dianutnya (*value*) dan tujuan yang ingin dicapai

(*goal*) saat melakukan perilaku tertentu (Eccles dan Wigfield, 2002; Nykanen et al., 2019). Dalam kaitannya dengan konsep *safety*, *safety motivation* menjelaskan alasan seseorang untuk memilih terlibat dalam kegiatan yang berhubungan dengan keselamatan dan seberapa besar keyakinan mereka untuk melakukan *safety behavior* tersebut di lingkungan kerjanya (Nykanen et al., 2019). Neal dan Griffin (2006) mendefinisikan *safety motivation* sebagai kesediaan seseorang untuk berupaya dalam melakukan perilaku aman dan segala hal yang berhubungan dengan perilaku tersebut.

Sikap dan persepsi seseorang saat melakukan tindakan aman ataupun tidak aman dapat dipengaruhi oleh seberapa besar motivasi seseorang untuk melakukan perilaku tersebut (Chen dan Chen, 2014). Semakin besar motivasi seseorang untuk berperilaku aman maka semakin tinggi pula perilaku aman tersebut untuk dilakukan. Pada Puskesmas, *safety motivation* dapat menjadi hal yang berpengaruh terhadap safety behavior pegawai saat bekerj (Surbakti et al., 2019). Saat mereka mempunyai motivasi yang besar untuk berperilaku aman maka mereka akan cenderung memilih melakukannya karena mempunyai dorongan yang kuat dalam diri mereka. Hal ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Christian et al. (2009) yang menjelaskan bahwa *safety motivation* mempunyai hubungan yang positif terhadap *safety behavior*.

2.5 *Safety Climate*

Safety climate dapat didefinisikan sebagai persepsi pegawai terhadap konsep keselamatan baik dari segi kebijakan organisasi, prosedur, pelaksanaan dan prioritas dalam menjaga keselamatan yang diterapkan oleh organisasi di tempat dia bekerja (Zohar, 2003). Pegawai akan menafsirkan dan memahami bagaimana organisasi tempat dia bekerja menerapkan safety dan akan mengharapkan tingkat keamanan yang ada cukup memadai (Kao et al., 2019). *Safety climate* merupakan bagian dari *safety culture* yang membahas mengenai persepsi pegawai terhadap prosedur dan perilaku yang berkaitan dengan keselamatan di tempat kerja (Flin, 2006). Pada organisasi dengan kondisi *safety climate* yang kuat maka akan ada persepsi pada pegawai terhadap nilai dan prioritas akan keselamatan juga semakin meningkat (Kao et al., 2019). *Safety climate* pada sebuah tempat kerja merupakan

cerminan dari prioritas organisasi dalam mengambil kebijakan keselamatan disertai praktiknya dan perilaku keselamatan spesifik yang didukung oleh sebagian besar pegawai dalam organisasi tersebut (Zohar, 2000; Kao et al., 2019).

Beberapa indikator yang digunakan untuk mengukur kondisi *safety climate* pada suatu tempat kerja adalah sebagai berikut (Ji et al., 2019; Lee et al., 2019):

1. *Management commitment*

   Dukungan dari pihak manajemen terhadap pelaksanaan *safety* di lingkungan kerja (Sexton et al., 2006).
2. *Safety communication*

   Komunikasi dua arah yang dilakukan oleh manajemen dengan pegawainya mengenai *safety* di lingkungan kerja (Evans et al., 2007).
3. *Safety training*

   Pendidikan dan pelatihan yang diberikan oleh pihak manajemen kepada pegawainya (Ji et al., 2019).
4. *Equipment and maintenance*

   Segala peralatan yang digunakan untuk bekerja tersedia secara lengkap dan terkondisikan dengan baik (Evans et al., 2007).
5. *Teamwork climate*

   Dukungan yang diperoleh di lingkungan kerja baik dari pimpinan maupun teman sejawat (Lee et al., 2019).
6. *Job satisfaction*

   Pengalaman positif yang dirasakan saat bekerja (Sexton et al., 2006).
7. *Working conditions*

   Persepsi terhadap lingkungan kerja dan kondisi logistik yang tersedia di tempat kerja (Sexton et al., 2006).

2.6 *Empowerment Leadership*

Peran kepemimpinan dalam Puskesmas sangat diperlukan untuk meningkatkan upaya terhadap keselamatan pasien termasuk di dalamnya upaya yang dilakukan oleh Kepala Puskesmas dalam mendidik dan memberikan kesempatan pada para pegawai yang berada di bawah naungannya. Martines-

Corcoles et al. (2012) menyebutkan bahwa *empowering leadership* dapat meningkatkan penerimaan pegawai terhadap *safety behavior*. Arnold et al. (2000) menyebutkan bahwa peran seorang pemimpin dalam organisasi adalah untuk meningkatkan potensi tim yang dipimpinnya sehingga dapat melakukan manajemen diri lebih baik. Dalam hal ini yang dimaksud dengan manajemen diri adalah segala perilaku yang berhubungan dengan keselamatan pegawai saat bekerja. Lee et al. (2019) mendefinisikan *empowering leadership* sebagai pemberian kesempatan kepada pegawai dalam meningkatkan motivasi diri mereka untuk dapat bekerja lebih baik.

Beberapa indikator yang menunjukkan bahwa *empowerment leadership* dilakukan di lingkungan kerja yaitu (Martínez-Córcoles et al., 2011; Lee et al., 2019):

1. *Leading by example*

   Pimpinan memberikan contoh tindakan *safety* yang seharusnya dilakukan saat bekerja kepada pegawai yang berada dalam kepemimpinanya.
2. *Coaching*

   Pimpinan melakukan pembinaan kepada pegawainya.
3. *Showing concern/ interacting with people*

   Pimpinan menunjukkan perhatian ataupun dapat berkomunikasi dengan baik kepada pegawai saat bekerja.
4. *Participative decision making*

   Pimpinan mendorong pegawainya untuk ikut memberikan saran/ ide dalam penyusunan suatu kebijakan.
5. *Informing*

   Pimpinan bersedia memberikan informasi terkait pekerjaan yang dilakukan oleh pegawainya.
6. *Encouraging*

   Pimpinan bersedia mengapresiasi hasil pekerjaan para pegawainya

2.7 *Knowledge Sharing*

Knowledge sharing dapat didefinisikan sebagai berjalannya penyebaran informasi dalam sebuah lingkungan kerja baik dari pimpinan kepada pegawainya

maupun antar pegawai (Lee et al., 2019). *Knowledge sharing* memberikan manfaat untuk mempersingkat jalur distribusi transfer informasi dari satu pihak ke pihak lainnya (Scarbrough, 2003; Lee et al., 2019). Manajemen pengetahuan dalam hal ini *knowledge sharing* yang dapat berjalan dengan baik pada organisasi dapat meningkatkan sistem belajar yang lebih efektif diantara orang yang bekerja di dalamnya. Mereka dapat mempelajari dimana letak kesalahan dalam sebuah tindakan atau perilaku yang kurang tepat dan mempelajari dimana tindakan atau perilaku yang sudah benar (Edmondson, 2004). Sehingga dengan meningkatkan pengetahuan mengenai *safety* dalam organisasi melalui *knowledge sharing* diharapkan akan dapat mencegah terjadinya kesalahan yang dapat berdampak pada kecelakaan kerja (Lee et al., 2019).

Beberapa indikator yang digunakan untuk mengukur seberapa besar *knowledge sharing* dapat berjalan dengan baik di tepat kerja adalah sebagai berikut (Lee, 2001; Lee et al., 2019):

1. *Explicit knowledge sharing*

   Berbagai pengetahuan atau informasi yang sumbernya dapat diketahui dengan jelas baik secara tertulis maupun simbolis. Dalam pelaksanaan aktivitas ini dapat dijelaskan asal muasal sumber informasi atau pengetahuan yang disampaikan, misal seperti memberikan/ menunjukkan dari *handbook* pelatihan, buku, majalah, televisi atau laporan.
2. *Implicit knowledge sharing*

   Berbagai pengetahuan berdasarkan pengalaman yang pernah dialami. Bisa ditunjukkan dalam bentuk ekspresi secara verbal maupun simbolis.

2.8 *Safety Behavior*

Sebagian besar *safety profesionals* berpendapat bahwa tujuan utama dalam program keselamatan yang baik adalah untuk mengajak dan memodifikasi *safety behavior* sesuai dengan kondisi yang ada dalam organisasi (Ismail et al., 2012; Zaira dan Hadikusumo, 2017). Perilaku tidak aman yang dilakukan oleh pegawai saat bekerja dapat berdampak pada kejadian kecelakaan kerja sehingga dengan meningkatkan performa *safety behavior* pada individu diharapkan dapat menurunkan kejadian kecelakaan kerja tersebut dan membantu organisasi dalam

menciptakan lingkungan kerja yang aman (Lee et al., 2019). *Safety behavior* mempunyai peranan penting pada organisasi yang bergerak dalam bidang kesehatan terutama perilaku yang berhubungan dengan keselamatan pasien dan perilaku untuk mengurangi kelalaian petugas dalam melayani pasien (Katz-Navon et al., 2005; Lee et al., 2019). Burke et al (2002) mendefinisikan *safety behavior* sebagai tindakan atau perilaku dalam meningkatkan keselamatan dan kesehatan kerja pada hampir semua pekerjaan yang dilakukannya. Quartey (2017) menyebutkan bahwa *safety behavior* berhubungan dengan persepsi seseorang dalam mendeskripsikan suatu perilaku keselamatan yang seharusnya dia lakukan dalam bekerja.

Indikator dalam *safety behavior* dapat dikategorikan menjadi dua yaitu sebagai berikut:

1. *Safety compliance*

   Safety compliance adalah segala aktivitas yang diperlukan seseorang agar berperilaku aman saat bekerja. Bentuk aktivitas yang dilakukan merupakan kegiatan yang dapat berpengaruh secara langsung dengan keselamatan pegawai seperti misalnya mengikuti SOP yang berlaku di tempatnya bekerja (Neal dan Griffin, 2006; Martínez-Córcoles, 2012; Lee et al., 2019).

2. *Safety participation*

   Safety participation merupakan segala bentuk kegiatan yang secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap keselamatan pekerja. Meskipun begitu *safety participation* bermanfaat dalam menunjang terciptanya lingkungan kerja yang aman (Martínez-Córcoles et al., 2012). *Safety participation* dapat didefinisikan sebagai keikutsertaan pegawai dalam berperilaku aman saat bekerja, hal ini dapat dilihat dari keikutsertaan pegawai dalam pertemuan yang membahas keselamatan kerja, membantu rekan kerja dalam menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan keselamatan dan lebih perhatian terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan keselamatan saat bekerja (Neal dan Griffin, 2006; Lee et al., 2019).

2.9 *Partial Least Square - Structural Equation Modeling* (PLS-SEM)

Partial least square – structural equation modeling atau biasa disebut dengan PLS-SEM merupakan salah satu metode yang digunakan untuk

mengestimasi jalur model dan hubungan antar variabel laten. PLS-SEM memperkirakan parameter dari seperangkat persamaan dalam persamaan struktural dengan menggabungkan analisis komponen utama dengan analisis jalur berbasis regresi (Sarstedt et al., 2017). Metode ini cukup populer dan telah banyak digunakan dalam berbagai bidang penelitian seperti *behavioral sciences*, *organization management*, *international and strategic management* (Hair et al., 2012; Sarstedt et al., 2017). Sarstedt et al. (2017) mengungkapkan beberapa alasan PLS-SEM menjadi pilihan banyak pihak yaitu sebagai berikut:

1. Jumlah ukuran sampel yang relatif lebih kecil;
2. Metode ini memungkinkan peneliti untuk memperkirakan model yang sangat kompleks dengan banyak variabel dan indikator, terutama saat tujuan dari penelitian tersebut adalah memprediksi suatu hubungan suatu variabel;
3. PLS-SEM umumnya memungkinkan banyak fleksibilitas dalam hal persyaratan data dan spesifikasi hubungan antara variabel dan indikator;
4. PLS SEM cocok digunakan sebagai prosedur yang digunakan untuk mengembangkan teori pada tahap awal dan cocok untuk parancangan model baru;
5. Perangkat lunak yang digunakan dalam metode PLS-SEM mempunyai *user interface* yang cukup mudah seperti misalnya ADANCO, PLS-Graph, SmartPLS, WarpPLS, dan XLSTAT.

Tahapan pengujian yang digunakan untuk menganalisis model dengan metode PLS – SEM ada dua yaitu pengujian terhadap measurement model dan structural model. Pengujian *measurement model* dilakukan sesuai dengan jenis variabel yang akan diuji, bisa berupa *reflective* maupun *formative*. Apabila variabel yang diuji pada model merupakan variabel reflektif, maka kriteria *measurement model* yang digunakan adalah *indicator loadings*, *internal consistency reliability*, *convergent validity* dan *discriminant validity*. Namun, apabila variabel yang diuji pada model merupakan variabel formatif, maka kriteria *measurement model* yang digunakan adalah *collinearity* dan *significance and relevance of indicator weights*. Setelah hasil pengujian terhadap *measurement model* terpenuhi sesuai dengan *threshold value* yang ditentukan maka tahapan selanjutnya adalah melakukan

pengujian terhadap *structural model*. Pengujian *structural model* merupakan pengukuran yang digunakan untuk menilai hubungan antar variabel dan menentukan seberapa besar hubungan tersebut dalam model yang telah disusun (Hair et al., 2017).

2.10 Posisi Penelitian

Fokus penelitian mengenai *safety behavior* telah dilakukan oleh beberapa peneliti mulai dari industri yang bergerak dalam bidang manufaktur maupun jasa. Terdapat tujuh penelitian yang ditinjau dan digunakan sebagai landasan dalam penelitian ini yaitu Chen dan Chen (2014), Zaira dan Hadikusumo (2017), Ngueutsa dan Kouabenan (2017), Surbakti et al. (2018), Ji et al. (2019), Liu et al. (2019), dan Lee et al. (2019). Berdasarkan hasil dari ketujuh penelitian tersebut dapat diketahui beberapa variabel yang mempengaruhi peningkatan *safety behavior* di berbagai bidang. Menurut pembahasan dari penelitian tersebut dapat diketahui bahwa kajian mengenai *safety behavior* pada bidang kesehatan masih cukup minim dilakukan terutama di Indonesia. Oleh karena itu, penelitian ini bermaksud untuk mengintegrasikan beberapa faktor berpengaruh tersebut pada bidang kesehatan khususnya di puskesmas. Adapun posisi penelitian ini terhadap penelitian terdahulu adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Posisi Penelitian

No	Nama	Judul	Tahun	Objek	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil
1	Ching-Fu Chen dan Shu-Chuan Chen	*Measuring The Effects of Safety Management System Practices, Morality Leadership And Self-Efficacy On Pilots' Safety Behaviors: Safety Motivation As A Mediator*	2014	Penerbangan	Menganalisis variabel yang dapat meningkatkan *safety behavior* pada pilot	1. *Safety behaviour* 2. *SMS practices* 3. *Morality leadership* 4. *Self efficacy* 5. *Safety motivation*	*Structural equation model* (SEM)	1. Terdapat hubungan positif secara langsung antara SMS *practices* dan *self efficacy* terhadap *safety behavior* pada pilot 2. *Safety motivation* memediasi hubungan antara *morality leadership* dari manajemen terhadap *safety behavior* dari pilot
2	Mohammad Mazlina Zaira dan Bonaventura H.W. Hadikusumo	*Structural equation model of integrated safety intervention practices affecting the safety behaviour of workers in the construction industry*	2017	Konstruksi	Meningkatkan *safety behavior* para pekerja terutama pekerja yang berasal dari luar negeri	1. *Management safety intervention* 2. *Technical safety intervention* 3. *Human safety intervention*	*Structural equation model* (SEM)	1. *Management intervention* dan *human intervention* berpengaruh positif terhadap *technical intervention*

Tabel 2.1 Posisi Penelitian (Lanjutan)

No	Nama	Judul	Tahun	Objek	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil
						4. *Safety behaviour*		2. *Technical intervention* dapat meningkatkan *safety behavior* dengan menerapkan beberapa aktivitas seperti inspeksi tempat kerja, penggunaan APD, perawatan dan ketersedian APD, bekerja dengan aman, dukungan terhadap *safety*
3	R. Ngueutsa dan D.R. Kouabenan	*Fatalistic beliefs, risk perception and traffic safe behaviors*	2017	Transportasi Darat	Menganalisis hubungan antara *fatalistic beliefs, risk perception* and *traffic safety related behaviors* dalam rangka meningkatkan kewaspadaan terhadap kecelakaan lalu lintas	1. *Safety behaviour* 2. *Fatalistic belief* 3. *Perceived risk*	*Regression analysis*	1. Semakin rendah *fatalistic beliefs* terhadap situasi berbahaya dari kecelakaan lalu lintas maka semakin rendah pula *safety behavior* seseorang

Tabel 2.1 Posisi Penelitian (Lanjutan)

No	Nama	Judul	Tahun	Objek	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil
								2. Hubungan antara *fatalistic beliefs* terhadap *safety behavior* dimediasi oleh *perceived risk*
4	Arief N. Surbakti, et al.	Hubungan Antara Faktor Predisposisi Dan Faktor Penguat Dengan Perilaku Tidak Aman Pada Tenaga Kesehatan Di Puskesmas X Kota Semarang	2018	Puskesmas	Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi perilaku tidak aman pada tenaga kesehatan di puskesmas	1. *Safety behaviour* 2. *Safety motivation* 3. Pengawasan dari Kepala Puskesmas 4. Persepsi 5. Promosi K3 6. Sikap	Analisis Rank Spearman	1. 50% tenaga kesehatan berperilaku tidak aman 2. Terdapat hubungan antara persepsi, sikap, motivasi kerja, dan pengawasan Kepala Puskesmas dengan perilaku aman
5	Ming Ji, et al.	*The effects of safety attitude and safety climate on flight attendants' proactive personality with regard to safety behaviors*	2019	Penerbangan	Mengidentifikasi variabel yang berhubugan dalam meningkatkan keselamatan pada	1. *Safety climate* 2. *Safety behaviour* 3. *Proactive personality* 4. *Safety attitude*	*Hierarchical regression analysis*	1. *Proactive personality* memediasi hubungan antara *safety*

Tabel 2.1 Posisi Penelitian (Lanjutan)

No	Nama	Judul	Tahun	Objek	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil
						5. *Safety climate* 6. *Safety behaviour* 7. *Proactive personality* 8. *Safety attitude*	*Hierarchical regression analysis*	*attitude* terhadap *safety behavior* 2. *Safety climate* dapat melemahkan hubungan *proactive personality* terhadap *safety behavior*
6	Qinjun Liu, et al.	*Workers safety behaviors in the off-site manufacturing plant*	2019	Manufaktur	Mengidentifikasi faktor apa saja yang dapat berpengaruh terhadap *safety behavior* pada pekerja konstruksi	1. *Attitude toward behavior* 2. *Safety behaviour* 3. *Subjective norm* 4. *Perceived behavioral control* 5. *Behavioral intention* 6. *Behavioral habit*	*Partial least square – Structural equation model* (PLS – SEM)	1. *Attitude, subjective norm, perceived behavioral control* dan *behavioral habit* berhubungan secara positif terhadap *safety behavior*

Tabel 2.1 Posisi Penelitian (Lanjutan)

No	Nama	Judul	Tahun	Objek	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil
						7. *Situation awareness*		2. *Attitude, subjective norm, perceived behavioral control* dan *behavioral habit* berhubungan secara positif terhadap *safety behavior* 3. *Attitude* dan *behavioral habit* merupakan variabel yang paling penting dalam menentukan *safety behavior* pekerja konstruksi

Tabel 2.1 Posisi Penelitian (Lanjutan)

No	Nama	Judul	Tahun	Objek	Tujuan	Variabel	Metode	Hasil
7	Yi-Hsuan Lee, et al.	*A multilevel approach on empowering leadership and safety behavior in the medical industry: The mediating effects of knowledge sharing and safety climate*	2019	Rumah sakit	Menganalisis variabel yang dapat berpengaruh pada *safety behavior* di bidang industri kesehatan	1. *Knowledge sharing* 2. *Empowerment leadership* 3. *Safety climate* 4. *Safety behaviour*	*Hierarchical linear model*	1. *Empowerment leadership* berpengaruh positif terhadap *safety behavior* 2. *Knowledge sharing* memediasi hubungan antara *empowerment leadership* terhadap *safety behavior* 3. *Safety climate* memediasi *empowerment leadership* terhadap *safety behavior*

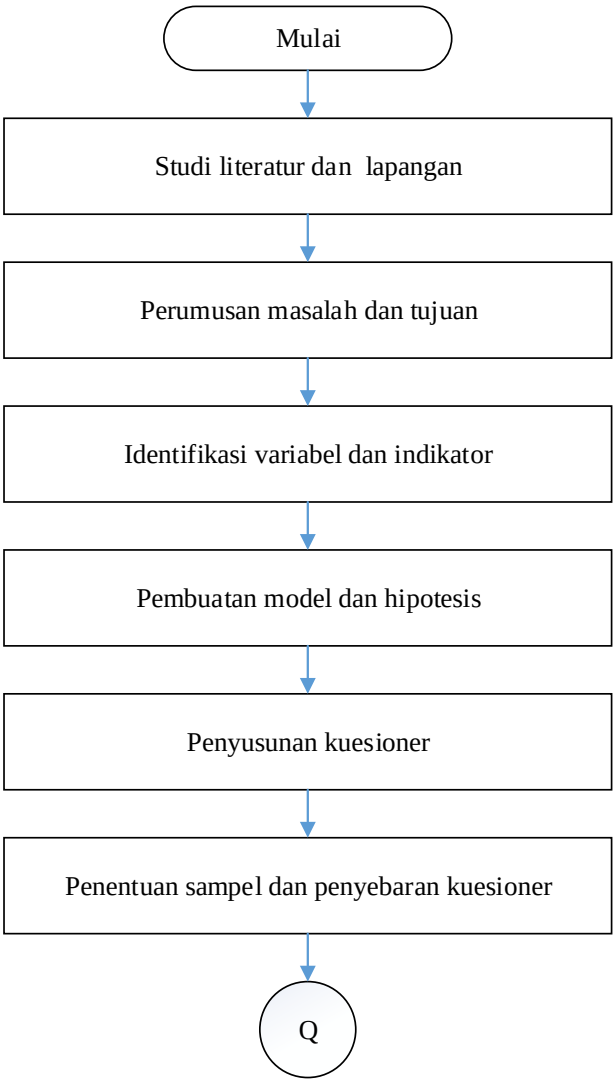
(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

BAB 3
METODOLOGI PENELITIAN

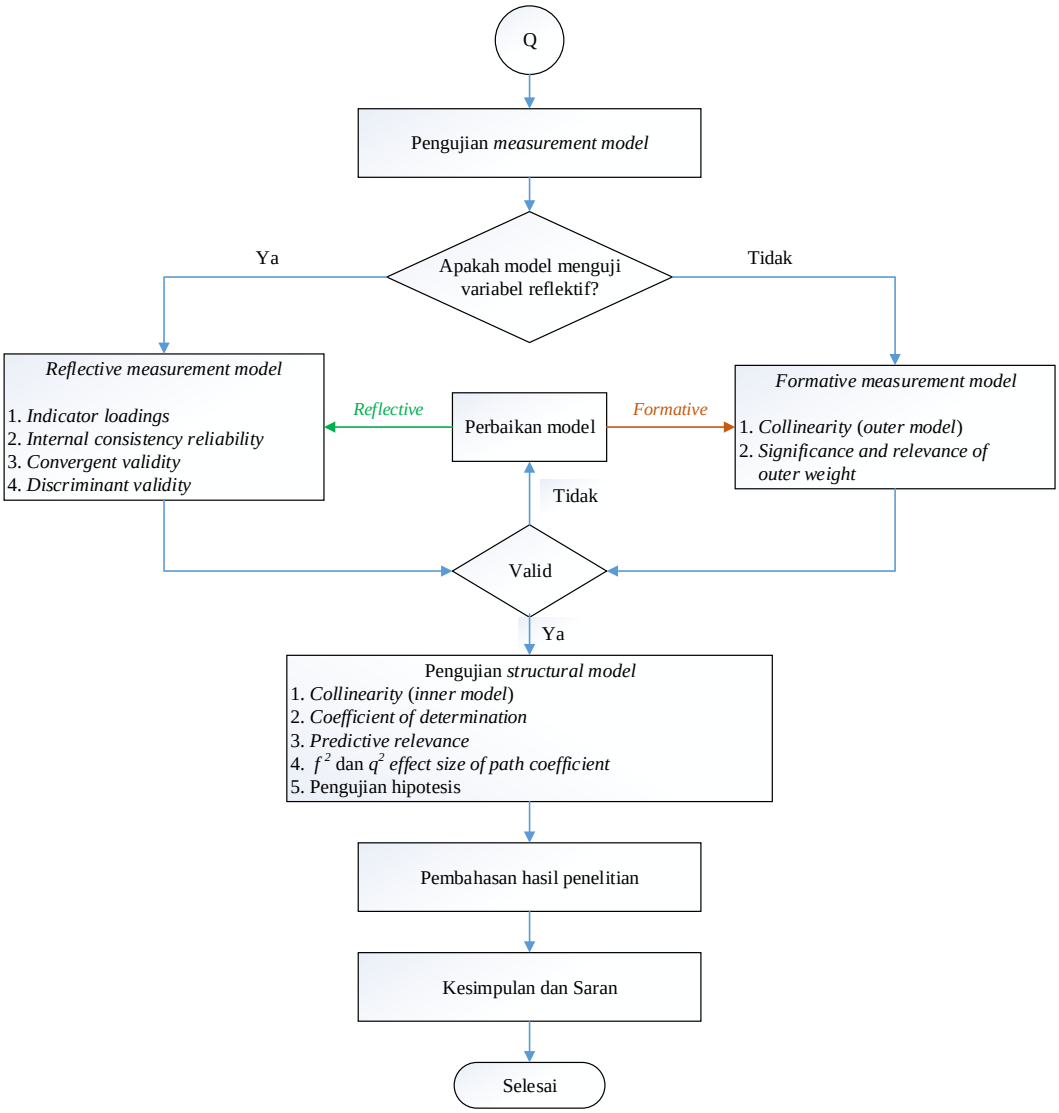
Pada bab metodologi penelitian ini akan dijabarkan mengenai diagram alur penelitian yang digunakan sebagai acuan dalam melakukan penelitian agar dapat berjalan sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

3.1 Diagram Alur Penelitian

Diagram alur yang digunakan sebagai acuan dalam penelitian ini akan ditampilkan pada gambar 1.



Gambar 3.1 Diagram Alur Penelitian



Gambar 3.1 Diagram Alur Penelitian (Lanjutan)

3.2 Studi literatur dan Lapangan

Studi literatur dilakukan dengan cara analisis review dari penelitian sebelumnya yang relevan dan selanjutnya akan digunakan sebagai dasar dalam menyelesaikan penelitian ini. Adapun pembahasan yang digunakan untuk menunjang penelitian ini meliputi: konsep tentang puskesmas, konsep K3 yang ada di puskesmas, peraturan yang mendukung pelaksanaan K3 di puskesmas, variabel yang dapat berpengaruh terhadap *safety behavior* dan *partial least square – structural equation modeling* (PLS – SEM) yang digunakan sebagai metode untuk mendukung pengembangan model struktural. Studi lapangan dilakukan untuk

memperoleh gambaran mengenai potensi risiko kecelakaan kerja yang dapat terjadi di puskesmas dan konsep K3 yang ada di puskesmas. Kegiatan ini dilakukan dengan cara membagikan kuesioner dan melakukan wawancara kepada pegawai yang memahami tentang manajemen risiko dan K3 di puskesmas. Tujuan studi lapangan ini adalah untuk memudahkan dalam menentukan variabel yang tepat dalam mengembangkan model *safety behavior* di lingkungan puskesmas.

3.3 Perumusan Masalah dan Tujuan

Pada penelitian ini, fokus masalah yang akan dibahas lebih lanjut adalah mengetahui bagaimana *safety behavior* pada tenaga kesehatan Puskesmas dan variabel apa saja yang dapat mempengaruhi *safety behavior* pada tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas. Selanjutnya, dari variabel tersebut akan dibuat model *structural* sehingga dapat diketahui seberapa besar hubungan antar variabel tersebut. *Safety behavior* menjadi fokus pada perumusan masalah dalam penelitian ini, dikarenakan masih adanya kejadian kecelakaan kerja di dalam puskesmas. Tujuan yang ingin dicapai pada pelaksanaan penelitian ini adalah mengembangkan model *safety behavior* sebagai upaya penerapan keselamatan dan kesehatan kerja di puskesmas. Dengan adanya pengembangan model *safety behavior* khususnya di sektor kesehatan diharapkan dapat membantu manajemen dinas kesehatan dan puskesmas dalam meningkatkan pelaksanaan K3.

3.4 Identifikasi Variabel dan Penentuan Indikator

Identifikasi variabel dan indikator yang digunakan untuk mengembangkan model dalam penelitian ini diperoleh dari analisis review penelitian terdahulu yang mempunyai relevansi dengan penelitian yang dilakukan saat ini dimana selanjutnya dilakukan beberapa penyesuaian agar sesuai dengan tujuan penelitian. Variabel yang akan digunakan adalah *behavioral habit*, *safety motivation*, *safety climate*, *empowerment leadership*, *knowledge sharing* dan *safety behavior*. Adapun penjelasan mengenai definisi operasional dari setiap variabel penelitian dan indikator apa saja yang digunakan dalam penelitian akan ditampilkan pada tabel 3.1 dan tabel 3.2.

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Referensi	Definisi Operasional
Reflektif			
1	*Behavioral habit*	Liu, et al. (2019)	Kebiasaan pegawai puskesmas untuk berperilaku aman saat bekerja
2	*Safety motivation*	Chen dan Chen (2014); Surbakti et al. (2018)	Penilaian terhadap motivasi pegawai puskesmas dalam melakukan perilaku aman saat bekerja
3	*Empowerment leadership*	Lee, et al. (2019)	Persepsi pegawai Puskesmas terhadap kepala puskesmas mengenai aktivitas yang berhubungan dalam meningkatkan kualitas keselamatan pasien dan menjaga keselamatan pegawai
4	*Safety behavior*	Lee, et al. (2019); Liu, et al. (2019)	Kesediaan dan partisipasi pegawai untuk dapat berperilaku aman saat bekerja
Formatif			
5	*Safety climate*	Ji, et al. (2019)	Persepsi pegawai mengenai kebijakan serta pelaksanaanya di lingkungan puskesmas mengenai menjaga keselamatan pasien dan keselamatan pegawai saat bekerja
6	*Knowledge sharing*	Lee, et al. (2019)	Penilaian pegawai puskesmas terhadap aktivitas *sharing* informasi/ pengalaman dan penyebarluasannya terutama yang berhubungan dengan *safety*

Tabel 3.2 Indikator Setiap Variabel Penelitian

No	Variabel	Referensi	Indikator	Referensi
1	*Behavioral habit*	Liu, et al. (2019)	*History of repetition*	Liu, et al. (2019)
			Automaticity	Liu, et al. (2019)
			Expressing identity	Liu, et al. (2019)
2	*Safety motivation*	Chen dan Chen (2014)	*Belief*	Chen dan Chen (2014)
			Tingkat kebermanfaatan	Neal dan Griffin (2006)

Tabel 3.2 Indikator Setiap Variabel Penelitian (Lanjutan)

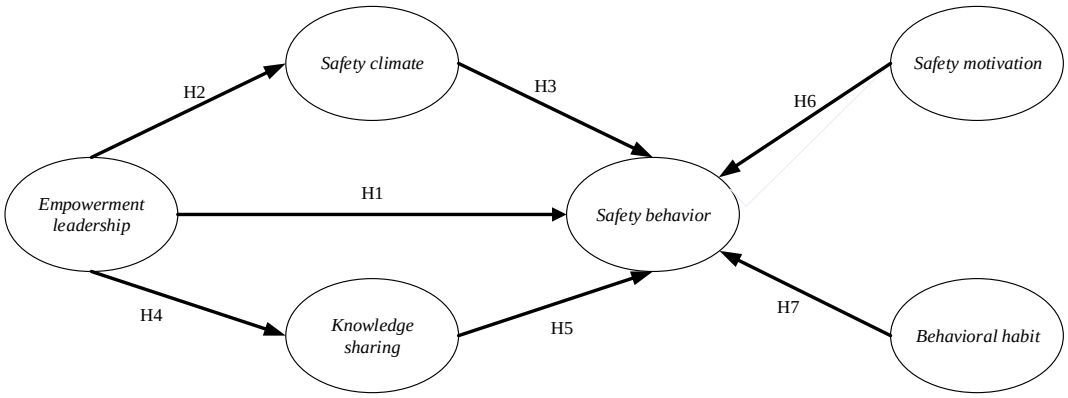
No	Variabel	Referensi	Indikator	Referensi
			Tingkat kepentingan	Neal dan Griffin (2006)
3	*Empowerment leadership*	Lee, et al. (2019)	*Leading by example*	Martínez-Córcoles (2011); Lee, et al. (2019)
			Coaching	Lee, et al. (2019); Martínez-Córcoles (2011)
			Showing concern/ interacting	Lee, et al. (2019); Martínez-Córcoles (2011)
			Participative decision making	Lee, et al. (2019); Martínez-Córcoles (2011)
			Informing	Lee, et al. (2019); Martínez-Córcoles (2011)
			Encouraging	Lee, et al. (2019); Martínez-Córcoles (2011)
4	*Safety behavior*	Lee, et al. (2019)	*Safety compliance*	Neal dan Griffin (2006); Lee, et al. (2019)
			Safety participant	Neal dan Griffin (2006); Lee, et al. (2019)
5	*Safety climate*	Ji et al. (2019)	*Management commitment*	Evans, et al. (2007) Ji, et al. (2019)
			Safety communication	Evans, et al. (2007); Ji, et al. (2019)
			Safety training	Evans, et al. (2007); Ji, et al. (2019)
			Equipment and maintenance	Evans, et al. (2007); Ji, et al. (2019)

Tabel 3.2 Indikator Setiap Variabel Penelitian (Lanjutan)

No	Variabel	Referensi	Indikator	Referensi
			Job satisfaction	Sexton (2006); Lee, et al. (2019)
			Working conditions	Sexton (2006)
6	*Knowledge sharing*	Lee, et al. (2019)	*Explicit knowledge sharing*	Lee (2001)
			Implicit knowledge sharing	Lee (2001)

3.5 Pembuatan Model dan Hipotesis

Model yang dikembangkan merupakan konseptualisasi dari beberapa hubungan antar variabel yang kemudian disajikan dalam bentuk diagram jalur. Pengembangan model *safety behavior* dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar 3.2.



Gambar 3.2 Kerangka Model *Safety Behavior* yang Akan Dikembangkan

Pada gambar 3.2 di atas merupakan kerangka model yang akan dikembangkan dalam penelitian ini, dimana dalam kerangka model tersebut akan diuji untuk mengetahui keterkaitan hubungan antara variabelnya. Berdasarkan kerangka model di atas, maka hipotesis yang dapat disusun adalah sebagai berikut:

Tabel 3.3 Hipotesis Penelitian

No	Hipotesis	Keterangan	Referensi
1	H1	*Empowerment leadership* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*	Lee, et al (2019)
2	H2	*Empowerment leadership* berpengaruh secara positif terhadap *safety climate*	Lee, et al (2019)
3	H3	*Safety climate* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*	Ji, et al (2019)
4	H4	*Empowerment leadership* berpengaruh secara positif terhadap *knowledge sharing*	Lee, et al (2019)
5	H5	*Knowledge sharing* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*	Lee, et al (2019)
6	H6	*Safety motivation* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*	Chen dan Chen (2014); Surbakti et al (2019)
7	H7	*Behavioral habit* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*	Liu et al (2019)

Berikut ini ini merupakan penjelasan mengenai hipotesis penelitian:

H1 : *Empowering leadership* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*

Menurut Lee et al. (2019), *empowering leadership* akan berpengaruh secara langsung terhadap *safety behavior* seseorang. *Empowering leadership* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah gaya kepemimpinan dari kepala puskesmas dalam membina pegawai yang menjadi tanggung jawabnya untuk berperilaku aman sehingga dapat berpengaruh secara positif dalam meningkatkan upaya untuk menjaga keselamatan pasien dan menjaga keselamatan pegawai saat bekerja.

H2 : *Empowering leadership* berpengaruh secara positif terhadap *safety climate*

Empowering leadership dapat berpengaruh secara positif terhadap *safety climate* (Lee et al., 2019). *Safety climate* atau yang biasa disebut dengan iklim organisasi akan berkembang dengan baik dalam sebuah lingkungan kerja jika terdapat dukungan yang besar dari pimpinan. Dengan adanya dorongan dari pimpinan dalam menerapkan *safety* di tempat kerja maka *safety climate* akan mudah terbentuk dengan sendirinya.

H3 : *Safety climate* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*

Safety climate berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior* (Lee et al., 2019) dikarenakan sudah terbentuknya suasana yang sangat menunjang untuk berperilaku aman di tempat kerja.

H4 : *Empowering leadership* berpengaruh secara positif terhadap *knowledge sharing*

Empowering leadership berpengaruh secara positif terhadap *knowledge sharing* (Lee et al., 2019). Dengan adanya aktivitas *sharing* ini maka akan memudahkan semua pihak untuk mendapatkan informasi secara cepat.

H5 : *Knowledge sharing* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*

Dengan adanya penyebaran informasi yang berlangsung dengan lancar terutama yang berkaitan dengan *safety* maka akan semakin memudahkan pegawai untuk memahami pentingnya berperilaku aman saat bekerja.

H6 : *Safety motivation* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*

Safety motivation dapat mempengaruhi *safety behavior* di lingkungan kerja. Semakin tinggi motivasi pegawai terhadap keselamatan maka semakin mempengaruhi orang teersebut untuk melakukan perilaku aman saat bekerja.

H7 : *Behavior habit* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*

Behavior habit atau bisa disebut dengan kebiasan yang berulang akan dapat berpengaruh positif terhadap safety behavior (Liu et al., 2019). Hal ini dikarenakan orang tersebut akan cenderung melakukan hal yang sama apabila sudah menjadi kebiasannya. Dalam realisasi pelaksanaannya jika perilaku tersebut sudah menjadi kebiasan yang dilakukan hampir setiap hari saat bekerja, maka *safety behavior* akan mudah terbentuk dengan sendirinya.

3.6 Penyusunan Kuesioner

Kuesioner merupakan salah satu cara untuk mendapatkan data dari responden yang menjadi sasaran penelitian. Dalam pembuatan kuesioner untuk

penelitian ini, data yang diambil adalah karakteristik demografi responden dan beberapa pernyataan yang disusun berdasarkan indikator variabel. Karakterisitik demografi yang akan digunakan dalam kuesioner meliputi usia, jenis kelamin, posisi dalam pekerjaan dan lama bekerja. Sedangkan, untuk menilai setiap item pernyataan yang ada pada kuesioner digunakan skala likert 1 – 5 dimana maksud dari nilai dalam skala tersebut adalah nilai 1 menunjukkan derajat ketidaksetujuan sedangkan semakin ke kanan menujukkan derajat ketersetujuan (Ji et al., 2019). Adapun keterangan nilai dalam skala likert yang digunakan untuk penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.4 Keterangan Nilai Dalam Skala Likert

Nilai	Keterangan
1	Sangat tidak setuju
2	Tidak setuju
3	Netral
4	Setuju
5	Sangat setuju

3.7 Penentuan Sampel dan Penyebaran Kuesioner

Pemilihan puskesmas sebagai objek dalam penelitian ini terdiri dari tiga puskesmas yang berada di kota Surabaya. Pemilihan tersebut berdasarkan hasil akreditasi puskesmas yang telah dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Hasil penilaian akreditasi puskesmas dapat dikelompokkan menjadi empat kategori dasar, madya, utama dan paripurna. Dikarenakan tidak ada puskesmas dengan akreditasi dasar di kota Surabaya maka puskesmas yang dipilih sebagai tempat penelitian adalah puskesmas dengan hasil akreditasi madya, utama, dan paripurna. Setiap kategori akreditasi akan dipilih satu puskesmas sebagai sampel penelitian sehingga jumlah total puskesmas yang dijadikan sebagai objek penelitian adalah tiga puskesmas.

Adapun ketiga puskesmas tersebut adalah 1) Puskesmas Keputih yang mempunyai hasil akreditasi sebagai puskesmas paripurna, 2) Puskesmas Gayungan yang mempunyai hasil akreditasi sebagai puskesmas utama, 3) Puskesmas Sawah Pulo mempunyai hasil akreditasi sebagai puskesmas madya. Responden dalam penelitian ini adalah semua tenaga kesehatan di puskesmas kecuali tenaga

kesehatan yang merangkap sebagai kepala puskesmas. Tenaga kesehatan yang menjadi sasaran dalam penelitian ini adalah dokter, dokter gigi, apoteker, perawat, bidan, penyuluh kesehatan (SKM), ahli gizi, analis laboratorium, sanitarian dan tenaga kesehatan lain. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang dicetak dan digandakan sejumlah tenaga kesehatan yang ada di puskesmas. Penyebaran kuesioner dilakukan dengan dua cara yaitu: cara pertama adalah dengan memberikan secara langsung kepada responden, cara yang kedua adalah dengan meminta bantuan salah satu pegawai untuk menyebarkan kuesioner kepada sasaran penelitian.

3.8 Pengukuran *Measurement Model*

Terdapat dua jenis pengukuran *measurement model* yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu *reflective measurement model* dan *formative measurement model*. Perbedaan mendasar dari keduanya terdapat pada indikatornya. Pada model dengan variabel reflektif, indikator merupakan *output* dari variabel sehingga arah panah hubungan diantara keduanya adalah dari variabel menuju ke indikator. Sedangkan pada model dengan variabel formatif, indikator merupakan *causal* dari variabel sehingga arah panah hubungan diantara keduanya adalah dari indikator menuju ke variabel (Hair et al., 2017).

Tabel 3.5 Kriteria *Reflective Measurement Model*

No	Kriteria	*Threshold Value*	Referensi
1	*Indicator loadings*	≥ 0,708	Hair et al. (2019)
2	*Internal consistency reliability*		
	a. *Cronbach's Alpha*	> 0,70	Hulland (1999)
	b. rho_A	0,70 – 0,95	Hair et al. (2019)
	c. *Composite reliability*	0,70 – 0,95	Hair et al. (2019)
3	*Convergent validity* (AVE)	≥ 0,50	Hair et al. (2019)
4	*Discriminant validity*		
	a. *Cross loading*	> 0,70	Ghozali dan Latan (2015)
	b. Kriteria Fornell-Larker	nilai akar kuadrat AVE > korelasi antar variabel	Hair et al. (2019)

Tabel 3.6 Kriteria *Formative Measurement Model* Menurut Hair et al. (2017)

No	Kriteria	***Threshold Value***
1	*Collinearity* (VIF)	< 5
2	*Significance and relevance of indicator weight*	
	a. *p*-value	< 0,05
	b. *t*-value	> 1,96
	c. *Confidence intervals*	Tidak ada nilai 0 antara batas bawah dan batas atas

3.9 Pengujian *Structural Model*

Kriteria pengukuran yang digunakan dalam pengujian terhadap *structural model* dapat dilihat pada tabel 3.7.

Tabel 3.7 Kriteria *Structural Model* Menurut Hair et al. (2017)

No	Kriteria	***Threshold Value***
1	*Collinearity* pada *inner model* (VIF)	< 5
2	R^2 *value*	0,25 (*weak*)
		0,50 (*moderate*)
		0,75 (*substantial*)
3	Q^2 *value*	> 0 (*small*)
		> 0,25 (*medium*)
		> 0,50 (*large*)
4	f^2 *effect size*	> 0,02 (*small*)
		> 0,15 (*medium*)
		> 0,35 (*large*)
5	q^2 *effect size*	> 0,02 (*small*)
		> 0,15 (*medium*)
		> 0,35 (*large*)
6	Pengujian hipotesis	
	a. *p*-value	< 0,05
	b. *t*-value	> 1,96
	c. *Confidence intervals*	Tidak ada nilai 0 antara batas bawah dan batas atas

3.10 Pembahasan Hasil Penelitian

Pembahasan hasil penelitian dilakukan setelah pengolahan data selesai diproses. Pada pembahasan hasil penelitian ini akan dijelaskan lebih lanjut mengenai analisis dan interpretasi data yang telah diolah dengan merujuk pada tinjauan pustaka guna mendukung hasil penelitian.

3.11 Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan yang disampaikan merupakan jawaban dari tujuan penelitian ini dilakukan yaitu mengetahui variabel apa saja yang dapat mempengaruhi *safety behavior* pada pegawai di puskesmas. Sedangkan untuk saran yang diberikan dapat berupa rekomendasi pada penelitian selanjutnya maupun rekomendasi terhadap peningkatan upaya *safety behavior* pada pegawai di puskesmas sehingga dapat berpengaruh positif tehadap keselamatan pasien dan pegawainya.

BAB 4
HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan ditampilkan mengenai hasil penelitian yang telah diolah. Adapun pengolahan data yang diperoleh selama penelitian meliputi karakteristik responden, hasil pengujian *measurement model* (*reflective* dan *formative*) serta hasil pengujian *structural model*.

4.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini dikelompokkan berdasarkan tiga kategori yaitu jenis kelamin, jenis pekerjaan dan lama bekerja.

4.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Gambaran umum mengenai karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin akan ditampilkan pada tabel 4.1. Pembagian karakteristik tersebut dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Data tersebut diperoleh melalui penyebaran kuesioner yang diberikan langsung kepada responden (tenaga kesehatan) yang bekerja di puskesmas kota Surabaya. Puskesmas yang menjadi objek penelitian adalah Puskesmas Keputih, Puskesmas Gayungan dan Puskesmas Sawah Pulo.

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
1	Laki-laki	7	10,61
2	Perempuan	59	89,39
Total		**66**	**100,00**

Berdasarkan tabel 4.1 seperti yang ditampilkan di atas, dapat diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dalam penelitian ini sebagian besar adalah perempuan yaitu sebanyak 59 orang (89,39%) dan sisanya berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 7 orang (10,61%).

4.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Gambaran umum mengenai karakteristik responden berdasarkan jenis pekerjaan akan ditampilkan pada tabel 4.2. Tenaga kesehatan yang menjadi responden dalam penelitian ini meliputi dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, penyuluh kesehatan (SKM), analis laboratorium, sanitarian, ahli gizi, dan tenaga kesehatan lain (asisten apoteker, psikolog, tenaga kesehatan tradisional). Data tersebut diperoleh melalui penyebaran kuesioner secara langsung terhadap tiga puskesmas yang ada di kota Surabaya yaitu Puskesmas Keputih, Puskesmas Gayungan dan Puskesmas Sawah Pulo. Responden di setiap puskesmas memiliki perbedaan dari segi jumlah dikarenakan setiap puskesmas memang mempunyai jumlah pegawai yang berbeda-beda disesuaikan dengan cakupan wilayah kerjanya. Pada Puskesmas Keputih jumlah responden yang dapat dikumpulkan sebanyak 20 orang, untuk Puskesmas Gayungan jumlah responden yang dapat dikumpulkan sebanyak 28 orang, dan jumlah responden yang dapat dikumpulkan di Puskesmas Sawah Pulo adalah sebanyak 18 orang.

Tabel 4.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

No	Jenis Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
1	Dokter umum	10	15,15
2	Dokter gigi	6	9,09
3	Perawat	15	22,73
4	Bidan	12	18,18
5	Apoteker	4	6,06
6	Penyuluh kesehatan	6	9,09
7	Analis laboratorium	3	4,55
8	Sanitarian	3	4,55
9	Ahli gizi	4	6,06
10	Tenaga kesehatan lain	3	4,55
Total		**66**	**100,00**

Berdasarkan tabel 4.2 seperti yang ditampilkan di atas, dapat diketahui bahwa jumlah responden terbanyak dalam penelitian ini adalah perawat sebanyak 15 orang (22,73%). Sedangkan jumlah responden paling sedikit adalah analis

laboratorium, sanitarian dan tenaga kesehatan lain. Ketiga jenis pekerjaan tersebut mempunyai jumlah yang sama yaitu masing-masing 3 orang (4,55%).

4.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja

Gambaran umum mengenai karakteristik responden berdasarkan lama bekerja akan ditampilkan pada tabel 4.3. Pembagian karakteristik responden ini dapat dikelompokkan menjadi 4 yaitu < 5 tahun, 5 – 10 tahun, >10 – 15 tahun dan >15 tahun. Data tersebut diperoleh melalui penyebaran kuesioner secara langsung terhadap tiga puskesmas yang ada di kota Surabaya yaitu Puskesmas Keputih, Puskesmas Gayungan dan Puskesmas Sawah Pulo.

Tabel 4.3 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja

No	Lama Bekerja	Jumlah	Persentase (%)
1	< 5 tahun	34	51,52
2	5 – 10 tahun	18	27,27
3	>10 – 15 tahun	8	12,12
4	>15 tahun	6	9,09
Total		**66**	**100,00**

Berdasarkan tabel 4.3 seperti yang ditampilkan di atas, dapat diketahui bahwa jumlah responden paling banyak dalam penelitian ini mempunyai lama bekerja sekitar < 5 tahun. Adapun jumlah responden yang mempunyai lama bekerja < 5 tahun yaitu sebanyak 34 orang (51,52%). Sedangkan responden dengan lama bekerja >15 tahun merupakan karakteristik responden paling sedikit dalam penelitian ini.

4.2 Hasil Pengujian Terhadap *Reflective Measurement Models*

Pengujian terhadap *reflective measurement models* dilakukan pada variabel yang mempunyai indikator reflektif. Penelitian ini mempunyai empat variabel yang indikatornya merupakan indikator reflektif yaitu *behavioral habit*, *empowerment leadership*, *safety behavior* dan *safety motivation*. Sehingga untuk mengukur *measurement models* pada keempat variabel ini digunakan empat

pengujian yaitu *indicator loadings*, *internal consistency reliability*, *convergent validity* dan *discriminant validity*.

4.2.1 Hasil Pengujian *Indicator Loadings*

Pengujian ini bermanfaat untuk mengetahui bahwa indikator suatu variabel penelitian mempunyai indikasi yang dapat menunjukkan bahwa indikator tersebut memang benar merupakan *output* dari variabelnya. Hasil pengujian terhadap *indicator loadings* ditunjukkan dengan nilai *outer loadings* dari setiap indikator pada setiap variabel penelitian. Hasil tersebut dapat dilihat pada tabel 4.4 berikut ini:

Tabel 4.4 Nilai *Indicator Loadings*

Variabel	Indikator	*Loadings*	*Threshold Value*
Behavioral habit	BH1	0,748	≥ 0,708
	BH2	0,855	
	BH3	0,867	
	BH4	0,806	
Empowerment leadership	EL1	0,819	
	EL2	0,723	
	EL3	0,864	
	EL4	0,727	
	EL5	0,854	
	EL6	0,860	
Safety behavior	SB1	0,714	
	SB2	0,875	
	SB3	0,894	
	SB4	0,751	
	SB5	0,827	
Safety motivation	SM1	0,846	
	SM2	0,889	
	SM3	0,810	
	SM4	0,856	
	SM5	0,776	

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.4 di atas, dapat diketahui bahwa hasil pengujian *outer loadings* pada semua indikator

mempunyai nilai lebih dari 0,708. Sehingga tidak ada masalah dalam penggunaan indikator ini untuk pengujian selanjutnya dikarenakan setiap indikator dari variabel yang diuji telah menunjukkan adanya indikasi sebagai *output* dari variabelnya.

4.2.2 Hasil Pengujian *Internal Consistency Reliability*

Pengujian ini digunakan untuk mengetahui tingkat reliabilitas dari setiap variabel yang digunakan dalam penelitian. Terdapat tiga alternatif pilihan untuk menguji *internal consistency reliability* dalam metode PLS – SEM yaitu *cronbach's alpha*, rho_A (ρ_A) dan *composite reliability*. Hasil pengujian terhadap *internal consistency reliability* dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.5 Hasil Pengujian *Cronbach's Alpha*

Variabel	***Cronbach's Alpha***	***Threshold Value***
Behavioral habit	0,837	> 0,70
Empowerment leadership	0,895	
Safety behavior	0,872	
Safety motivation	0,893	

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.5 di atas, dapat diketahui bahwa nilai *cronbach's alpha* pada keempat variabel tersebut mempunyai nilai lebih dari 0,70.

Tabel 4.6 Hasil Pengujian *Composite Reliability*

Variabel	***Composite Reliability***	***Threshold Value***
Behavioral habit	0,891	Min: 0,70 Max: 0,95
Empowerment leadership	0,919	
Safety behavior	0,908	
Safety motivation	0,921	

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.6 di atas, dapat diketahui bahwa nilai *composite reliability* pada keempat variabel tersebut masih berada dalam rentang *threshold value*.

Tabel 4.7 Hasil Pengujian rho_A

Variabel	rho_A	*Threshold Value*
Behavioral habit	0,843	Min: 0,70 Max: 0,95
Empowerment leadership	0,902	
Safety behavior	0,884	
Safety motivation	0,909	

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.7 di atas, dapat diketahui bahwa nilai rho_A pada keempat variabel tersebut masih berada dalam rentang *threshold value*. Melihat hasil pengujian dari *cronbach's alpha*, rho_A (ρ_A) dan *composite reliability* yang menunjukkan bahwa nilai yang diperoleh sudah sesuai dengan *threshold value* maka reliabilitas pada variabel *behavioral habit*, *empowerment leadership*, *safety behavior* dan *safety motivation* telah terpenuhi sehingga dapat digunakan untuk pengujian selanjutnya.

4.2.3 Hasil Pengujian *Convergent Validity*

Tujuan dari pengujian *convergent validity* adalah untuk mengetahui sejauh mana variabel dapat menjelaskan varian dalam indikatornya. *Convergent validity* dalam pengolahan data dengan metode PLS – SEM ini dapat diukur dengan melihat nilai dari *average variance extracted* (AVE). Hasil pengujian tersebut ditampilkan pada tabel 4.8.

Tabel 4.8 Hasil Pengujian *Convergent Validity*

Variabel	AVE	*Threshold Value*
Behavioral habit	0,673	> 0,50
Empowerment leadership	0,656	
Safety behavior	0,665	
Safety motivation	0,700	

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.8 di atas, dapat diketahui bahwa nilai *average variance extracted* dari keempat variabel tersebut lebih tinggi daripada 0,50. Sehingga setiap variabel telah dapat menjelaskan lebih dari 50% varian dalam indikatornya.

4.4.4 Hasil Pengujian *Discriminant Validity*

Pengujian ini bermanfaat untuk mengetahui bahwa secara empiris setiap variabel dalam model berbeda antara satu dengan lainnya. Terdapat tiga alternatif pilihan untuk menguji *discriminant validity* dalam metode PLS – SEM yaitu *cross-loading*, kriteria Fornell-Larcker dan *heterotrait-monotrait ratio* (HTMT). Hasil pengujian terhadap *discriminant validity* dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.9 Hasil Pengujian *Cross-Loading*

	BH	EL	SB	SM
BH1	0,748	0,482	0,556	0,514
BH2	0,855	0,468	0,667	0,523
BH3	0,867	0,499	0,628	0,594
BH4	0,806	0,673	0,684	0,555
EL1	0,543	0,819	0,577	0,390
EL2	0,566	0,723	0,627	0,394
EL3	0,612	0,864	0,590	0,597
EL4	0,344	0,727	0,344	0,458
EL5	0,590	0,854	0,587	0,562
EL6	0,425	0,860	0,545	0,465
SB1	0,593	0,491	0,714	0,451
SB2	0,757	0,642	0,875	0,721
SB3	0,707	0,702	0,894	0,624
SB4	0,490	0,508	0,751	0,631
SB5	0,580	0,434	0,827	0,607
SM1	0.586	0.553	0.574	0.846
SM2	0.666	0.620	0.757	0.889
SM3	0.433	0.401	0.542	0.810
SM4	0.608	0.490	0.686	0.856
SM5	0.448	0.363	0.522	0.776

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.9 di atas, dapat diketahui bahwa nilai *cross-loading* indikator pada setiap variabel mempunyai nilai lebih dari 0,70. Dengan demikian, hasil pengujian *discriminant validity* berdasarkan kriteria *cross-loading* telah terpenuhi karena telah sesuai dengan *threshold value* yang digunakan dalam *reflective measurement models*.

Tabel 4.10 Hasil Pengujian Kriteria Fornell-Larcker

	BH	EL	SB	SM
BH	0,820			
EL	0,650	0,810		
SB	0,776	0,690	0,815	
SM	0,666	0,591	0,749	0,836

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.10 di atas, dapat diketahui bahwa nilai akar kuadrat AVE setiap variabel lebih tinggi jika dibandingkan dengan korelasi antar variabel laten lainnya. Misalnya: nilai akar kuadrat AVE dari variabel *behavioral habit* (0,820) mempunyai nilai yang lebih besar jika dibandingkan dengan korelasi antara variabel *empowerment leadership – behavioral habit* (0,650); *safety behavior – behavioral habit* (0,776); dan *safety motivation – behavioral habit* (0,666). Dengan demikian, hasil pengujian *discriminant validity* berdasarkan kriteria Fornell-Larcker telah terpenuhi karena telah sesuai dengan *threshold value* yang digunakan dalam *reflective measurement models*.

Tabel 4.11 Hasil Pengujian *Heterotrait-Monotrait Ratio* (HTMT)

	BH	EL	SB	SM
BH				
EL	0,730			
SB	0,897	0,754		
SM	0,759	0,649	0,833	

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.11 di atas, dapat diketahui bahwa nilai HTMT pada semua korelasi variabel mempunyai nilai kurang dari 0,90. Setelah diketahui nilai HTMT pada setiap korelasi variabelnya, selanjutnya perlu di uji apakah nilai HTMT tersebut secara signifikan berbeda dari 1 atau tidak terdapat nilai 1 pada hasil *confidence intervals*-nya. Pengujian ini dapat dilakukan dengan metode *bootstrapping*. Dalam penelitian ini, *bootstrapping* dilakukan dengan 1000 *subsamples*.

Tabel 4.12 Hasil Pengujian *Confidence Intervals Bias Corrected*

	95% *Confidence Intervals Bias Corrected*	**HTMT CI *doesn't include* 1**
EL → BH	[0,497 0,866]	Ya
BH → SB	[0,709 1,014]	Tidak
SB → EL	[0,532 0,882]	Ya
SM → BH	[0,536 0,912]	Ya
SM → EL	[0,423 0,795]	Ya
SM → SB	[0,644 0,956]	Ya

Berdasarkan pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.12 di atas, dapat diketahui bahwa masih terdapat satu kombinasi hubungan variabel yang nilai *confidence interval*-nya terdapat nilai 1 yaitu SB → BH. Hal ini menunjukkan bahwa kedua variabel ini kemungkinan mempunyai korelasi. Melihat hasil pengujian pada *cross-loading*, kriteria Fornell-Larcker dan *heterotrait-monotrait ratio* (HTMT) yang menunjukkan belum sepenuhnya ketiga pengujian ini terpenuhi. Akan tetapi, sudah terdapat dua pengujian (*cross-loading* dan kriteria Fornell-Larcker) yang menunjukkan adanya perbedaan antar variabel dalam model yang digunakan sehingga pengujian *discriminant validity* telah terpenuhi.

4.3 Hasil Pengujian Terhadap *Formative Measurement Model*

Pengujian terhadap *formative measurement models* dilakukan pada variabel yang mempunyai indikator formatif. Penelitian ini mempunyai dua variabel yang indikatornya merupakan indikator reflektif yaitu *safety climate* dan *knowledge sharing*. Sehingga untuk mengukur *measurement models* pada kedua variabel ini digunakan pengujian yaitu *collinearity* dan *significance and relevance of indicator weights*.

4.3.1 Hasil Pengujian *Collinearity* (*Outer Model*)

Pengujian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat masalah kolinearitas dalam variabel. *Collinearity* dalam pengolahan data dengan metode PLS – SEM ini dapat diukur dengan melihat nilai dari *variance inflation factor* (VIF) pada *outer model*. Hasil pengujian tersebut ditampilkan pada tabel 4.13.

Tabel 4.13 Hasil Pengujian *Collinearity*

Variabel	Indikator	VIF	*Threshold Value*
Knowledge sharing	KS1	2,160	< 5
	KS2	2,319	
	KS3	1,501	
	KS4	3,964	
	KS5	3,024	
Safety climate	SC1	2,613	
	SC2	2,828	
	SC3	1,988	
	SC4	2,154	
	SC5	2,365	
	SC6	2,837	
	SC7	3,127	
	SC8	2,018	

Berdasarkan pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.13, dapat diketahui bahwa semua indikator dalam variabel *knowledge sharing* dan *safety climate* mempunyai nilai VIF kurang dari 5. Sehingga tidak ada masalah kolinearitas pada kedua variabel tersebut.

4.3.2 Hasil Pengujian *Significance and Relevance of Indicator Weights*

Tahap selanjutnya dalam *formative measurement models* setelah uji *collinearity* terpenuhi adalah pengujian terhadap *weights* setiap indikator. Pengujian ini menggunakan metode *bootstrapping* atau penggandaan jumlah sampel penelitian dari data asli sebanyak 1000 *subsamples* (Ghozali dan Latan, 2015).

Tabel 4.14 Hasil Pengujian *Significance of Indicator Weights*

Variabel	Indikator	*Outer Weights*	*p*-value	*95% Confidence Interval Bias Corrected*	Sig. ($p < 0,05$)
Knowledge Sharing	KS1	0,322	0,141	[-0,145 0,719]	Tidak
	KS2	0,258	0,285	[-0,208 0,725]	Tidak
	KS3	0,029	0,852	[-0,244 0,362]	Tidak
	KS4	0,164	0,597	[-0,447 0,771]	Tidak

Tabel 4.14 Hasil Pengujian *Significance of Indicator Weights* (Lanjutan)

Variabel	**Indikator**	***Outer Weights***	***p*-value**	**95% Confidence Interval Bias Corrected**	**Sig. (*p* < 0,05)**
	KS5	0,433	0,052	[-0,130 0,795]	Tidak
Safety climate	SC1	0,326	0,010	[0,096 0,587]	Ya
	SC2	-0,048	0,749	[-0,336 0,224]	Tidak
	SC3	0,343	0,009	[0,070 0,586]	Ya
	SC4	0,083	0,507	[-0,146 0,337]	Tidak
	SC5	0,214	0,067	[-0,043 0,435]	Tidak
	SC6	0,061	0,733	[-0,320 0,405]	Tidak
	SC7	0,129	0,470	[-0,221 0,527]	Tidak
	SC8	0,209	0,116	[-0,063 0,474]	Tidak

Tabel 4.15 Hasil Pengujian *Relevance of Indicator Weights*

Variabel	**Indikator**	***Outer Loadings***	***p* Value**	**Sig. (*p* < 0,05)**	**Keterangan**
Knowledge sharing	KS1	0,836	0,000	Ya	Relevan
	KS2	0,774	0,000	Ya	Relevan
	KS3	0,560	0,002	Ya	Relevan
	KS4	0,893	0,000	Ya	Relevan
	KS5	0,850	0,000	Ya	Relevan
Safety climate	SC1	0,798	0,000	Ya	Relevan
	SC2	0,741	0,000	Ya	Relevan
	SC3	0,775	0,000	Ya	Relevan
	SC4	0,731	0,000	Ya	Relevan
	SC5	0,750	0,000	Ya	Relevan
	SC6	0,776	0,000	Ya	Relevan
	SC7	0,825	0,000	Ya	Relevan
	SC8	0,649	0,000	Ya	Relevan

Berdasarkan pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.14 dan tabel 4.15, dapat diketahui bahwa 11 indikator (KS1, KS2, KS3, KS4, KS5, SC2, SC4, SC5, SC6, SC7, SC8) secara statistik tidak signifikan pada level 5% sedangkan hanya terdapat dua indikator yang signifikan pada level 5% yaitu SC1 dan SC3. Meskipun demikian, hasil pengujian terhadap *outer loadings* semua indikator menunjukkan nilai di atas 0,50 dan secara statistik telah signifikan pada

level 5% sehingga indikator tersebut masih relevan dan dapat dipertahankan dalam pengujian ini.

4.4 Hasil Pengujian *Structural Model*

Setelah pengujian terhadap *measurement model* (*reflective dan formative model*) terpenuhi maka selanjutnya dilakukan pengujian *structural model*. Beberapa pengujian yang dapat digunakan dalam menganalisis model struktural adalah *collinearity inner model*, R^2 *value*, f^2 *effect size*, Q^2 *value* dan q^2 *effect size*, signifikansi model jalur dan *mediating effect* (Hair et al., 2017).

4.4.1 Hasil Pengujian *Collinearity* (*Inner Model*)

Pengujian terhadap kolinearitas *inner model* perlu dilakukan sebelum melakukan pengujian model struktural. Hal ini dilakukan untuk menghindari terjadinya bias pada hasil regresi. Adapun kriteria yang digunakan untuk menguji kolinearitas *inner model* adalah *variance inflation factor* (VIF) harus kurang dari 5 (Hair et al., 2019).

Tabel 4.16 Hasil Pengujian *Collinearity* Pada *Inner Model*

	BH	EL	KS	SB	SC	SM
BH				2,690		
EL			1,000	3,091	1,000	
KS				2,669		
SB						
SC				3,711		
SM				2,076		

Tabel 4.16 menunjukkan nilai VIF pada semua hubungan antara variabel endogen dengan variabel eksogen. Variabel eksogen di sini berperan sebagai variabel *predictor* (prediksi). Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.16 diperoleh hasil sebagai berikut:

1) *Empowerment leadership* sebagai variabel prediksi dari *knowledge sharing* mempunyai nilai VIF sebesar 1,000;

2) *Empowerment leadership* sebagai variabel prediksi dari *safety climate* mempunyai nilai VIF sebesar 1,000;
3) *Behavioral habit, empowerment leadership, knowledge sharing, safety climate* dan *safety motivation* sebagai variabel prediksi dari *safety behavior* secara berurutan mempunyai nilai VIF sebesar (2,690), (3,091), (2,669), (3,711), dan (2,076).

Dengan demikian, semua kombinasi nilai VIF pada hubungan antara variabel endogen dengan variabel eksogen telah memenuhi kriteria *collinearity* terhadap *inner model* yaitu VIF < 5.

4.4.2 Hasil Pengujian *Coefficient of Determination* (R^2 *value*)

Kriteria yang digunakan untuk menguji *coefficient of determination* adalah R^2 *value*. Terdapat tiga kategori yang digunakan untuk menjelaskan kekuatan prediksi nilai R^2 yaitu: 0,75 (*substantial*); 0,50 (*moderate*); dan 0,25 (*weak*). Namun, apabila nilai R^2 yang dihasilkan dalam model mempunyai nilai lebih dari 0,90 maka model yang disusun tersebut dapat dikatakan telah *overfit* (Hair et al., 2019). Di bawah ini akan ditampilkan hasil pengujian terhadap *coefficient of determination* dari variabel endogen, yaitu sebagai berikut:

Tabel 4.17 Hasil Pengujian *Coefficient of Determination*

Variabel	R^2 *value*	Keterangan
Knowledge sharing	0,415	*Weak*
Safety behavior	0,807	*Substantial*
Safety climate	0,655	*Moderate*

Berdasarkan hasil pengolahan data untuk menguji *coefficient of determination* seperti yang ditampilkan pada tabel 4.17 di atas, dapat diketahui bahwa kekuatan prediktif tertinggi terdapat pada variabel *safety behavior* (0,807). Selanjutnya diikuti oleh variabel *safety climate* yang mempunyai kekuatan prediktif *moderate* (0,655). Sedangkan untuk variabel *knowledge sharing* diketahui mempunyai kekuatan prediktif paling rendah pada model yang disusun dengan nilai R^2 sebesar 0,415 (*weak*).

4.4.3 Hasil Pengujian f^2 *effect size*

Hasil pengujian terhadap f^2 *effect size* bermanfaat dalam menunjukkan seberapa besar dampak yang diberikan terhadap R^2 *value* variabel endogen apabila terdapat perubahan jumlah variabel prediksi tertentu (Hair et al., 2017). Adapun *rule of thumb* yang digunakan untuk menjelaskan seberapa besar nilai f^2 *effect size* berpengaruh yaitu: > 0,02 (*small*); > 0,15 (*medium*) dan > 0,35 (*large*) (Cohen, 1988, Hair et al., 2017).

Tabel 4.18 Hasil Pengujian Terhadap f^2 *effect size*

	f^2 *effect zize*	**Keterangan**
BH → SB	0,123	*Small*
EL → KS	0,710	*Large*
EL → SB	0,013	*No effect*
EL → SC	1,899	*Large*
KS → SB	0,012	*No effect*
SC → SB	0,340	*Medium*
SM → SB	0,190	*Medium*

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.18 di atas, maka penjelasan dari hasil tersebut adalah sebagai berikut:

1) *Behavioral habit* mempunyai *effect size* yang kecil terhadap *safety behavior*;
2) *Empowerment leadership* mempunyai *effect size* yang besar terhadap *knowledge sharing*;
3) *Empowerment leadership* tidak mempunyai *effect size* terhadap *safety behavior*;
4) *Empowerment leadership* mempunyai *effect size* yang besar terhadap *safety climate*;
5) *Knowledge sharing* tidak mempunyai *effect size* terhadap *safety behavior*;
6) *Safety climate* mempunyai *effect size* yang sedang/ menengah terhadap *safety behavior*;
7) *Safety motivation* mempunyai *effect size* yang sedang/ menengah terhadap *safety behavior*.

4.4.4 Hasil Pengujian *Predictive Relevance* (Q^2 *value*)

Kriteria yang digunakan untuk menguji *predictive relevance* adalah Q^2 *value* dengan metode pengukuran menggunakan *blindfolding procedure*. Apabila nilai Q^2 lebih besar dari 0 maka model tersebut mempunyai *predictive relevance.* Adapun *rule of thumb* yang digunakan untuk menjelaskan seberapa besar nilai Q^2 mengukur relevansi prediktif yaitu sebagai berikut: > 0 (*small*); > 0,25 (*medium*) dan > 0,50 (*large*) (Hair et al., 2017).

Tabel 4.19 Hasil Pengujian *Predictive Relevance*

Variabel	Q^2 *Value*	Keterangan
Knowledge sharing	0,231	*Small*
Safety behavior	0,481	*Medium*
Safety climate	0,336	*Medium*

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.19 di atas, dapat diketahui bahwa pengujian terhadap *predictive relevance* mempunyai nilai Q^2 lebih dari 0 yang menunjukkan bahwa variabel pada model dalam penelitian ini mempunyai *predictive relevance*. Untuk tingkat *predictive relevance* yang terdapat pada model dapat dikategorikan *small* sampai *medium*.

4.4.5 Hasil Pengujian q^2 *effect size*

Pengujian terhadap q^2 *effect size* dilakukan secara manual karena pada program SmartPLS versi 3 belum mengakomodir penghitungan ini. Adapun *rule of thumb* yang digunakan untuk menjelaskan seberapa besar nilai q^2 *effect size* berpengaruh yaitu: > 0,02 (*small*); > 0,15 (*medium*) dan > 0,35 (*large*). Rumus yang digunakan untuk menghitung q^2 *effect size* menurut Hair et al. (2017) adalah sebagai berikut:

$$q^2 = \frac{Q^2_{included} - Q^2_{exluded}}{1 - Q^2_{included}}$$

Tabel 4.20 Hasil Pengujian Terhadap q^2 *effect size*

	$Q^2_{included}$	$Q^2_{excluded}$	q^2 *effect size*	Keterangan
KS → SB	0,481	0,490	0,017	*No effect*
SC → SB	0,481	0,442	0,076	*Small*

Tabel 4.20 Hasil Pengujian Terhadap q^2 *effect size* (Lanjutan)

	$Q^2_{included}$	$Q^2_{excluded}$	q^2 *effect size*	**Keterangan**
BH → SB	0,481	0,468	0,025	*Small*
EL → KS	0,231	0,000	0,300	*Medium*
EL → SB	0,481	0,490	-0,017	*No effect*
EL → SC	0,336	0,000	0,506	*Large*
SM → SB	0,481	0,458	0,044	*Small*

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.20, maka penjelasan dari hasil tersebut adalah sebagai berikut:

1) *Knowledge sharing* dan *empowerment leadership* tidak mempunyai *effect size* terhadap *safety behavior*;
2) *Empowerment leadership* mempunyai *effect size* yang sedang terhadap *knowledge sharing*;
3) *Empowerment leadership* mempunyai *effect size* yang besar terhadap *safety climate*;
4) *Safety climate*, *behavioral habit* dan *safety motivation* mempunyai *effect size* yang rendah terhadap *safety behavior*.

4.4.6 Hasil Pengujian Hipotesis

Terdapat tiga pilihan kriteria sebagai alternatif dalam menganalisis hipotesis yang disusun dalam model yaitu signifikansi *t*-values, *p*-values dan *confidence intervals*. Dengan menggunakan signifikansi pada level 5%, *threshold value* yang digunakan yaitu *t*-values > 1,96; *p*-values < 0,05; dan tidak terdapat nilai 0 (nol) antara batas bawah dan batas atas dalam *confidence intervals*.

Tabel 4.21 Hasil Pengujian Hipotesis

Hipotesis	**Jalur**	***Path Coefficient***	***t*-value**	***p*-value**	**95% *Confidence Interval Bias Corrected***	**Keterangan**
H1	EL → SB	-0,087	0,815	0,208	[-0,221 0,112]	Ditolak
H2	EL → SC	0,809	15,708	0,000	[0,224 0,672]	Diterima
H3	SC → SB	0,494	3,574	0,000	[0,062 0,494]	Diterima
H4	EL → KS	0,644	7,132	0,000	[0,430 0,760]	Diterima
H5	KS → SB	0,078	0,663	0,254	[-0,083 0,303]	Ditolak
H6	SM → SB	0,276	2,587	0,005	[0,131 0,471]	Diterima
H7	BH → SB	0,253	1,945	0,026	[0,062 0,494]	Diterima

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.21 diperoleh hasil bahwa lima hipotesis penelitian diterima (EL → SC, SC → SB, EL → KS, SM → SB, BH → SB) dan dua hipotesis ditolak (EL → SB, KS → SB). Hipotesis yang diterima menunjukkan bahwa terdapat pengaruh secara positif antara variabel eksogen dengan endogennya. Sedangkan untuk hipotesis yang ditolak menunjukkan tidak adanya pengaruh antara variabel eksogen dengan endogennya.

4.4.7 Hasil Pengujian *Mediating Effect*

Hasil pengujian terhadap *mediating effect* antar variabel pada model yang dikembangkan dalam penelitian ini dapat diketahui dari signifikansi yang terdapat dalam *specific indirect effect*. Pada penelitian ini, variabel yang diuji untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh mediasi antara variabel *empowering leadership* dengan *safety behavior* adalah *knowledge sharing* dan *safety climate*.

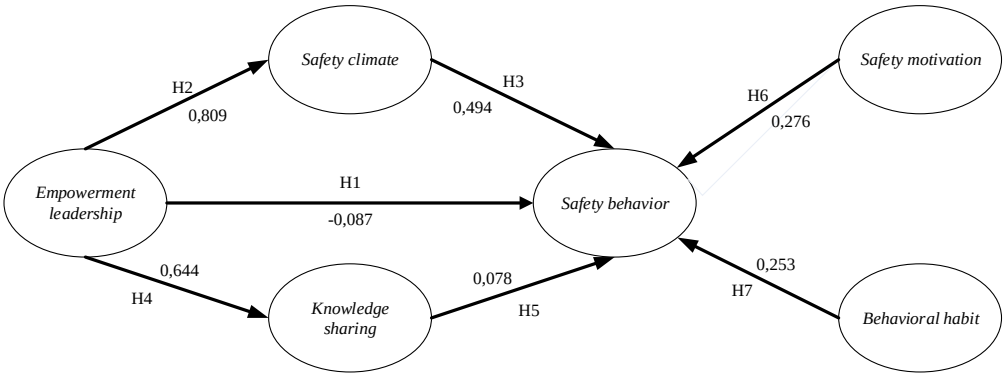
Tabel 4.22 Hasil Pengujian *Specific Indirect Effect*

	***t*-value**	***p*-value**	**95% *Confidence Interval Bias Corrected***	**Keterangan**
EL→KS→SB	0,633	0,527	[-0,087 0,248]	*No*
EL→SC→SB	3,490	0,001	[0,175 0,603]	*Yes*

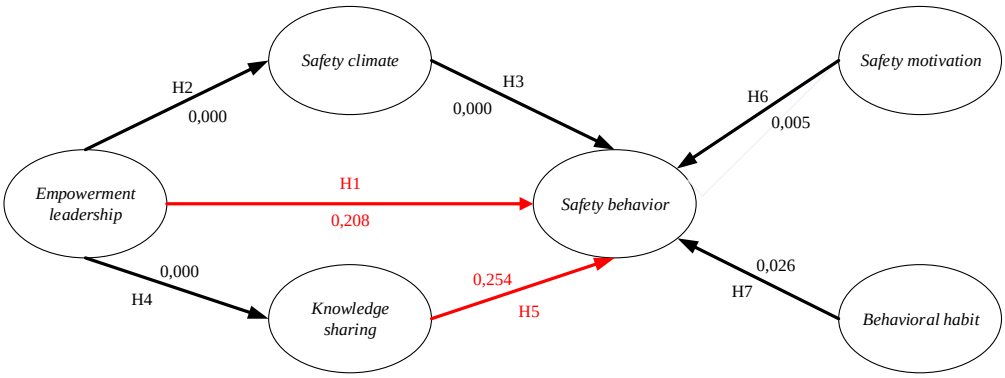
Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.22 di atas, dapat diketahui bahwa variabel yang mempunyai pengaruh mediasi pada *empowerment leadership* dengan *safety behavior* adalah *safety climate*. Sedangkan *knowledge sharing* tidak mempunyai pengaruh mediasi pada *empowerment leadership* dengan *safety behavior*.

4.4.8 Diagram Akhir Pengembangan Model

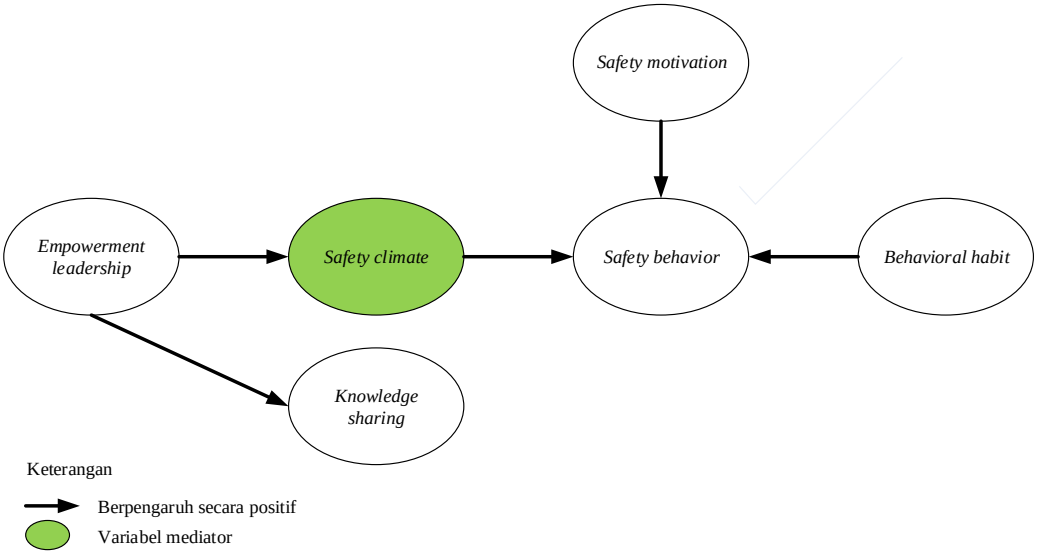
Diagram akhir pengembangan model *safety behavior* sebagai upaya penerapan keselamatan dan kesehatan kerja di puskesmas dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 4.1 *Path Coefficient* Model Struktural



Gambar 4.2 Hasil Pengujian Hipotesis Pada Model Awal



Gambar 4.3 Hasil Akhir Pengembangan Model

Berdasarkan diagram yang ditunjukkan pada gambar 4.1, gambar 4.2 dan gambar 4.3 dapat diketahui bahwa variabel yang mempunyai pengaruh secara positif terhadap *safety behavior* adalah *safety climate*, *safety motivation* dan *behavioral habit*. Sedangkan variabel *empowerment leadership* dan *knowledge sharing* tidak berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*. Pada model pengembangan ini, variabel *safety climate* berperan sebagai *full mediator* antara *empowerment leadership* dengan *safety behavior*.

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

BAB 5
PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai pembahasan dari hasil penelitian yang telah disampaikan pada bab sebelumnya. Pembahasan mengenai hasil penelitian ini akan menampilkan analisis dan interpretasi data berdasarkan hasil pengolahan data dan referensi yang sesuai.

5.1 Pembahasan Mengenai Karakteristik Responden

5.1.1 Pembahasan Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Karakteristik responden yang pertama akan dibahas adalah berdasarkan jenis kelamin. Jumlah responden yang dapat dikumpulkan dalam penelitian ini berjumlah 66 orang dimana sebagian besar didominasi oleh responden dengan jenis kelamin perempuan. Berdasarkan data yang ditampilkan pada tabel 4.1, jumlah responden perempuan memang lebih banyak jika dibandingkan dengan responden laki-laki. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa jumlah responden perempuan dalam penelitian ini hampir 9 kali lipat daripada jumlah responden laki-laki. Perbedaan jumlah yang sangat tinggi ini bukan karena pemilihan responden yang secara khusus memilih perempuan tetapi data yang diperoleh menjelaskan demikian. Pada saat proses pengambilan data, kuesioner penelitian diberikan secara langsung kepada semua tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas.

5.1.2 Pembahasan Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Karakteristik responden selanjutnya yang akan dibahas adalah berdasarkan jenis pekerjaan. Berdasarkan data yang ditampilkan pada tabel 4.2, jumlah responden yang paling banyak adalah perawat (22,73%) diikuti bidan (18,18%); dokter umum (15,15%); dokter gigi dan penyuluh kesehatan (9,09%); apoteker dan ahli gizi (6,06%); analis laboratorium dan sanitarian (4,55%). Meskipun jumlah tenaga kesehatan lain mempunyai jumlah yang sama dengan analis laboratorium dan sanitarian akan tetapi jumlah tersebut merupakan gabungan dari tiga jenis pekerjaan yaitu asisten apoteker, psikolog, tenaga kesehatan tradisional. Ketiga

jenis pekerjaan tersebut hanya terdapat pada Puskesmas tertentu saja disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Jumlah perawat dalam penelitian ini mempunyai proporsi paling tinggi diantara jenis pekerjaan lainnya, hal ini sesuai dengan Lee et al. (2019) yang menjelaskan bahwa perawat mempunyai peranan penting sebagai *safeguard* pasien dan pelaksana utama dalam menjaga keselamatan serta kualitas pelayanan klinis.

5.1.3 Pembahasan Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja

Karakteristik responden terakhir yang akan dibahas adalah berdasarkan lama bekerja. Berdasarkan data yang ditampilkan pada tabel 4.3 sebelumnya, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai pengalaman bekerja (lama bekerja) di Puskesmas kurang dari 5 tahun (51,52%) kemudian diikuti oleh responden dengan lama bekerja 5 – 10 tahun (27,27%), >10 – 15 tahun (12,12) dan >15 tahun (9,09%). Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan dalam penelitian ini belum lama bekerja di Puskesmas yang menjadi objek penelitian. Tingginya jumlah tenaga kesehatan dengan lama bekerja kurang dari 5 tahun ini bisa dikarenakan beberapa hal seperti sering terjadi rotasi pegawai, meningkatnya jumlah pegawai lama yang pensiun dan adanya sistem kontrak kerja yang biasanya berada pada kisaran 3 bulan – 2 tahun. Untuk tenaga kesehatan yang telah berakhir kontrak kerjanya biasanya akan dievaluasi kembali oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Semisal hasil evaluasi performa pekerjaannya baik dan puskesmas masih membutuhkan tenaga kesehatan tersebut maka kontrak kerja akan diperpanjang, akan tetapi bila hasil evaluasi performa pekerjaannya kurang memuaskan maka ada kemungkinan kontrak kerjanya tidak akan dilanjutkan kembali.

5.2 Pembahasan Mengenai *Reflective Measurement Models*

Reflective measurement models digunakan untuk menguji variabel dengan indikator reflektif. Indikator reflektif ini merupakan hasil manifestasi dari variabel. Sehingga arah panah dalam menggambarkan hubungan diantara keduanya adalah dari variabel menuju ke indikator. Terdapat empat tahap pengujian yang dilakukan

dalam *reflective measurement models* yaitu *indicator loadings*, *internal consistency reliability*, *convergent validity* dan *discriminant validity* (Hair et al., 2017).

5.2.1 Pembahasan Hasil Pengujian *Indicator Loadings*

Tahap pertama dalam *reflective measurement models* adalah menguji *indicator loadings* pada semua variabel yang termasuk dalam model reflektif. Untuk menganalisis seberapa besar hasil pengujian terhadap *indicator loadings* ini dapat dilihat dari nilai *outer loadings*-nya. Semakin tinggi nilai *outer lodings* maka semakin tinggi kesamaan yang dimiliki antara indikator dengan variabel. Hal ini semakin memperkuat indikasi bahwa indikator yang digunakan merupakan hasil manifestasi dari variabelnya. Standar nilai *outer lodings* yang digunakan sebagai batas ambang minimal adalah ≥ 0,708. Penentuan batas ambang minimal ini berhubungan erat dengan hasil kuadrat *outer loadings* yang merepresentasikan seberapa besar varian indikator dapat dijelaskan oleh variabel. Sebagai variabel yang layak digunakan dalam pengujian model struktural maka variabel harus dapat mewakili minimal 50% varian dari setiap indikatornya. Dengan adanya penjelasan di atas maka nilai minimal *outer loadings* adalah 0,708 karena hasil kuadrat dari 0,708 kurang lebih sebesar 0,50 (Hair et al., 2017).

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.4, dapat diketahui bahwa hasil pengujian terhadap *indicator loadings* pada semua variabel mempunyai nilai *outer loadings* lebih dari 0,708. *Outer loadings* yang mempunyai nilai ≥ 0,708 mengindikasikan bahwa variabel telah dapat menjelaskan lebih dari 50% varian indikator (Hair et al., 2019). Dengan demikian, pengujian terhadap *indicator loadings* terhadap semua indikator pada variabel *behavioral habit*, *empowerment leadership*, *safety behavior* dan *safety motivation* telah terpenuhi.

5.2.2 Pembahasan Hasil Pengujian *Internal Consistency Reliability*

Tahap kedua dalam *reflective measurement models* adalah menguji *internal consistency reliability*. Terdapat tiga alternatif pengujian yang dapat digunakan yaitu *cronbach's alpha*, *composite reliability* dan rho_A. *Cronbach's*

alpha merupakan pengukuran reliabilitas yang paling konservatif. Nilai reliabilitas yang diberikan untuk pengukuran ini biasanya relatif lebih rendah, sehingga pengukuran dengan *cronbach's alpha* dapat disebut sebagai representasi dari batas bawah reliabilitas suatu variabel. Berbeda dengan *cronbach's alpha*, pengukuran dengan kriteria *composite reliability* cenderung berlebihan dalam mengukur reliabilitas, sehingga nilai yang dihasilkan dengan pengukuran ini biasanya cenderung lebih tinggi. Oleh karena itu, *composite reliability* dapat disebut sebagai representasi dari batas atas reliabilitas suatu variabel (Hair et al., 2012).

Alternatif lain yang dapat digunakan dalam mengukur reliabilitas suatu variabel penelitian adalah rho_A. Dalam pengukuran ini, nilai reliabilitas yang dihasilkan oleh rho_A biasanya berada diantara *cronbach's alpha* dan *composite reliability* (Dijkstra dan Henseller, 2015). Hal ini sesuai dengan penjelasan yang disampaikan oleh Hair et al. (2017) yaitu untuk melihat nilai sebenarnya dari pengukuran reliabilitas maka nilai tersebut biasanya berada diantara *cronbach's alpha* (sebagai batas bawah) dengan *composite reliability* (sebagai batas atas). Sehingga pengukuran dengan kriteria rho_A ini dapat digunakan sebagai representasi yang cukup baik dalam melihat reliabilitas suatu variabel penelitian (Hair et al., 2019).

Adapun *threshold value* dari *cronbach alpha* adalah > 0,70 (Hulland, 1999), *threshold value* untuk kriteria rho_A dan *composite reliability* adalah minimal adalah 0,70 dan maksimal 0,95. Sedangkan nilai *internal consistency reliability* yang ideal adalah berada pada rentang 0,70 – 0,90 (Hair et al., 2019). Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.5, tabel 4.6 dan tabel 4.7 dapat diketahui bahwa hasil pengujian *internal consistency reliability* pada variabel *behavioral habit*, *empowerment leadership*, *safety behavior* dan *safety motivation* telah terpenuhi. Meskipun masih terdapat nilai reliabilitas yang lebih dari 0,90 tetapi dari nilai tersebut masih berada dibawah 0,95 sehingga keempat variabel ini masih dapat dikategorikan reliabel dan dapat digunakan untuk pengujian selanjutnya.

5.2.3 Pembahasan Hasil Pengujian *Convergent Validity*

Tahap ketiga dalam *reflective measurement models* adalah menguji *convergent validity*. Nilai yang terdapat pada hasil pengujian *convergent validity* ini akan memuat seberapa besar variabel dapat menjelaskan varian yang ada pada indikatornya minimal 50%. Adapun *threshold value* yang digunakan adalah *average variance extracted* (AVE) lebih dari 0,50 (Hair et al., 2019). Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.8 dapat diketahui bahwa hasil pengujian *convergent validity* terhadap variabel *behavioral habit, empowerment leadership, safety behavior* dan *safety motivation* telah terpenuhi karena nilai AVE setiap variabel lebih tinggi daripada 0,50. Dengan terpenuhinya nilai minimum AVE dari setiap variabel maka keempat variabel tersebut masing-masing telah mampu menjelaskan rata-rata lebih dari setengah varian indikatornya (Hair et al., 2017).

5.2.3 Pembahasan Hasil Pengujian *Discriminant Validity*

Tahap keempat dalam *reflective measurement models* adalah menguji *discriminant validity* (validitas diskriminan). Validitas diskriminan digunakan untuk menguji sejauh mana variabel penelitian berbeda antara satu dengan lainnya. Dengan adanya perbedaan ini maka variabel tersebut bersifat unik dan dapat menangkap fenomena yang tidak ditangkap oleh variabel lain dalam model. Pada pengujian validitas diskriminan ini terdapat tiga alternatif pengujian yaitu *cross-loading*, kriteria Fornell-Larcker dan *heterotrait-monotrait ratio* (HTMT) (Hair et al., 2017). *Cross-loading* merupakan alternatif pertama yang digunakan untuk menguji validitas diskriminan dari indikator. Cara yang digunakan untuk menguji validitas diskriminan dengan kriteria ini yaitu membandingkan nilai *cross-loading* setiap indikator pada variabel yang diuji harus lebih dari 0,70 (Ghozali dan Latan, 2015). Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.9 dapat diketahui bahwa nilai *cross-loading* indikator pada setiap variabel mempunyai nilai lebih dari 0,70. Hal ini menunjukkan bahwa validitas diskriminan tingkat indikator telah terpenuhi.

Alternatif kedua yang digunakan dalam menguji validitas diskriminan adalah kriteria Fornell-Larcker. Pengujian yang dilakukan pada kriteria ini adalah

membandingkan akar kuadrat AVE setiap variabel dengan nilai korelasi antar variabel dalam model. Validitas diskriminan yang baik untuk kriteria Fornell-Larcker ditunjukkan dengan nilai akar kuadrat AVE setiap variabel harus lebih besar dari korelasi antar variabel dalam model (Ghozali dan Latan, 2015). Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.10 dapat diketahui bahwa nilai akar kuadrat AVE setiap variabel lebih tinggi jika dibandingkan dengan korelasi antar variabel laten lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa validitas diskriminan tingkat variabel telah terpenuhi. Alternatif ketiga yang digunakan dalam menguji validitas diskriminan adalah *heterotrait-monotrait ratio* (HTMT). HTMT merupakan pendekatan yang mengestimasi *true correlation* antara dua variabel. Adapun *threshold value* yang digunakan adalah nilai HTMT kurang dari 0,90 dan untuk penilaian HTMT yang lebih konservatif adalah kurang dari 0,85 (Henseler et al., 2015). Setelah itu, diperlukan juga untuk melihat apakah nilai HTMT secara signifikan lebih rendah dari *threshold value* atau apakah nilai HTMT secara signifikan tidak mengandung nilai 1. Untuk mendapatkan hasil signifikansi tersebut dapat dilakukan dengan prosedur *bootstrapping* dengan melihat nilai *confidence interval*-nya (Hair et al., 2019).

Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.11 dan tabel 4.12 dapat diketahui bahwa nilai HTMT pada semua korelasi variabel mempunyai nilai kurang dari 0,90. Sedangkan untuk hasil pengujian terhadap signifikansi nilai HTMT tersebut dapat diketahui bahwa masih terdapat satu kombinasi hubungan variabel yang nilai *confidence interval*-nya terdapat nilai 1 yaitu SB → BH. Hair et al. (2017) menjelaskan bahwa adanya nilai 1 pada nilai *confidence intervals* menunjukkan bahwa kedua variabel tersebut kemungkinan mempunyai korelasi. Meskipun pengujian validitas diskriminan dengan kriteria HTMT belum sepenuhnya terpenuhi, akan tetapi kedua pengujian sebelumnya yaitu *cross-loading* dan kriteria Fornell-Larcker sudah terpenuhi. Dengan terpenuhinya semua pengujian dalam *reflective measurement models* ini maka langkah selanjutnya adalah melakukan pengujian terhadap *structural model*.

5.3 Pembahasan Mengenai *Formative Measurement Models*

5.3.1 Pembahasan *Collinearity*

Tahap pertama dalam *formative measurement model* adalah menguji *collinearity*. Berbeda dengan model reflektif, tingkat korelasi yang tinggi antar indikator dalam satu variabel pada model formatif sangat tidak diharapkan karena hal ini dapat memunculkan kolinearitas yang dapat mengganggu perhitungan estimasi *weight* dan signifikansinya. Dimana pengujian *weight* ini akan digunakan mengukur model formatif pada tahap selanjutnya. Adapun kriteria yang digunakan untuk menilai kolinearitas dari indikator penelitian adalah nilai *variance inflation factor* (VIF) harus kurang dari 5 (Hair et al., 2017). Menurut hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.13 sebelumnya, hasil pengujian terhadap VIF setiap indikator dalam variabel *knowledge sharing* dan *safety climate* mempunyai nilai kurang dari 5 sehingga *collinearity* tidak mencapai batas kritis dalam pengukuran model formatif. Hal ini menjelaskan bahwa tidak ada masalah kolinearitas antar indikator dalam satu variabel (Hair et al., 2019; Law dan Fong 2020).

5.3.2 Pembahasan *Significance and Relevance of Indicator Weights*

Tahap selanjutnya dalam *formative measurement model* setelah diketahui tidak ada masalah kolinearitas antar indikator dalam satu variabel adalah menguji *significance and relevance of indicator weights*. Nilai *weights* dapat merepresentasikan kontribusi relatif setiap indikator dalam membentuk variabel. Nilai estimasi *weights* pada model pengukuran formatif biasanya mempunyai nilai lebih kecil jika dibandingkan dengan nilai *loadings* pada model pengukuran reflektif. Metode yang digunakan untuk menguji *significance and relevance of indicator weights* adalah dengan *bootstrapping*. Pada pelitian ini *subsamples* yang digunakan pada metode *bootstrapping* adalah 1000 (Ghozali dan Latan, 2015).

Menurut hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.14, dapat diketahui bahwa sebagian besar indikator dalam variabel *knowledge sharing* dan *safety climate* secara statistik tidak signifikan pada level 5% dan hanya terdapat dua indikator saja yang signifikan pada level 5% yaitu SC1 (0,014) dan SC3

(0,006). Meskipun dalam pengujian *significance of indicator weights* memperoleh hasil yang tidak signifikan, belum tentu hasil ini merepresentasikan kualitas model pengukuran yang buruk. Sehingga dapat dipertimbangkan untuk melihat bagaimana kontribusi absolut indikator terhadap variabelnya. Untuk melihat seberapa besar nilai kontribusi absolut indikator terhadap variabelnya, dapat diketahui melalui nilai *outer loadings* (Cenfentelli dan Bassellier, 2009; Hair et al., 2019). Hair et al. (2019) menjelaskan bahwa indikator yang tidak signifikan tersebut dapat dihapus dari model apabila nilai *outer loadings* pada indikator tersebut kurang dari 0,50 dan mempunyai *p*-value lebih dari 0,05 (tidak signifikan). Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.15, dapat diketahui bahwa *outer loadings* semua indikator menunjukkan nilai di atas 0,50 dan secara statistik telah signifikan pada level 5% sehingga indikator tersebut masih relevan dan dapat dipertahankan.

5.4 Pembahasan Mengenai *Structural Models*

Setelah dilakukan pembahasan mengenai analisis pengujian terhadap *measurement model* (*reflective dan formative model*) maka tahap selanjutnya dilakukan pembahasan mengenai analisis pengujian terhadap *structural models*. Analisis dalam *structrural models* ini akan membahas mengenai beberapa hal terkait pengembangan model *safety behavior* pada tenaga kesehatan di Puskesmas. Analisis tersebut mencakup *collinearity* (kolinearitas) pada *inner model*, *coefficient of determination* (koefisien determinasi) melalui R^2 *value*, f^2 *effect size*, *predictive relevance* (relevansi prediktif) melalui Q^2 *value*, q^2 *effect size*, serta pengujian model hipotesis melalui signifikansi jalur model dan *mediating effect* (pengaruh mediasi dalam model). Analisis terhadap *collinearity* pada *inner model* dilakukan dengan kriteria nilai VIF < 5. Pengujian ini digunakan untuk mengidentifikasi adanya masalah multikolinearitas pada hubungan antar variabel dalam model yang dikembangkan (*inner model*) (Law dan Fong, 2020). Berdasarkan hasil pengolahan data seperti yang ditampilkan pada tabel 4.16, diperoleh hasil bahwa tidak ada masalah kolinearitas yang terjadi pada *inner model* karena nilai VIF untuk setiap hubungan antar variabel yang diuji mempunyai nilai kurang dari 5. Hal ini dapat

menjelaskan bahwa variabel eksogen yang terdapat dalam model dapat berperan sebagai *predictor* untuk variabel endogennya.

Mengacu hasil pengolahan data pada tabel 4.17, dapat diketahui nilai R^2 dalam penelitian ini berada pada rentang 0,415 sampai dengan 0,807. Nilai ini mengindikasikan kekuatan prediktif variabel endogen berada pada rentang lemah sampai dengan kuat (*substantial*). Sebagai penunjang, suatu model dapat dianggap mempunyai nilai prediktif yang relevan jika mempunyai nilai Q^2 lebih dari 0 (Sarstedt et al., 2017). Sesuai dengan hasil pengujian seperti yang ditampilkan dalam tabel 4.19, tingkat relevansi prediktif yang terdapat dalam model adalah *medium* atau sedang. Meskipun tingkat kekuatan prediktif dalam model belum menunjukkan kekuatan yang kuat pada semua variabelnya, akan tetapi penilaian tersebut sudah cukup untuk dapat digunakan dalam menjelaskan beberapa hubungan antar variabel dalam model yang dikembangkan pada penelitian ini. Berdasarkan hasil pengolahan data pada tabel 4.18 dan tabel 4.20, menunjukkan hasil bahwa dalam model terdapat variabel eksogen yang mempunyai *effect size* relatif rendah terhadap variabel endogen, bahkan sampai ada variabel eksogen yang tidak mempunyai *effect size* terhadap variabel endogen. Secara statistik hal ini dapat menjadi alasan mengapa kekuatan prediktif variabel pada model yang dikembangkan tidak semuanya mempunyai kekuatan yang besar, akan tetapi hasil yang ada tersebut masih cukup untuk menunjang dalam menyusun pengembangan model dalam penelitian ini.

Pada penelitian ini terdapat tujuh hipotesis yang disusun dalam mengembangkan model *safety behavior* pada tenaga kesehatan di puskesmas. Analisis hipotesis penelitian disesuaikan dengan hasil pengolahan data yang terdapat dalam tabel 4.21. Pengujian hipotesis dilakukan dengan level signifikansi sebesar 5%. Hipotesis pertama yang disusun adalah *empowerment leadership* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*. Penelitian ini menemukan bahwa *empowerment leadership* tidak berpengaruh positif terhadap *safety behavior*. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya yang mendukung *empowerment leadership* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior* (Lee et al., 2019). Perbedaan hasil ini dapat dimungkinkan karena tempat penelitian yang berbeda, dimana pada penelitian yang dilakukan oleh Lee et al. (2019) dilakukan di

rumah sakit sedangkan pada penelitian ini dilakukan pada puskesmas. Selain itu kemungkinan yang dapat terjadi karena adanya perbedaan lama kerja pada responden. Dalam penelitian tersebut, disebutkan bahwa sebagian besar responden yang berpartisipasi mempunyai masa kerja lebih dari 5 tahun sedangkan responden dalam penelitian ini belum lama bekerja di puskesmas sehingga belum merasakan dampak kepemimpinan yang dilakukan oleh kepala puskesmas atau kepala bidang terutama mengenai perilaku aman saat bekerja. Penyebab lainnya adalah baru terbentuknya perhatian terhadap pelaksanaan K3 di puskesmas. Menurut hasil wawancara yang dilakukan terhadap pegawai puskesmas, pihak dinas kesehatan baru mengeluarkan peraturan untuk melaporkan kegiatan dalam menunjang pelaksanaan K3 di tahun 2019. Sehingga adanya program yang baru dijalankan tersebut menyebabkan peranan pimpinan di puskesmas belum begitu optimal.

Hipotesis kedua yang disusun adalah *empowerment leadership* berpengaruh secara positif terhadap *safety climate*. Penelitian ini menemukan bahwa *empowerment leadership* berpengaruh positif terhadap *safety climate*. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang disampaikan Ji et al. (2019) yang menjelaskan bahwa *empowerment leadership* dapat berpengaruh secara positif terhadap *safety climate*. Dengan adanya dukungan pimpinan terhadap pembuatan kebijakan yang menunjang pelaksanaan K3 di puskesmas menunjukkan bahwa puskesmas semakin perhatian dalam meningkatkan kualitas *safety climate* untuk pegawainya. Berdasarkan hasil yang diperoleh dalam penelitian, dapat diketahui bahwa peran komitmen dari pihak manajemen baik puskesmas maupun dinas kesehatan dan komunikasi yang baik dapat meningkatkan kualitas *safety climate* di lingkungan puskesmas.

Hipotesis ketiga yang disusun adalah *safety climate* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*. Penelitian ini menunjukkan hasil yang positif terhadap pengaruh *safety climate* pada *safety behavior* tenaga kesehatan dimana hasil ini juga didapatkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Lee et al. (2019) pada tenaga kesehatan di rumah sakit Taiwan. Tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas berpendapat bahwa iklim organisasi yang terbangun dengan baik terutama yang mengedepankan perhatian terhadap K3 akan memudahkan pegawai Puskesmas untuk berperilaku dengan aman saat bekerja. Selain itu, *safety climate*

mempunyai pengaruh mediasi antara *empowerment leadership* dengan *safety behavior* (dapat dilihat pada tabel 4.22). Berdasarkan hasil dalam penelitian ini, peran pemimpin untuk meningkatkan perilaku aman pada pegawai puskesmas adalah dengan membentuk iklim organisasi yang sesuai dengan penerapan K3 di fasilitas kesehatan sehingga semakin memudahkan pegawai untuk berperilaku aman saat bekerja. Karena bidang pekerjaan yang dilakukan oleh pegawai Puskesmas meliputi kegiatan di dalam gedung dan di luar gedung maka perlu dipertimbangkan juga untuk membentuk suasana bekerja yang mendukung penerapan K3 pada dua kegiatan tersebut.

Hipotesis keempat yang disusun adalah *empowerment leadership* berpengaruh secara positif terhadap *knowledge sharing*. Hasil dalam penelitian ini menunjukkan dukungan terhadap hipotesis tersebut. Lee et al (2019) mengungkapkan bahwa *empowerment leadership* mempunyai peran yang cukup besar dalam kegiatan *knowledge sharing* sehingga hasil yang didapatkan sama dengan hasil pada penelitian ini. Adanya dukungan yang tinggi dari pimpinan puskesmas terhadap penyebaran informasi di kalangan pegawai maka semakin tinggi pula kesempatan untuk menambah informasi bagi pegawai dan bisa digunakan sebagai tempat bertukar ide maupun saran dalam menyelesaikan permasalahan yang ada. Dalam pelaksanaannya di puskesmas, terdapat kegiatan rutin dan non rutin yang dilakukan dalam rangka untuk membahas segala jenis pelaporan program kegiatan dan penyampaian permasalahan yang ada selama bekerja. Dengan adanya kegiatan ini, penyampaian segala informasi baik yang berasal dari pimpinan puskesmas maupun dari pegawai dapat terlaksana dan tersampaikan kepada semua pihak terkait. Sehingga penyebaran informasi di dalam lingkungan puskesmas dapat berjalan secara merata. Selain itu, dengan adanya grup khusus yang dibentuk pada platform *whatsapp* semakin memudahkan pegawai untuk berbagi informasi dengan cepat.

Hipotesis kelima yang disusun adalah *knowledge sharing* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*. Penelitian ini menemukan bahwa *knowledge sharing* tidak berpengaruh terhadap *safety behavior* dimana hasil ini berbeda dengan yang didapatkan oleh Lee et al. (2019). Hal ini kemungkinan dapat terjadi karena adanya kegiatan berbagi informasi yang kurang menekankan pada

penerapan K3 di puskesmas. Menurut pegawai puskesmas, program kegiatan yang berbasis K3 di puskesmas baru dijalankan di tahun 2019 sehingga masih memungkinkan adanya adaptasi dari pegawai puskesmas untuk menerima informasi tersebut dan menjalankannya. Hipotesis keenam yang disusun adalah *safety motivation* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*. Hasil pada penelitian ini menunjukkan dukungan secara statistik terhadap hipotesis tersebut. Adanya pengaruh yang positif antara *safety motivation* terhadap *safety behavior* juga ditemukan pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Chen dan Chen (2014) serta oleh Surbakti et al (2019). Motivasi yang tinggi dari pegawai puskesmas terhadap pelaksanaan K3 di puskesmas semakin meningkatkan kemauan mereka untuk berperilaku aman saat bekerja. Hal ini menunjukkan bahwa pegawai puskesmas telah mendapatkan dorongan baik dari diri sendiri maupun dari orang lain sehingga mereka ingin bekerja dan memberikan pelayanan kesehatan yang optimal dengan tetap memperhatikan keselamatan baik kepada pasien maupun dirinya sendiri.

Hipotesis ketujuh yang disusun adalah *behavioral habit* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*. Penelitian ini menemukan bahwa *behavioral habit* mempunyai pengaruh secara positif terhadap *safety behavior* dimana hasil ini mempunyai persamaan dengan hasil penelitian yang disampaikan oleh Liu et al. (2019). Hal ini dapat disebabkan karena pegawai yang bekerja di puskesmas sebagian besar telah mempunyai pengalaman saat praktek kerja semasa menjalani pendidikan. Sehingga terdapat beberapa kebiasaan yang dilakukan secara berulang. Namun demikian, hasil yang diperoleh antara penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh Liu et al. (2019) mempunyai perbedaan *impact* yang dihasilkan pada hubungan antar kedua variabel tersebut. Menurut hasil penelitian yang disampaikan Liu et al. (2019), *impact* yang diberikan *behavioral habit* terhadap *safety behavior* cukup besar, namun *impact* yang diberikan *behavioral habit* terhadap *safety behavior* yang diperoleh dalam penelitian ini menunjukkan hasil yang relatif kecil. Hal ini kemungkinan dapat terjadi karena tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas masih belum lama bekerja di sana sehingga kebiasaan bekerja secara aman dan sesuai dengan SOP yang diberikan masih belum terbentuk.

5.5 Implikasi Manajerial

Penelitian ini menemukan bahwa *behavioral habit* belum tentu memberikan *impact* yang besar terhadap meningkatnya kualitas *safety behavior* pada tenaga kesehatan. Secara empiris, pada penelitian ini menemukan bahwa *effect size* dari *behavioral habit* terhadap *safety behavior* dapat dikategorikan relatif kecil. Selain itu, pada penelitian ini menemukan bahwa variabel *safety climate* mempunyai peranan paling besar terhadap *safety behavior* dari tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas. *Safety climate* berkaitan dengan persepsi pegawai terhadap kebijakan, prosedur, pelaksanaan dan prioritas yang diterapkan oleh puskesmas berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan kerja (K3). Terdapat dua indikator yang penting untuk diperhatikan oleh pimpinan puskesmas maupun dinas kesehatan mengenai cara dalam meningkatkan kondisi *safety climate* di lingkungan puskesmas yaitu *management commitment* dan *safety communication*.

Management commitment yang dimaksud adalah mengakomodir kebijakan yang telah dikeluarkan terkait K3 sesuai dengan kondisi puskesmas. Meskipun dinas kesehatan tetap mengatur kebijakan pokok yang seharusnya diterapkan, tetapi perlu juga agar puskesmas diberikan ruang dalam mengatur kebijakan seperti apa yang cocok untuk diterapkan dalam puskesmasnya karena puskesmas mempunyai karakteristik wilayah kerja yang berbeda beda. *Safety communication* adalah mengenai peran komunikasi pada semua pihak baik dari internal puskesmas maupun dengan pihak eksternal puskesmas. Peran komunikasi ini sangat penting dalam meciptakan pemahaman yang sama terutama terkait aktivitas yang berhubungan dengan K3. Penerapan K3 menjadi penting karena selain bermanfaat dalam menjaga keselamatan pasien juga bermanfaat menjaga keselamatan pegawai puskesmas.

Mengingat bahwa kondisi selama penelitian ini berlangsung, diketahui bahwa wilayah yang menjadi tempat penelitian yaitu di kota Surabaya sedang berada dalam kondisi pandemi Covid-19. Sehingga peran puskesmas sebagai salah satu garda depan dalam memberikan pelayanan kesehatan di saat pandemi cukup tinggi. Dalam pembuatan kebijakan selama masa pandemi covid-19 ini terutama yang berkaitan dengan K3 di puskesmas, pihak manajemen baik dari puskesmas maupun dinas kesehatan harus memastikan bahwa semua pegawai memahami

konsep *safety* yang diterapkan selama pandemi di wilayah kerja puskesmas. Kebijakan ini seharusnya dibuat secara formal dan dapat diinformasikan kepada semua pihak terkait, baik kepada pihak internal maupun pihak eksternal. Pihak eksternal di sini perlu mendapatkan informasi yang sama karena pelayanan kesehatan yang diberikan dalam UKP sangat erat kaitannya dengan dukungan dari mitra puskesmas sehingga program yang dijalankan tetap dapat optimal.

Salah satu strategi yang dapat dipertimbangkan agar komitmen terkait kebijakan K3 dapat diterapkan di dalam puskesmas adalah menuangkan konsep K3 untuk fasilitas pelayanan kesehatan pada tata nilai organisasi. Hal ini dapat dilakukan dengan mengevaluasi kembali visi, misi dan tujuan puskesmas apakah sudah mengemban nilai K3 atau belum. Apabila belum ada, maka nilai K3 tersebut dapat ditambahkan dengan penyesuaian sesuai kondisi puskesmas. Jika sudah ada, maka langkah selanjutnya adalah dengan mengaktualisai melalui penyusunan SOP yang seharusnya dibuat secara legal dan disesuaikan dengan jenis program kegiatan sesuai di puskesmas masing-masing serta harus diinformasikan kepada semua pihak yang terkait dalam program kegiatan tersebut. Sedangkan peran komunikasi di masa pandemi ini adalah agar bisa saling menjaga dan mengingatkan tentang kebijakan prosedural saat bekerja yang bisa dilakukan melalui media *smartphone* sehingga informasi penting dapat tersampaikan dengan baik dan benar. Selain itu, dengan mengintegrasikan pembahasan mengenai *safety* dan covid-19 pada saat berkomunikasi antara satu orang dengan yang lainnya dapat meningkatkan *safety climate* dan *safety behavior* di wilayah kerja puskesmas.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk menerapkan *safety behavior* di puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Mengevaluasi tata nilai organisasi seperti visi, misi dan tujuan yang telah ada di puskesmas. Jika nilai-nilai K3 sesuai standar pelayanan kesehatan belum tertuang dalam tata nilai organisasi tersebut maka pihak manajemen puskesmas dapat menambahkannya;
2. Melakukan *sharing* dan diskusi dengan pihak dinas kesehatan ataupun pihak tertentu yang ditunjuk dinas kesehatan terkait peningkatan kondisi tempat kerja agar lebih *safety*;

3. Melakukan *sharing* dan diskusi antara pembuat kebijakan dengan perwakilan pegawai puskesmas sebelum menetapkan sebuah kebijakan terkait K3 di puskesmas;
4. Menginformasikan kepada semua pihak mengenai segala informasi K3 yang diterapkan di puskesmas baik melalui media *online* (media sosial) maupun media *offline* (cetak).

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat ditarik dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Variabel *safety climate*, *safety motivation* dan *behavioral habit* berpengaruh secara positif terhadap *safety behavior*. Variabel yang mempunyai peranan paling besar dalam mempengaruhi *safety behavior* di puskesmas adalah *safety climate*. Sedangkan untuk variabel *empowerment leadership* dan *knowledge sharing* tidak mempunyai pengaruh terhadap *safety behavior* di puskesmas.
2. Pengembangan model pada *safety behavior* sebagai upaya untuk menerapkan keselamatan dan kesehatan kerja di puskesmas ini menggunakan variabel *safety climate* (SC), *safety motivation* (SM), *behavioral habit* (BH), *empowerment leadership* (EL) dan *safety behavior* (SB). Dari model ini disusun menjadi 7 hipotesis penelitian. Berdasarkan pengujian hipotesis didapatkan 5 hipotesis diterima yaitu EL berpengaruh secara positif terhadap SC, SC berpengaruh secara positif terhadap SB, EL berpengaruh secara positif terhadap KS, SM berpengaruh secara positif terhadap SB, BH berpengaruh secara positif terhadap SB dan dua hipotesis yang ditolak yaitu EL tidak berpengaruh secara positif terhadap SB, KS tidak berpengaruh secara positif terhadap SB. Pada model ini juga ditemukan bahwa *safety climate* merupakan *full mediator* antara *empowerment leadership* dengan *safety behavior*.

6.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Pembuatan kebijakan mengenai penerapan K3 di puskesmas seharusnya dibuat dengan adanya dukungan komitmen yang tinggi dari pihak manajemen dinas kesehatan dan puskesmas, serta sangat penting untuk dikomunikasikan terlebih dahulu kepada pihak yang terdampak dari adanya kebijakan yang dibuat. Sehingga dapat terbentuk pemahaman yang sama antara pembuat kebijakan dengan pelaksana kebijakan.

2. Dengan adanya keterbatasan dalam pengambilan data pada penelitian ini, untuk selanjutnya dapat dipertimbangkan untuk melakukan penelitian yang serupa pada institusi kesehatan lainnya seperti pada klinik swasta ataupun rumah sakit dengan menambahkan tenaga non kesehatan. Sehingga kajian mengenai *safety behavior* dalam sektor kesehatan ini dapat berkembang tidak hanya khusus pada tenaga kesehatan saja tetapi juga pada tenaga non kesehatan karena pegawai yang bekerja di suatu institusi kesehatan meliputi tenaga kesehatan dan non kesehatan.
3. Penelitian selanjutnya dapat mempertimbangkan hubungan antara safety behavior dengan hasil akreditasi puskesmas serta menambahkan variabel *safety knowledge* (Safitri et al., 2020) untuk mengetahui seberapa besar pengetahuan akan *safety* yang dimiliki oleh seseorang dapat membantu orang tersebut berperilaku dengan aman saat bekerja.

DAFTAR PUSTAKA

Aarts, H., Dijksterhuis, A. (2000). Habits As Knowledge Structures: Automaticity In Goal-Directed Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 53–63.

Al-Bsheish, M. Mustafa, M.b., Ismail, M., Jarrar, M., Meri, A., Dauwed, M. (2019). Perceived Management Commitment and Psychological Empowerment: A Study of Intensive Care Unit Nurses' Safety. *Safety Science*, 118, 63 –640.

Arnold, J.A., Arad, S., Rhoades, J.A., Drasgow, F. (2000). The Empowering Leadership Questionnaire: The Construction And Validation of A New Scale For Measuring Leader Behaviors. *Journal of Organizational Behavior*, 21 (3), 249–269.

Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Bappenas. (2018). *Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar Di Puskesmas*. Jakarta: Kementrian PPN/ Bappenas.

Beus, J.M., McCord, M.A., Zohar, D. (2016). Workplace Safety: A Review and Research Synthesis. *Organizational Psychology Review*. 6 (4), 352–381.

Bell, J., Collins, J.W., Dalsey, E., Sublet, V. (2010). *Slip, Trip, And Fall Prevention For Healthcare Workers*. Ohio: Department of Health And Human Services, National Institute for Occupational Safety and Health.

Burke, M.J., Sarpy, S.A., Tesluk, P.E., Smith-Crowe, K. (2002). General Safety Performance: A Test of A Grounded Theoretical Model. *Personnel Psychology*, 55, 429–457.

Cenfetelli, R.T., Bassellier, G. (2009). Interpretation of Formative Measurement In Information Systems Research. *MIS Quarterly*, 33 (4), 689–708.

Chen, C-F., Chen, S-C. (2014). Measuring The Effects of Safety Management System Practices, Morality Leadership And Self-Efficacy On Pilots' Safety Behaviors: Safety Motivation As A Mediator. *Safety Science*, 62, 376–385.

Christian, M.S., Bradley, J.C., Wallace, J.C., Burke, M.J. (2009). Workplace Safety: A Meta-Analysis of The Roles of Person And Situation Factors. Journal of Applied Psychology, 94 (5), 1103–1127.

Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar. (2015). *Pedoman Survei Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan

Eccles, J.S., Wigfield, A. (2002). Motivational Beliefs, Values, And Goals. *Annual Review of Psychology*, 53, 109–132.

Edmondson, A.C. (2004). Learning From Failure In Health Care: Frequent Opportunities, Pervasive Barriers. *Quality Safety Health Care*, 13, 3–9.

Evans, B., Glendon, A.I., Creed, P.A. (2007). Development and initial validation of an aviation safety climate scale. *Journal of Safety Research*, 38, 675–682.

Feng, Y., Wu, P., Ye, G., Zhao, D. (2017). Risk-Compensation Behaviors On Construction Sites: Demographic And Psychological Determinants. *Journal of Management in Engineering*, 33 (4).

Fischer, A.R., Frewer, L.J. (2008). Food-Safety Practices In The Domestic Kitchen: Demographic, Personality, And Experiential Determinants. *Journal of Applied Social Psychology*, 38 (11), 2859–2884.

Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S., Robertson, E.M. (2006). Measuring Safety Climate In Health Care. *Quality And Safety In Health Care*, 15 (2), 109 – 115.

Goniewicz, M., Wloszczak-Szubzda, A., Niemcewicz, M., Witt, M., Marciniak-Niemcewicz, A., Jarosz M.J. (2012). Injuries Caused By Sharp Instruments Among Healthcare Workers – International And Polish Perspectives. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19 (3), 523-527.

Hair, J.F., Sarstedt, M., Pieper, T. M., & Ringle, C. M. (2012). The Use of Partial Least Squares Structural Equation Modeling In Strategic Management Research: A Review of Past Practices And Recommendations For Future Applications. *Long Range Planning*, 45(5–6), 320–340.

Hair, J.F., Hult, G.T.M., Ringle, C.M., Sarstedt, M. (2017). *A Primer On Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM), 2nd Ed*. Thousand Oaks: Sage.

Hair, J.F., Risher, J.J., Sarstedt, M., Ringle, C.M. (2019). When to Use and How to Report The Results of PLS – SEM. *European Business Review*, 31 (1), 2–24.

Hulland, J. (1999). Use of Partial Least Squares (PLS) In Strategic Management Research: A Review Of Four Recent Studies. *Strategic Management Journal*, 20 (2), 195–204.

Ismail, F., Ahmad, N., Janipha, N.A.I., Ismail, R. (2012). Assessing The Behavioural Factors' of Safety Culture For The Malaysian Construction Companies. *Procedia – Social Behavioral Science*, 36, 573–582.

Ji, M., Liu, B., Li, H., Yang, S., Li, Y. (2019). The Effects of Safety Attitude And Safety Climate On Flight Attendants' Proactive Personality With Regard To Safety Behaviors. *Journal of Air Transport Management*, 78, 80 – 86.

Joukar, F., Mansour-Ghanaei, F., Naghipour, M.R., Asgharnezhad, M. (2017). Needlestick Injuries among Healthcare Workers: Why They Do Not Report their Incidence? (2012). *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23 (5), 382–387.

Katz-Navon, T., Naveh, E., Stern, Z. (2005). Safety Climate In The Health Care Organizations: A Multidimensional Approach. *The Academy of Management Journal*, 48 (6), 1075–1089.

Kao, K-Y., Thomas, C.L., Spitzmueller, C., Huang, Y-H. (2019). Being Present in Enhancing Safety: Examining the Effects of Workplace Mindfulness, Safety Behaviors, and Safety Climate on Safety Outcomes. *Journal of Business and Psychology*.

Klein, H. (1989). An Integrated Control Theory Model of Work Motivation. *The Academy of Management Review*, 14 (2), 150–172.

Law, L., Fong, N. (2020). Applying Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) In An Investigation of Undergraduate Students' Learning Transfer of Academic English. *Journal of English for Academic Purposes*, 46.

Lee, J-N. 2001. The Impact of Knowledge Sharing, Organizational Capability and Partnership Quality on IS Outsourcing Success. *Information & Management*, 38, 323–335.

Lee, Y-H., Lu, T-E., Yang C.C., Chang, G. 2019. A Multilevel Approach On Empowering Leadership And Safety Behavior In The Medical Industry: The Mediating Effects Of Knowledge Sharing And Safety Climate. *Safety Science*, 117, 1–9.

Lu, C-S., Weng, H-K., Lee, C-W. (2017). Leader-Member Exchange, Safety Climate And Employee' Safety Organizational Citizenship Behaviors In Container Terminal Operators. *Maritime Business Review*, 2 (4), 331– 348.

Liu, Q., Ye, G., Feng, Y. (2019). Workers' Safety Behaviors In The Off-Site Manufacturing Plant. Engineering, *Construction and Architectural Management*.

Martínez-Córcoles, M., Gracia, F., Tomás, I., Peiró, J.M. (2011). Leadership and Employees' Safety Behaviors In A Nuclear Power Plant: A Structural Equation Model. *Safety Science*, 49, 1118–1129.

Martínez-Córcoles, M., Schöbel, M., Gracia, F.J., Tomás, I., Peiró, J.M. (2012). Linking Empowering Leadership To Safety Participation In Nuclear Power Plants: A Structural Equation Model. *Journal of Safety Research*, 43 (3), 215–221.

Massachusetts Department of Public Health. (2017). *Overview of Sharps Injuries among Hospital Workers in Massachusetts*. Massachusetts: Occupational Health and Surveillance Program, Massachusetts Department of Public Health.

Neal, A., Griffin, M.A., Hart, P.M. (2000). The Impact of Organizational Climate On Safety Climate And Individual Behavior. *Safety Science*, 34 (1-3), 99–109.

Neal, A., Griffin, M. (2006). A Study of the Lagged Relationships Among Safety Climate, Safety Motivation, Safety Behavior, and Accidents at the Individual and Group Levels. *Journal of Applied Psychology*, 91 (4), 946–953.

Nykanen, M., Salmela-Aro, K., Tolvanen, A., Vuori, J. (2019). Safety Self-Efficacy And Internal Locus of Control As Mediators Of Safety Motivation – Randomized Controlled Trial (RCT) Study. *Safety Science*, 117, 330–338.

Notoatmodjo, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Kementrian Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementrian Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Kementrian Kesehatan.

Prüss-Ustün, A., Rapiti, E., Hutin, Y. (2005). Estimation of The Global Burden of Disease Attributable To Contaminated Sharps Injuries Among Health-Care Workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 48(6), 482–490.

Putri, S., Santoso, Rahayu, E.P. (2018). Pelaksanaan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Terhadap Kejadian Kecelakaan Kerja Perawat Rumah Sakit. *Jurnal Endurance*, 3 (2), 271–277.

Quartey, S.H. (2017). Examining Employees' Safety Behaviours: An Industry-Level Investigation From Ghana. *Personnel Review*, 1-25.

Radito, T.A. 2014. Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan dan Fasilitas Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Puskesmas. *Jurnal Ilmu Manajemen*, 11 (2), 1-25.

Ratnawati, I. 2008. Peran Puskesmas Dalam Pelayanan Kesehatan Pekerja Pada Puskesmas Kawasan/ Sentra Industri Di Puskesmas Cileungsi Kabupaten Bogor Tahun 2008. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia.

Sarstedt, M., Ringle, C.M., Hair, J.F. (2017). *Partial Least Squares Structural Equation Modeling (Chapter 15), In Handbook of Market Research*. Germany: Springer International Publishing.

Scarbrough, H., 2003. Knowledge Management, HRM And The Innovation Process. *International Journal of Manpower*, 24 (5), 501–516.

Sexton, J.B., Helmreich, R.L., Neilands, T.B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P.R., Thomas, E.J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, And Emerging Research. *BMC Health Service Research*, 6 (44).

Safitri, D.M., Surjandari, I., Sumabrata, R.J. (2020). Assessing Factors Affecting Safety Violations of Bus Rapid Transit Drivers In The Greater Jakarta Area. *Safety Science*, 125.

Srivastava, A., Bartol, K.M., Locke, E.A. (2006). Empowering Leadership In Management Teams: Effects On Knowledge Sharing, Efficacy, And Performance. *Academy of Management Journal*, 49 (6), 1239–1251.

Surbakti, A.N., Wijayanti, S., Setyaningsih, Y. (2018). Hubungan Antara Faktor Predisposisi dan Faktor Penguat Dengan Perilaku Tidak Aman Pada Tenaga Kesehatan Di Puskesmas X Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6 (5), 486–493.

Tong, R., Yang, X., Parker, T., Zhang, B., Wang, Q. (2020). Exploration of relationships Between Safety Performance and Unsafe Behavior In The Chinese Oil Industry. *Journal of Loss Prevention In The Process Industries*, 66.

Trafimow, D., Wyer, R.S. (1993). Cognitive Representation of Mundane Social Events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (3), 365–376.

Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta: Kementrian Kesehatan.

Ulumiyah, N.H. (2018). Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Penerapan Upaya Keselamatan Pasien Di Puskesmas. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6 (2), 149 – 155.

Verplanken, B., Orbell, S. (2003). Reflections On Past Behavior: A Self-Report Index Of Habit Strength. *Journal of Applied Social Psychology*, 33 (6), 1313–1330.

Zaira, M.M., Hadikusumo, B.H.W. (2017). Structural Equation Model of Integrated Safety Intervention Practices Affecting The Safety Behaviour of Workers In The Construction Industry. *Safety Science*, 98, 124–135.

Zohar, D. (2000). A Group-Level Model of Safety Climate: Testing The Effect of Group Climate On Microaccidents In Manufacturing Jobs. *Journal of Applied Psychology*, 85(4), 587–596.

Zohar, D. (2003). Safety Climate: Conceptual and Measurement Issues. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington DC: American Psychological Association.

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN
"PEMODELAN *SAFETY BEHAVIOR* SEBAGAI UPAYA PENERAPAN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA DI PUSKESMAS"

Perkenalkan, nama saya Raditya JN mahasiswa Teknik Industri Institut Teknologi Sepuluh Nopember (ITS) Surabaya. Di sini, saya meminta bantuan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner yang akan digunakan dalam memenuhi tugas akhir studi saya. Sebagai gambaran, tujuan dari penelitian saya adalah untuk mengetahui faktor apa saja yang dapat berpengaruh terhadap ***safety behavior*** pada pegawai yang bekerja **di Puskesmas**. Dalam pengisian kuesioner ini, tidak ada jawaban salah atau benar dan saya sebagai peneliti menjamin bahwa **data** yang anda berikan kepada saya akan **dijaga kerahasiannya dan tidak akan disebarluaskan** ke pihak manapun. **Atas kesediannya mengisi kuesioner ini saya sampaikan terima kasih**.

Ttd responden	Ttd Peneliti
(.....)	(Raditya JN)

Karakteristik Responden

Nama :
Jenis kelamin :
Pekerjaan :
Lama bekerja :
Tempat bekerja : Puskesmas ...

Petunjuk Pengisian:
Dimohon untuk memberikan tanda *checklist* (√) pada kolom nilai sesuai dengan pendapat anda untuk setiap pernyataan yang ada.

Keterangan Nilai:
1 = Sangat tidak setuju
2 = Tidak setuju
3 = Biasa saja
4 = Setuju
5 = Sangat setuju

Contoh:

No	Pernyataan	Nilai				
		1	2	3	4	5
1	Kepala Puskesmas/ Ketua Bidang bersedia memberikan contoh mengenai tindakan yang benar dan aman dalam melayani pasien			√		

Penilaian

No	Pernyataan	Nilai				
		1	2	3	4	5
Empowerment Leadership						
1	Kepala Puskesmas/ Ketua Bidang bersedia memberikan contoh mengenai tindakan yang benar dan aman dalam melayani pasien					
2	Kepala Puskesmas/ Ketua Bidang bersedia memberikan saran dan menunjukkan tindakan apa saja yang perlu saya perbaiki dalam hal memberikan pelayanan kepada pasien					
3	Kepala Puskesmas/ Ketua Bidang bersedia membantu saya agar fokus dalam melaksanakan pelayanan kepada pasien					
4	Kepala Puskesmas/ Ketua Bidang bersedia mengapresiasi aktivitas saya dalam memberikan pelayanan kepada pasien					
5	Kepala Puskesmas/ Ketua Bidang telah mendorong saya agar dapat menyumbangkan ide/saran terkait bagaimana melaksanakan program kegiatan Puskesmas dengan baik dan aman					
6	Kepala Puskesmas/ Ketua bidang bersedia memberikan penjelasan kepada saya mengenai kebijakan/ keputusan terkait pelaksanaan program pelayanan agar dapat dilaksanakan dengan baik dan aman					

No	Pernyataan	Nilai				
		1	2	3	4	5
Safety Climate						
7	Puskesmas mengeluarkan kebijakan mengenai keselamatan pasien dan pegawai sehingga dapat mendukung kondisi bekerja yang baik dan aman					
8	Jika terjadi kesalahan saat bekerja, pihak manajemen Puskesmas akan melakukan verifikasi terlebih dahulu					
9	Saya bisa berdiskusi dengan lancar pada semua pihak mengenai manajemen resiko pelayanan UKM dan UKP					
10	Puskesmas memberikan kesempatan yang sama kepada semua pegawainya untuk mengikuti kegiatan Diklat yang diadakan DKK maupun dari pihak eksternal					
11	Peralatan kesehatan (apapun jenisnya) untuk pelayanan yang terdapat di Puskesmas berada dalam kondisi baik dan selalu terkalibrasi					
12	Semua pihak dapat bekerjasama dengan baik dan selalu berhati-hati dalam memberikan pelayanan baik UKM maupun UKP					
13	Kegiatan di dalam dan di luar gedung Puskesmas terkontrol dengan baik sehingga keselamatan pegawai dan pasien dapat terjamin					
14	Ketersediaan logistik untuk pelayanan UKM dan UKP selalu tersedia dengan lengkap dan dalam kondisi yang bagus					
Knowledge Sharing						
15	Kami saling berbagi informasi antar pegawai mengenai pelaksanaan manajemen risiko pelayanan UKM dan UKP untuk mencegah kejadian kecelakaan pasien yang dituangkan dalam laporan					
16	Kami saling berbagi informasi secara tertulis antar pegawai mengenai pelaksanaan manajemen risiko untuk mencegah kecelakaan kerja pada pegawai Puskesmas					
17	Kami saling berbagi informasi antar pegawai mengenai berita kesehatan populer yang sedang terjadi. Misalnya seperti pencegahan virus corona saat ini					
18	Kami saling *sharing* pengalaman dalam menjalankan manajemen risiko untuk pelayanan UKM dan UKP sehingga dapat meminimalkan insiden kecelakaan pada pasien					

No	Pernyataan	Nilai				
		1	2	3	4	5
19	Kami saling *sharing* pengalaman saat berkerja memberikan pelayananan pada pasien agar Puskesmas menjadi tempat kerja yang aman, nyaman dan selamat					
Behavioral Habit						
20	Saya telah terbiasa dalam bekerja sehari-hari untuk berperilaku aman dan memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan SOP yang berlaku					
21	Saya secara otomatis akan bekerja sesuai dengan SOP yang berlaku ketika memberikan pelayanan kepada pasien di dalam gedung Puskesmas					
22	Saya secara otomatis akan bekerja sesuai dengan SOP yang berlaku ketika memberikan pelayanan kepada pasien di luar gedung Puskesmas					
23	Saya merasa tidak nyaman ketika memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan SOP yang berlaku					
Safety Motivation						
24	Saya merasa termotivasi ketika teman sejawat saya memberikan pelayanan sesuai dengan prosedur baik di luar maupun di dalam gedung Puskesmas					
25	Saya mempunyai motivasi yang kuat dari diri sendiri untuk memberikan pelayanan sesuai dengan prosedur baik di luar maupun di dalam gedung Puskesmas					
26	Saya menyadari bahwa *effort* yang dikeluarkan dalam memberikan pelayanan sesuai standar akan dapat memberikan hasil yang baik dalam menjaga keselamatan saya dan pasien					
27	Saya menyadari bahwa melakukan pelayanan sesuai prosedur akan memberikan keamanan dan keselamatan bagi saya dan pasien					
28	Saya percaya bahwa memberikan pelayanan sesuai dengan prosedur adalah tindakan yang tepat dalam menjaga keamanan dan keselamatan bagi saya dan pasien					
Safety Behavior						
29	Saya tetap melaksanakan pelayanan sesuai SOP yang berlaku dalam kondisi apapun, misal seperti PIN di sekolah dengan siswa yang jumlahnya banyak					

No	Pernyataan	Nilai				
		1	2	3	4	5
30	Saya telah menggunakan perlengkapan sesuai SOP yang berlaku ketika memberikan pelayanan kepada pasien					
31	Saya selalu memastikan keamanan dan keselamatan dalam bekerja baik di dalam gedung maupun di luar gedung Puskesmas sehingga dapat meminimalisir kejadian kecelakaan bagi pasien ataupun pegawai					
32	Saya bersedia memberikan ide/ saran yang berhubungan dengan peningkatan keamanan dan keselamatan bagi pasien maupun pegawai di Puskesmas					
33	Saya secara sukarela bekerja sesuai SOP yang berlaku sebagai upaya saya dalam menjaga keamanan dan keselamatan baik pasien maupun pegawai Puskesmas					

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

Lampiran 2 Rekap Data Penelitian

EL 1	EL 2	EL 3	EL 4	EL 5	EL 6	SC 1	SC 2	SC 3	SC 4	SC 5	SC 6	SC 7	SC 8	KS 1	KS 2	KS 3	KS 4	KS 5	BH 1	BH 2	BH 3	BH 4	SM 1	SM 2	SM 3	SM 4	SM 5	SB 1	SB 2	SB 3	SB 4	SB 5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4
5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	3	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4
3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

EL 1	EL 2	EL 3	EL 4	EL 5	EL 6	SC 1	SC 2	SC 3	SC 4	SC 5	SC 6	SC 7	SC 8	KS 1	KS 2	KS 3	KS 4	KS 5	BH 1	BH 2	BH 3	BH 4	SM 1	SM 2	SM 3	SM 4	SM 5	SB 1	SB 2	SB 3	SB 4	SB 5
4	4	3	4	4	3	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
4	4	4	4	3	4	4	4	4	5	3	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
3	3	3	4	3	3	4	4	4	5	4	4	3	2	2	2	5	4	5	5	4	4	2	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	0
4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
5	4	4	5	5	5	3	4	5	4	4	3	4	4	3	4	5	3	4	4	3	3	4	5	4	4	3	4	4	3	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	5	3	3	3	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	0	4
4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	3	4	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	3	4	3	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	3	4	5	5	5	4	4	4	4
3	4	5	5	4	4	5	5	5	3	2	3	3	2	5	3	4	4	4	4	3	4	4	5	4	5	5	5	4	3	3	4	4
4	4	4	3	4	4	5	3	4	5	4	5	4	3	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	4	3	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5
5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4
4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5
4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5

EL 1	EL 2	EL 3	EL 4	EL 5	EL 6	SC 1	SC 2	SC 3	SC 4	SC 5	SC 6	SC 7	SC 8	KS 1	KS 2	KS 3	KS 4	KS 5	BH 1	BH 2	BH 3	BH 4	SM 1	SM 2	SM 3	SM 4	SM 5	SB 1	SB 2	SB 3	SB 4	SB 5
5	2	4	5	5	5	4	5	3	4	4	4	4	5	3	5	3	4	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	2	5	4	4	3
4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	5
3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	2	2	4	3	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	3	4	4	5	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	2	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4

(*Halaman ini sengaja dikosongkan*)

BIODATA PENULIS

Penulis merupakan anak kedua dari dua bersaudara yang lahir di Nganjuk, 18 Nopember 2020. Riwayat pendidikan Strata 1 (S1) ditempuh di Universitas Airlangga dengan jurusan Kesehatan Masyarakat bidang konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. Penulis pernah bekerja pada bidang penelitian dari tahun 2012-2016 yang kemudian di tahun 2017 melanjutkan pendidikan Strata 2 (S2) di Institut Teknologi Sepuluh Nopember konsentrasi EKI. Apabila ada pertanyaan, kritik, dan saran tentang penelitian ini, silahkan menghubungi melalui email raditya.novasani@gmail.com.