

## LAMPIRAN

### Lampiran 1. Kuisisioner penelitian

# KUESIONER KEPUASAN PASIEN TERHADAP PELAYANAN DOKTER MUDA DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

#### Jenis kelamin :

( ) Pria

( ) Wanita

#### Lama anda di rawat di rumah sakit :

( ) Kurang dari 3 hari

( ) 3-6 hari

( ) 7-15 hari

( ) diatas 15 hari

#### Umur anda saat ini :

( ) 17-24 tahun

( ) 25-34 tahun

( ) 35-49 tahun

( ) 50-64 tahun

( ) 65 tahun keatas

#### Pekerjaan anda saat ini :

( ) pelajar/mahasiswa

( ) pegawai negeri

( ) pegawai swasta

( ) buruh

( ) pedagang

( ) tidak bekerja

#### Keterangan cara pengisian :

Berilah tanda X untuk setiap pernyataan ini sesuai dengan kenyataan diterima dalam pelayanan pada kolom :

- a) Sangat tidak puas
- b) Tidak puas
- c) Cukup puas
- d) Puas
- e) Sangat puas

No.	PERNYATAAN	PENILAIAN				
		1	2	3	4	5
<b>A.</b>	<b>Tangibles Atau Nyata</b>					
1.	Bangunan rumah sakit terlihat indah dan bersih					
2.	Rumah sakit memiliki ruang tunggu yang cukup, nyaman, wc dan air					
3.	Rumah sakit memberikan gelang identitas kepada seluruh pasien rawat inap					
4.	Penampilan dokter muda rapih dan bersih					
	<b>TOTAL</b>					
<b>B.</b>	<b>Empati</b>					
5.	Dokter muda memberikan waktu pelayanan yang cukup pada pasien					
6.	Dokter muda bersedia menjelaskan sesuai dengan keinginan dan kebutuhan pasien terkait kondisi kesehatan pasien.					
7.	Dokter muda memperhatikan sungguh-sungguh kepada pasien saat berkomunikasi					
8.	Dokter muda mendengarkan keluhan penyakit yang diderita serta mencoba memberi solusi dalam konsultasi					
9.	Dokter muda bersikap sopan dan ramah					
	<b>TOTAL</b>					

<b>C.</b>	<b>Reliability Atau Keandalan</b>					
10.	Dokter muda memberikan pelayanan teliti dan tepat waktu					
11.	Dokter muda selalu menanyakan identitas pasien dengan bahasa yang mudah dipahami dan dengan pertanyaan terbuka					
12.	Dokter muda selalu menanyakan identitas pasien sebelum melakukan pemeriksaan dan pemberian tindakan medis					
13.	Dokter muda memberikan informasi kepada pasien sebelum pelayanan diberikan					
14.	Dokter muda bersedia menanggapi keluhan pasien					
	<b>TOTAL</b>					
<b>D.</b>	<b>Responsive Atau Ketanggapan</b>					
14.	Dokter muda tanggap melayani pasien.					
15.	Dokter muda melayani dengan baik					
16.	Dokter muda melakukan tindakan secara cepat dan tepat					
17.	Dokter muda melakukan tindakan sesuai prosedur					
	<b>TOTAL</b>					
<b>E.</b>	<b>ASURANCE ATAU KEPASTIAN</b>					
18.	Dokter muda mempunyai kemampuan dan pengetahuan mengenai diagnosa penyakit pasien dengan cukup baik sehingga mampu menjawab pertanyaan pasien secara meyakinkan					
19.	Dokter muda bersifat cekatan serta menghargai pasien					
20.	Dokter muda melayani dengan sikap meyakinkan sehingga pasien merasa aman					
21.	Dokter muda mempunyai catatan medis pasien					
	<b>TOTAL</b>					



# **Panduan**

---

# **Identifikasi Pasien**

## IDENTIFIKASI PASIEN

### 1. Tujuan

- i. Mendeskripsikan prosedur untuk memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama perawatan di rumah sakit.
- ii. Mengurangi kejadian / kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi. Kesalahan ini dapat berupa: salah pasien, kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi, dan kesalahan pemeriksaan diagnostik.

### 2. Lingkup Area

- iii. Panduan ini diterapkan kepada semua pasien rawat inap, pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD), dan pasien yang akan menjalani suatu prosedur.
- iv. Pelaksana panduan ini adalah para tenaga kesehatan (medis, perawat, farmasi, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya); staf di ruang rawat, staf administratif, dan staf pendukung yang bekerja di rumah sakit.

### 3. Prinsip

- v. Semua pasien rawat inap, IGD, dan yang akan menjalani suatu prosedur harus diidentifikasi dengan benar saat masuk rumah sakit dan selama masa perawatannya.
- vi. Kapanpun dimungkinkan, pasien rawat inap harus menggunakan gelang pengenalan dengan minimal 2 data (nama pasien, tanggal lahir).
- vii. Tujuan utama tanda pengenalan ini adalah untuk mengidentifikasi pemakainya.
- viii. Tanda pengenalan ini digunakan pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.

### 4. Kewajiban dan Tanggung Jawab

- i. Seluruh staf Rumah Sakit
  - i. Memahami dan menerapkan prosedur identifikasi pasien
  - ii. Memastikan identifikasi pasien yang benar ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.
  - iii. Melaporkan kejadian salah identifikasi pasien; termasuk hilangnya gelang pengenalan.
- ii. Perawat yang bertugas (perawat penanggung jawab pasien)
  - i. Bertanggungjawab memakaikan gelang pengenalan pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang pengenalan.
  - ii. Memastikan gelang pengenalan terpasang dengan baik. Jika terdapat kesalahan data, gelang pengenalan harus diganti, dan bebas coretan.
- iii. Kepala Instalasi / Kepala Ruang
  - i. Memastikan seluruh staf di Instalasi memahami prosedur identifikasi pasien dan menerapkannya.

- ii. Menyelidiki semua insidens salah identifikasi pasien dan memastikan terlaksananya suatu tindakan untuk mencegah terulangnya kembali insidens tersebut.
- iv. Manajer
  - 1. Memantau dan memastikan panduan identifikasi pasien dikelola dengan baik oleh Kepala Instalasi.
  - 2. Menjaga standarisasi dalam menerapkan panduan identifikasi pasien.

## 5. Prosedur Pemakaian Gelang Pengenal

1. Semua pasien harus diidentifikasi dengan benar sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.
2. Pakaikan gelang pengenal di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
3. Pada pasien dengan fistula arterio-vena (pasien hemodialisis), gelang pengenal tidak boleh dipasang di sisi lengan yang terdapat fistula.
4. Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi di mana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang pengenal dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien. Gelang pengenal harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.
5. Pada kondisi tidak memakai baju, gelang pengenal harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
6. Gelang pengenal hanya boleh dilepas saat pasien keluar/pulang dari rumah sakit.
7. Gelang pengenal pasien sebaiknya mencakup 3 detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
  1. Nama pasien dengan minimal 2 suku kata
  2. Tanggal lahir pasien (tanggal/bulan/tahun)
  3. Nomor rekam medis pasien



8. Detail lainnya adalah warna gelang pengenalan sesuai jenis kelamin pasien.
9. Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
10. Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang pengenalan. Ganti gelang pengenalan jika terdapat kesalahan penulisan data.
11. Jika gelang pengenalan terlepas, segera berikan gelang pengenalan yang baru.
12. Gelang pengenalan harus dipakai oleh semua pasien selama perawatan di rumah sakit.
13. Jelaskan prosedur identifikasi dan tujuannya kepada pasien.
14. Periksa ulang 3 detail data di gelang pengenalan sebelum dipakaikan ke pasien.
15. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: 'Siapa nama Anda?' (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti 'Apakah nama anda Ibu Susi?')
16. Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa), verifikasi identitas pasien kepada keluarga / pengantarnya. Jika mungkin, gelang pengenalan jangan dijadikan satu-satunya bentuk identifikasi sebelum dilakukan suatu intervensi. Tanya ulang nama dan tanggal lahir pasien, kemudian bandingkan jawaban pasien dengan data yang tertulis di gelang pengenalnya.
17. Semua pasien rawat inap dan yang akan menjalani prosedur menggunakan 1 gelang pengenalan. Untuk pasien anak dan neonatus, gunakan 2 gelang pengenalan pada ekstremitas yang berbeda.
18. Pengecekan gelang pengenalan dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
19. Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang pengenalan terpasang dengan baik.
20. Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang pengenalan.

21. Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang pengenalan:

1. Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab, seperti:
  1. Menolak penggunaan gelang pengenalan
  2. Gelang pengenalan menyebabkan iritasi kulit
  3. Gelang pengenalan terlalu besar
  4. Pasien melepas gelang pengenalan
1. Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang pengenalan tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis.
2. Jika pasien menolak menggunakan gelang pengenalan, petugas harus lebih waspada dan mencari cara lain untuk mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum dilakukan prosedur kepada pasien.

#### 6. Warna pada Gelang Pengenal

- a. Kepada seluruh pasien yang tidak memiliki alergi, gunakan gelang pengenalan sesuai dengan jenis kelaminnya, biru untuk pria dan merah jambu untuk wanita.
- b. Semua pasien harus ditanyakan mengenai alergi yang dimiliki
- c. Jika pasien memiliki alergi, diberikan gelang pengenalan berwarna merah. Tulis dengan jelas alergi pada gelang tersebut.
- d. Riwayat alergi pasien harus dicatat di rekam medis.
- e. Untuk pasien dengan risiko jatuh, diberikan gelang dengan warna kuning.

#### 7. Prosedur yang Membutuhkan Identifikasi Pasien dengan Benar

1. Berikut adalah beberapa prosedur yang membutuhkan identifikasi pasien:
  - i. Pemberian obat-obatan
  - ii. Prosedur pemeriksaan radiologi (rontgen, MRI, dan sebagainya)
  - iii. Intervensi pembedahan dan prosedur invasif lainnya
  - iv. Transfusi darah
  - v. Pengambilan sampel (misalnya darah, tinja, urin, dan sebagainya)
  - vi. Transfer pasien
  - vii. Konfirmasi kematian
2. Para staf RS harus mengkonfirmasi identifikasi pasien dengan benar dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien, kemudian membandingkannya dengan yang tercantum di rekam medis dan gelang pengenalan.

Jangan menyebutkan nama, tanggal lahir, dan alamat pasien dan meminta pasien untuk mengkonfirmasi dengan jawaban ya / tidak.

3. Jangan melakukan prosedur apapun jika pasien tidak memakai gelang pengenalan. Gelang pengenalan harus dipakaikan ulang oleh perawat yang bertugas menangani pasien secara personal sebelum pasien menjalani suatu prosedur.

4. Identifikasi pasien yang menjalani prosedur pemeriksaan radiologi:

1. Operator harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:

5. Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.

6. Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenalan dengan rekam medis. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur.

7. Jika terdapat  $\geq 2$  pasien di departemen radiologi dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.

1. Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pajanan radiasi (exposure) dilakukan.

8. Identifikasi pasien yang menjalani tindakan operasi:

1. Petugas di kamar operasi harus mengkonfirmasi identitas pasien

2. Jika diperlukan untuk melepas gelang pengenalan selama dilakukan operasi, tugaskanlah seorang perawat di kamar operasi untuk bertanggungjawab melepas dan memasang kembali gelang pengenalan pasien.

3. Gelang pengenalan yang dilepas harus ditempelkan di depan rekam medis pasien

## 8. Prosedur Pengambilan dan Pemberian Produk / Komponen Darah

4. Identifikasi, pengambilan, pengiriman, penerimaan, dan penyerahan komponen darah (transfusi) merupakan tanggungjawab petugas yang mengambil darah.

5. Dua orang staf RS yang kompeten harus memastikan kebenaran: data demografik pada kantong darah, jenis darah, golongan darah pada pasien dan yang tertera pada kantong darah, waktu kadaluasanya, dan identitas pasien pada gelang pengenalan.

6. Staf RS harus meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya
7. Jika staf RS tidak yakin / ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.

#### 9. Prosedur Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neonatus

1. Gunakan gelang pengenalan di ekstremitas yang berbeda
2. Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang pengenalan berisikan jenis kelamin bayi, nama ibu, tanggal dan jam lahir bayi, nomor rekam medis bayi, dan modus kelahiran.
3. Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenalan berisi data ibu dapat dilepas dan diganti dengan gelang pengenalan yang berisikan data bayi.
4. Gunakan gelang pengenalan berwarna merah muda (pink) untuk bayi perempuan dan biru untuk bayi laki-laki.
5. Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang pengenalan berwarna putih.

#### 10. Pasien Rawat Jalan

1. Tidak perlu menggunakan gelang pengenalan (kecuali pasien yang mengunjungi poliklinik mata).
2. Pasien poliklinik mata yang akan menjalani prosedur berikut ini harus menggunakan gelang pengenalan.
  1. Angiogram fluoresens
  2. Terapi fotodinamik (photo dynamic therapy)
  3. Infus intravena
3. Sebelum melakukan suatu prosedur/ terapi, tenaga medis harus menanyakan identitas pasien berupa nama dan tanggal lahir. Data ini harus dikonfirmasi dengan yang tercantum pada rekam medis.
4. Jika pasien adalah rujukan dari dokter umum / puskesmas / layanan kesehatan lainnya, surat rujukan harus berisi identitas pasien berupa nama lengkap, tanggal lahir, dan alamat. Jika data ini tidak ada, prosedur / terapi tidak dapat dilaksanakan.
5. Jika pasien rawat jalan tidak dapat mengidentifikasi dirinya sendiri, verifikasi data dengan menanyakan keluarga / pengantar pasien.

#### 11. Pasien dengan Nama yang Sama di Ruang Rawat

1. Jika terdapat pasien dengan nama yang sama, harus diinformasikan kepada perawat yang bertugas setiap kali pergantian jaga.
2. Berikan label / penanda berupa 'pasien dengan nama yang sama' di lembar pencatatan, lembar obat-obatan, dan lembar tindakan.
3. Kartu bertanda 'pasien dengan nama yang sama' harus dipasang di tempat tidur pasien agar petugas dapat memverifikasi identitas pasien.

#### 12. Pasien yang identitasnya tidak diketahui

1. Pasien akan dilabel menurut prosedur setempat sampai pasien dapat diidentifikasi dengan benar. Contoh pelabelan yang diberikan berupa: Pria/Wanita Tidak Dikenal; Alfa alfa, dan sebagainya.
2. Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, berikan gelang pengenal baru dengan identitas yang benar.

#### 13. Prosedur Identifikasi Pasien pada Unit Gangguan Jiwa

1. Kapanpun dimungkinkan, pasien gangguan jiwa harus menggunakan gelang pengenal.
2. Akan tetapi terdapat hal-hal seperti kondisi pasien atau penanganan pasien yang menyebabkan sulitnya mendapat identitas pasien dengan benar sehingga perlu dipertimbangkan untuk menggunakan metode identifikasi lainnya.
3. Identifikasi pasien dilakukan oleh petugas yang dapat diandalkan untuk mengidentifikasi pasien, dan lakukan pencatatan di rekam medis.
4. Pada kondisi di mana petugas tidak yakin / tidak pasti dengan identitas pasien (misalnya saat pemberian obat), petugas dapat menanyakan nama dan tanggal lahir pasien (jika memungkinkan) dan dapat dicek ulang pada rekam medis.
5. Jika terdapat  $\geq 2$  pasien dengan nama yang sama di ruang rawat, berikan tanda / label notifikasi pada rekam medis, tempat tidur pasien, dan dokumen lainnya

#### 14. Pasien yang Meninggal

1. Pasien yang meninggal di ruang rawat rumah sakit harus dilakukan konfirmasi terhadap identitasnya dengan gelang pengenalan dan rekam medis (sebagai bagian dari proses verifikasi kematian).
2. Semua pasien yang telah meninggal harus diberi identifikasi dengan menggunakan 2 gelang pengenalan, satu di pergelangan tangan dan satu lagi di pergelangan kaki.
3. Satu salinan surat kematian harus ditempelkan di kain kafan. Salinan kedua harus ditempelkan di kantong jenazah (body bag). Salinan ketiga disimpan di rekam medis pasien.

#### 15. Melepas Gelang Pengenal

1. Gelang pengenalan hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
2. Yang bertugas melepas gelang pengenalan adalah perawat yang bertanggungjawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit.
3. Gelang pengenalan dilepas setelah semua proses selesai dilakukan. Proses ini meliputi: pemberian obat-obatan kepada pasien dan pemberian penjelasan mengenai rencana perawatan selanjutnya kepada pasien dan keluarga.
4. Gelang pengenalan yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah.
5. Terdapat kondisi-kondisi yang memerlukan pelepasan gelang pengenalan sementara (saat masih dirawat di rumah sakit), misalnya lokasi pemasangan gelang pengenalan mengganggu suatu prosedur. Segera setelah prosedur selesai dilakukan, gelang pengenalan dipasang kembali.

#### 16. Pelaporan Insidens / Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien

1. Setiap petugas yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada petugas yang berwenang di ruang rawat / departemen tersebut, kemudian melengkapi laporan insidens.
2. Petugas harus berdiskusi dengan Kepala Instalasi atau Manajer mengenai pemilihan cara terbaik dan siapa yang memberitahukan kepada pasien / keluarga mengenai kesalahan yang terjadi akibat kesalahan identifikasi.
3. Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah:
  1. Kesalahan penulisan alamat di rekam medis
  2. Kesalahan informasi / data di gelang pengenalan
  3. Tidak adanya gelang pengenalan di pasien
  4. Mis identifikasi data / pencatatan di rekam medis

5. Mis identifikasi pemeriksaan radiologi (rontgen)
  6. Mis identifikasi laporan investigasi
  7. Mis identifikasi perjanjian (appointment)
  8. Registrasi ganda saat masuk rumah sakit
  9. Salah memberikan obat ke pasien
  10. Pasien menjalani prosedur yang salah
  11. Salah pelabelan identitas pada sampel darah
12. Kesalahan juga termasuk insidens yang terjadi akibat adanya misidentifikasi, dengan atau tanpa menimbulkan bahaya, dan juga insidens yang hampir terjadi di mana misidentifikasi terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur.
13. Beberapa penyebab umum terjadinya misidentifikasi adalah:
1. Kesalahan pada administrasi / tata usaha
  2. Salah memberikan label
  3. Kesalahan mengisi formulir
  4. Kesalahan memasukkan nomor / angka pada rekam medis
  5. penulisan alamat yang salah
  6. pencatatan yang tidak benar / tidak lengkap / tidak terbaca
  7. Kegagalan verifikasi
  8. Tidak adekuatnya / tidak adanya protokol verifikasi
  9. Tidak mematuhi protokol verifikasi
  10. Kesulitan komunikasi
  11. Hambatan akibat penyakit pasien, kondisi kejiwaan pasien, atau keterbatasan bahasa
  12. Kegagalan untuk pembacaan kembali
  13. Kurangnya kultur / budaya organisasi
14. Jika terjadi insidens akibat kesalahan identifikasi pasien, lakukan hal berikut ini:
1. Pastikan keamanan dan keselamatan pasien
  2. Pastikan bahwa tindakan pencegahan cedera telah dilakukan
  3. Jika suatu prosedur telah dilakukan pada pasien yang salah atau dilakukan di tempat yang salah, para klinisi harus memastikan bahwa langkah-langkah yang penting telah diambil untuk melakukan prosedur yang tepat pada pasien yang tepat.

## 17. Revisi dan Audit

1. Kebijakan ini akan dikaji ulang dalam kurun waktu 2 tahun

2. Rencana audit akan disusun dengan bantuan kantor audit medik dan akan dilaksanakan dalam waktu 6 bulan setelah implementasi kebijakan. Audit klinis ini meliputi:
  1. Jumlah persentase pasien yang menggunakan gelang pengenalan
  2. Akurasi dan reliabilitas informasi yang terdapat di gelang pengenalan
  3. Alasan mengapa pasien tidak menggunakan gelang pengenalan
  4. Efikasi cara identifikasi lainnya
  5. Insidens yang terjadi dan berhubungan dengan misidentifikasi
6. Setiap pelaporan insidens yang berhubungan dengan identifikasi pasien akan dipantau dan ditindaklanjuti saat dilakukan revisi kebijakan



### Lampiran 3. Hasil Uji Reliabilitas

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,896	22

# Lampiran 4. Hasil Uji Validitas

	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18	q19	q20	q21	q22	Total	
q1 Pearson Correlation																								
Sig. (2-tailed)	.004																							.230
N	30																							222
q2 Pearson Correlation	.510**																							.230
Sig. (2-tailed)	.004																							.471**
N	30	30																						192
q3 Pearson Correlation	-.017	-.153																						.363*
Sig. (2-tailed)	.929	.419																						.049
N	30	30	30																					300
q4 Pearson Correlation	-.044	-.100	-.213																					.269
Sig. (2-tailed)	.816	.601	.258																					.151
N	30	30	30	30																				300
q5 Pearson Correlation	.191	.375*	.459*																					.681**
Sig. (2-tailed)	.311	.041	.011																					.000
N	30	30	30	30																				300
q6 Pearson Correlation	.105	.230	.286																					.633**
Sig. (2-tailed)	.580	.222	.156																					.000
N	30	30	30	30																				300
q7 Pearson Correlation	.015	.319	.493**																					.799**
Sig. (2-tailed)	.939	.085	.006																					.000
N	30	30	30	30																				300
q8 Pearson Correlation	.118	.157	.492**																					.704**
Sig. (2-tailed)	.536	.408	.006																					.000
N	30	30	30	30																				300
q9 Pearson Correlation	.281	.515**	.723																					.735**
Sig. (2-tailed)	.132	.004	.000																					.000
N	30	30	30	30																				300
q10 Pearson Correlation	-.041	.150	.273																					.470**
Sig. (2-tailed)	.830	.315	.233																					.000
N	30	30	30	30																				300
q11 Pearson Correlation	.084	.215	.431*																					.739**
Sig. (2-tailed)	.737	.253	.016																					.000
N	30	30	30	30																				300
q12 Pearson Correlation	.266	.383*	.070																					.744**
Sig. (2-tailed)	.156	.037	.714																					.000
N	30	30	30	30																				300
q13 Pearson Correlation	.143	.055	.043																					.632**
Sig. (2-tailed)	.452	.773	.822																					.000
N	30	30	30	30																				300
q14 Pearson Correlation	-.025	.159	.113																					.596**
Sig. (2-tailed)	.693	.373	.553																					.000
N	30	30	30	30																				300
q15 Pearson Correlation	.026	-.159	.031																					.645**
Sig. (2-tailed)	.893	.403	.871																					.000
N	30	30	30	30																				300
q16 Pearson Correlation	-.087	.244	.161																					.616**
Sig. (2-tailed)	.725	.194	.396																					.000
N	30	30	30	30																				300
q17 Pearson Correlation	-.034	.166	.216																					.607**
Sig. (2-tailed)	.857	.351	.252																					.000
N	30	30	30	30																				300
q18 Pearson Correlation	.109	.175	.165																					.744**
Sig. (2-tailed)	.565	.355	.384																					.000
N	30	30	30	30																				300
q19 Pearson Correlation	.056	.317	.174																					.664**
Sig. (2-tailed)	.769	.068	.359																					.000
N	30	30	30	30																				300
q20 Pearson Correlation	.102	.252	.224																					.683**
Sig. (2-tailed)	.590	.117	.235																					.000
N	30	30	30	30																				300
q21 Pearson Correlation	.288	.224	.171																					.619**
Sig. (2-tailed)	.123	.233	.366																					.000
N	30	30	30	30																				300
q22 Pearson Correlation	.172	.245	.345																					.744**
Sig. (2-tailed)	.364	.192	.062																					.000
N	30	30	30	30																				300
Total Pearson Correlation	.230	.474**	.363*																					.108
Sig. (2-tailed)	.222	.008	.049																					.000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	300

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Lampiran 5. Hasil Uji Normalitas

Tests of Normality<sup>b</sup>

Responden	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Bukti Nyata	Eksperimen	,326	15	,000	,749	15	,001
Empati	Kontrol	,214	15	,062	,859	15	,023
	Eksperimen	,203	15	,099	,929	15	,262
Keandalan	Kontrol	,318	15	,000	,827	15	,008
	Eksperimen	,141	15	,200*	,954	15	,581
Ketanggapan	Kontrol	,245	15	,016	,874	15	,038
	Eksperimen	,234	15	,026	,844	15	,014
Kepastian	Kontrol	,402	15	,000	,694	15	,000
	Eksperimen	,385	15	,000	,630	15	,000

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

b. Bukti Nyata is constant when Responden = Kontrol. It has been omitted.