

**ANALISIS PENGUKURAN IKLIM KESELAMATAN PASIEN  
INSTALASI GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH (RSUD) DELI SERDANG**

**SKRIPSI**

**OLEH :  
AIDA SARI  
168150007**



**PROGRAM STUDI TEKNIK INDUSTRI  
FAKULTAS TEKNIK  
UNIVERSITAS MEDAN AREA  
MEDAN  
2020**

**UNIVERSITAS MEDAN AREA**

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Document Accepted 20/1/21

Access From (repository.uma.ac.id)20/1/21

**ANALISIS PENGUKURAN IKLIM KESELAMATAN PASIEN  
INSTALASI GAWAT DARURAT DI RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH (RSUD) DELI SERDANG**

**SKRIPSI**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh  
Gelar Sarjana di Fakultas Teknik  
Universitas Medan Area**



**OLEH :  
AIDA SARI  
168150007**

**PROGRAM STUDI TEKNIK INDUSTRI  
FAKULTAS TEKNIK  
UNIVERSITAS MEDAN AREA  
MEDAN  
2020**

UNIVERSITAS MEDAN AREA

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Document Accepted 20/1/21

Access From (repository.uma.ac.id)20/1/21

## LEMBAR PENGESAHAN

Judul Skripsi : Analisis Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang  
Nama : Aida Sari  
NPM : 168150007  
Fakultas : Teknik Industri

Disetujui Oleh

Komisi Pembimbing,



Chalis Fajri Hasibuan. S.T. M.Sc

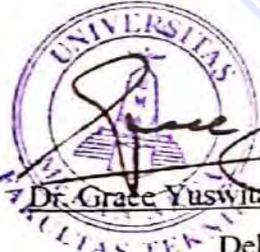
Pembimbing I



Yudi Daeng Polewangi. ST. MT

Pembimbing II

Mengetahui :



Dr. Grace Yuswita Harahap. ST. MT  
Dekan



Yudi Daeng Polewangi. ST. MT  
Ketua Program Studi

Tanggal Lulus: 18 September 2020

UNIVERSITAS MEDAN AREA

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

Document Accepted 20/1/21

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Access From (repository.uma.ac.id)20/1/21

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Aida Sari

NPM : 168150007

Tempat Tanggal Lahir : Bagan Serdang, 09 Juli 1999

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul : “Analisis Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang” merupakan hasil karya tulis saya sendiri. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan skripsi saya ini yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan sumbernya secara jelas sesuai norma, kaidah dan etika penulisan ilmiah.

Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan jika pernyataan ini tidak sesuai dengan kenyataan, maka saya bersedia menerima sanksi pencabutan gelar akademik yang saya peroleh dan sanksi-sanksi lainnya dengan peraturan yang berlaku, apabila dikemudian hari ditemukan adanya plagiat dalam skripsi ini.

Medan, September 2020



Aida Sari

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN  
PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN  
AKADEMIS**

---

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Medan Area, saya yang  
bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aida Sari

NPM 168150007

Program Studi : Teknik Industri

Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Medan Area **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul Analisis Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Medan Area berhak menyimpan, mengalih media/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan skripsi saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Medan  
Pada tanggal : 18 September  
2020 Yang menyatakan



( Aida Sari )

## RINGKASAN

**Aida Sari NPM 168150007. Analisis Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang. Dibimbing oleh Chalis Fajri Hasibuan, ST. M.Sc dan Yudi Daeng Polewangi, ST. MT.**

*Safety climate* ialah sebagai suatu gambaran yang dirasakan atau terkait persepsi pekerja akan pentingnya keselamatan dan bagaimana hal tersebut bisa ditetapkan dalam organisasi. Iklim Keselamatan ini dinilai dengan menggunakan Kuisisioner. Kuisisioner yang digunakan pada penelitian ini adalah Kuisisioner Iklim Keselamatan Rumah sakit (KIKRS) yang merupakan Kuisisioner Iklim Keselamatan yang telah dikembangkan di Indonesia dan mengikuti budaya Iklim keselamatan di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui evaluasi persepsi Iklim Keselamatan di IGD dan mengetahui perbedaan Persepsi Iklim keselamatan antara dokter dan perawat pada IGD di rumah sakit umum daerah yang ada di Kabupaten Deli Serdang. Penelitian ini dilakukan pada instalasi gawat darurat di RSUD Deli Serdang dengan Responden 30 orang yang terdiri dari perawat dan dokter. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini menghasilkan Kuisisioner yang valid dan reliabel untuk masing-masing dimensi dengan validitas  $> 0,361$  dan reliabel  $> 0,361$ . Selain itu hasil dari uji *Mann Whitney* terlihat bahwa terdapat perbedaan persepsi antara dokter dan perawat pada dimensi Komunikasi, dan hasil dari Uji *Kruskall Wallis* terlihat pada kelompok umur tidak ada perbedaan persepsi antara dokter dan perawat di setiap dimensi, sedangkan pada tingkat pendidikan dan lama bekerja menunjukkan terdapat perbedaan persepsi antara dokter dan perawat pada dimensi Komunikasi.

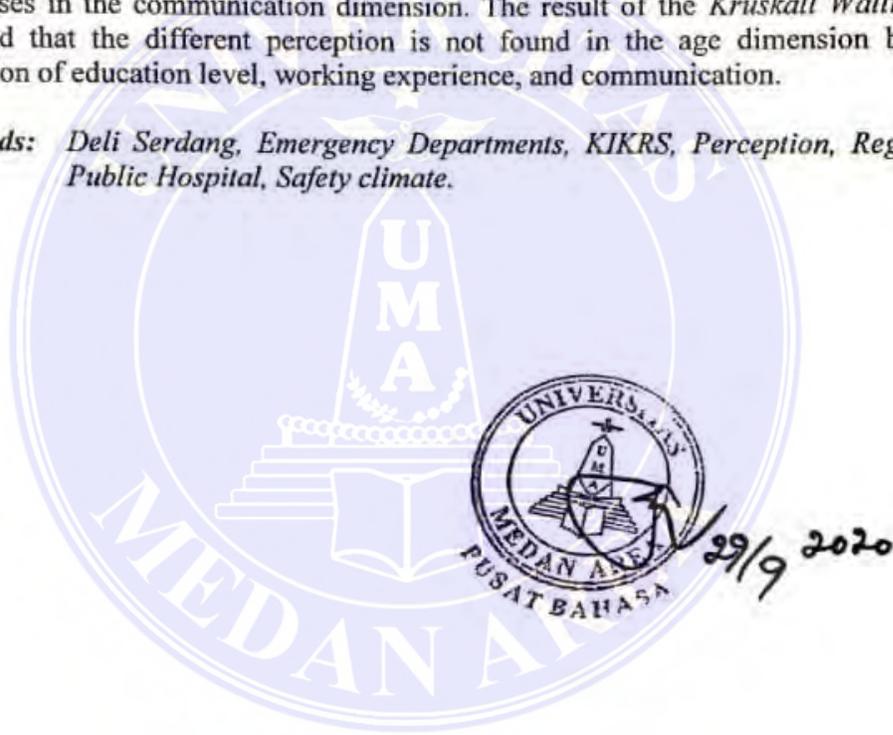
**Kata kunci:** Deli Serdang, IGD, KIKRS, Persepsi, RSUD, *Safety Climate*

## ABSTRACT

**Aida Sari. 168150007. "The Analysis of Patients' Safety Climate for Emergency Departments at Deli Serdang Regional Public Hospital". Supervised by Chalis Fajri Hasibuan S.T., MSc. and Yudi Daeng Polewangi, S.T., M.T.**

Safety climate is the illustration of employees' perception of how important is the work safety and implemented in an organization. The study used the hospital safety climate questionnaire or *Kuesioner Iklim Keselamatan Rumah Sakit* (KIKRS) which has been developed in Indonesia to comply with the Indonesian safety climate culture. The study aims to discover the evaluation of safety climate perception for Emergency Departments and the different perceptions between 30 respondents of doctors and nurses on safety climate. The validity and reliability are at a good level with the validity value  $> 0.361$  and reliability value  $> 0.361$ . Furthermore, the result of the *Mann Whitney* test pointed out that the different perceptions between doctors and nurses in the communication dimension. The result of the *Kruskall Wallis* test indicated that the different perception is not found in the age dimension but in dimension of education level, working experience, and communication.

**Keywords:** *Deli Serdang, Emergency Departments, KIKRS, Perception, Regional Public Hospital, Safety climate.*



## RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Kabupaten Deli Serdang tepatnya di Dusun I Desa Bagan Serdang Kecamatan Pantai Labu pada tanggal 09 Juli 1999. Anak kedua dari empat bersaudara, buah kasih pasangan dari Ayahanda Muhammad Sari dan Ibunda Arobah. Penulis Pertama kali menempuh pendidikan tepat pada umur 5 tahun di Sekolah Dasar (SD) pada SDN 106448 Bagan Serdang tahun 2004 dan selesai pada tahun 2010, dan pada tahun yang sama penulis melanjutkan di Sekolah Menengah Pertama (SMP) pada SMPN 1 Pantai Labu dan selesai pada tahun 2013, dan pada tahun yang sama penulis melanjutkan pendidikan di Sekolah Menengah Atas (SMA) pada SMAN 1 Batang Kuis penulis mengambil Jurusan IPA dan selesai pada tahun 2016. Pada tahun 2016 penulis terdaftar pada salah satu perguruan tinggi swasta Jurusan Teknik Industri Fakultas Teknik Universitas Medan Area, dan Alhamdulillah Selesai tahun 2020

Berkat petunjuk dan pertolongan Allah SWT, usaha yang disertai doa juga dari orang tua dalam menjalani aktivitas akademik di Perguruan Tinggi Universitas Medan Area . Alhamdulillah Penulis dapat menyelesaikan tugas akhir dengan skripsi yang berjudul “Analisis Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang”.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, berkat limpahan kasih sayang-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul Analisis Pengukuran Iklim Keselamatan Pasien Instalasi Gawat Darurat Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang. dengan sebaik- baiknya. Tujuan dari penyusunan skripsi ini merupakan syarat untuk memperoleh gelar sarjana Strata-1 Program Studi Teknik Industri Fakultas Teknik Universitas Medan Area.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran guna kesempurnaan skripsi ini. Dalam proses penyusunan skripsi ini, penulis dapat menyelesaikannya karena adanya bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam meluangkan waktu dan pikiran. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Dadan Ramdan, M.Eng. MSc., selaku Rektor Universitas Medan Area
2. Ibu Grace Yuswita Harahap, ST, MT. , Selaku Dekan Fakultas Teknik, Universitas Medan Area
3. Bapak Yudi Daeng Polewangi, ST. MT, selaku Ketua Program Studi Teknik Industri, Fakultas Teknik, Universitas Medan Area dan Sekaligus Sebagai Dosen Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dan nasehat kepada penulis.

4. Bapak Chalis Fajri Hasibuan, ST. M.Sc., Selaku Dosen Pembimbing I yang telah banyak memberikan bantuan berupa waktu, bimbingan, motivasi, serta saran dan masukan yang membangun sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Ibu Hj. Ninny Siregar M.Si, selaku ketua penguji tugas akhir
6. Ibu Yuana Delvika, ST, MT selaku sekretaris penguji Tugas Akhir
7. Seluruh dosen program Studi Teknik Industri Fakultas Teknik, Universitas Medan Area yang telah memberikan pengetahuannya ketika mengajar mata kuliah dengan ikhlas kepada penulis.
8. Seluruh staf dosen pengajar dan karyawan/wati di Fakultas Teknik Universitas Medan Area.
9. dr. Asri Ludi Tambunan, M.Ked (PD), Sp. PD, FINASIM Selaku Wakil Direktur II RSUD Deli Serdang
10. Teristimewa dan Terkhusus kepada orang tua saya yang telah banyak memberikan do'a, nasihat, motivasi dan bantuan baik berupa moril maupun materil
11. Abang dan adik-adik penulis yang selalu memberikan do'a, dukungan dan motivasi
12. Seluruh keluarga besar KAMMI UMA yang saya sayangi yang selalu memberikan dukungan kepada penulis.
13. Seluruh keluarga besar IMTI UMA yang juga yang selalu memberikan dukungan.
14. Teman-teman Alumni XII IPA 1 SMANSA Batang Kuis yang telah memberikan bantuan dan dukungan kepada penulis

15. Teman-Teman Terbaik penulis di Jurusan Teknik Industri stambuk 2016 yang senantiasa memberikan dukungan, motivasi dan sumbangan pikiran kepada penulis.

Akhir kata, penulis berharap semoga apa yang telah disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat dan digunakan sebagai bahan referensi untuk rekan-rekan dan pembaca sekalian. Penulis berharap semoga Tuhan Yang Maha Esa dapat membalas semua kebaikan dan bantuan yang telah diberikan pada penulis.



Medan, 2020

Aida Sari

# DAFTAR ISI

	<b>HALAMAN</b>
RINGKASAN .....	v
ABSTRAK .....	vi
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI .....	vi
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN .....	I-1
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	3
1.3. Batasan Masalah dan Asumsi .....	3
1.4. Tujuan Penelitian .....	4
1.5. Manfaat Penelitian .....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	5
2.1. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) .....	5
2.1.1. Pengertian Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) .....	5
2.1.2. K3 di rumah Sakit .....	6
2.2. Keselamatan pasien .....	6
2.2.1. defenisi keselamatan pasien .....	6

2.2.2. Standar Keselamatan Pasien .....	8
2.2.3. <i>Safety Climate</i> dan <i>culture</i> .....	10
2.2.4. Insiden dalam Keselamatan Pasien .....	11
2.3. Rumah Sakit.....	12
2.3.1. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit .....	13
2.3.2. Instalasi Gawat Darurat.....	14
2.3.2.1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat .....	14
2.4. Kuisisioner <i>Safety Climate</i> .....	17
2.4.1. Kuisisioner Iklim Keselamatan Rumah Sakit (KIKRS) .....	17
2.5. Analisis Statistik .....	18
2.5.1. Uji Validitas .....	18
2.5.2. Uji Reabilitas .....	18
2.5.3. Uji Normalitas .....	19
2.5.4. Uji <i>Mann whitney</i> .....	20
2.5.5. Uji <i>Kruskal wallis</i> .....	20
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	<b>22</b>
3.1. Lokasi Dan Waktu Penelitian .....	22
3.1.1. Lokasi Penelitian.....	22
3.1.2. Waktu Penelitian .....	22
3.2. Sumber Data Dan Jenis Penelitian .....	22
3.2.1. Sumber Data.....	22
3.2.2. Jenis Penelitian.....	23
3.3. Metode Penelitian.....	23

3.3.1. Variabel Penelitian.....	23
3.3.2. Kerangka Berpikir.....	24
3.3.1. Populasi dan Sampel.....	25
3.3.2. Tahapan Penelitian.....	25
<b>BAB IV PENGUMPULAN DAN PENGOLAHAN DATA.....</b>	<b>33</b>
4.1. Pengumpulan Data.....	33
4.1.1. Data Pasien.....	33
4.1.2. Data Kuisisioner <i>Safety Climate</i> .....	34
4.1.3. Data Uji Statistik.....	39
4.1.3.1. Data Uji Normalitas.....	39
4.1.3.2. Data Uji <i>Mann whitney</i> .....	39
4.1.3.3. Data Uji <i>Kruskal wallis</i> .....	39
4.2. Pengolahan Data.....	40
4.2.1. Pengelompokan Data.....	40
4.2.2. Uji Validitas.....	43
4.2.3. Uji Reliabilitas.....	46
4.2.4. Uji Normalitas.....	48
4.2.5. Uji <i>Mann whitney</i> .....	50
4.2.5.1. Hasil Uji Beda Berdasarkan Jabatan.....	51
4.2.6. Uji <i>Kruskal wallis</i> .....	53
4.2.6.1. Hasil Uji Beda Berdasarkan Umur.....	53
4.2.6.2. Hasil Uji Beda Berdasarkan Pendidikan.....	57

4.2.5.1. Hasil Uji Beda Berdasarkan Lama Bekerja.....	59
4.3. Usulan Perbaikan iklim Keselamatan Pasien.....	62
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	64
5.1. Kesimpulan .....	64
5.2. Saran .....	65
DAFTAR PUSTAKA.....	67



## DAFTAR TABEL

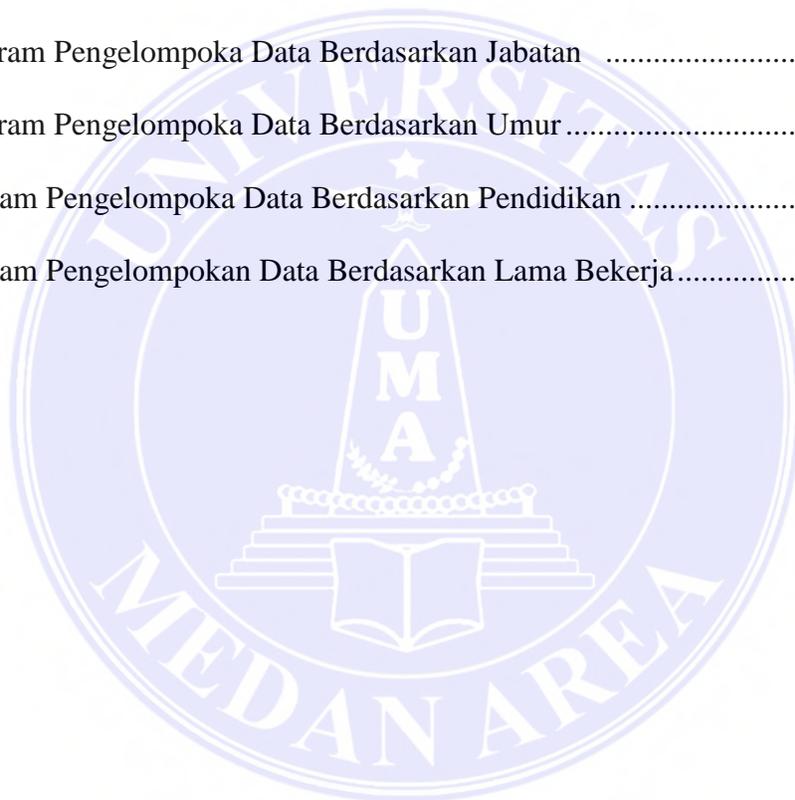
### HALAMAN

1. Data Pasien Yang Masuk Ruang IGD Pada Bulan Desember Tahun 2019 ....	33
2. Rekap Data Kuisisioner Dimensi Kepemimpinan .....	35
3. Rekap Data Kuisisioner Dimensi <i>staff/ Personal</i> .....	36
4. Rekap Data Kuisisioner Dimensi Komunikasi .....	37
5. Rekap Data Kuisisioner Dimensi <i>Teamwork</i> .....	38
6. Uji Validitas Dimensi Kepemimpinan.....	44
7. Uji Validitas Dimensi <i>staff/ Personal</i> .....	44
8. Uji Validitas Dimensi Komunikasi.....	45
9. Uji Validitas Dimensi <i>Teamwork</i> .....	45
10. Uji Reliabilitas per Dimensi.....	47
11. Hasil Uji Normalitas Dimensi Kepemimpinan .....	48
12. Hasil Uji Normalitas Dimensi <i>staff/ Personal</i> .....	48
13. Hasil Uji Normalitas Dimensi Komunikasi .....	49
14. Hasil Uji Normalitas <i>Teamwork</i> .....	50
15. Pengujian Beda Persepsi Dokter dan Perawat Per Dimensi .....	51
16. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Dokter dan Perawat .....	51
17. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Dokter dan Perawat (Lanjutan) .....	52
18. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Dokter dan Perawat (Lanjutan) .....	53
19. Pengujian Beda Persepsi Berdasarkan Kelompok Umur Per Dimensi .....	54

20. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Berdasarkan Umur.....	54
21. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Berdasarkan Umur ( Lanjutan).....	55
22. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Berdasarkan Umur ( Lanjutan).....	56
23. Pengujian Beda Persepsi Dokter dan Perawat Berdasarkan Pendidikan .....	57
24. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Berdasarkan Pendidikan .....	57
25. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Berdasarkan Pendidikan (lanjutan)	58
26. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Berdasarkan Pendidikan (lanjutan)	59
27. Pengujian Beda Persepsi Dokter dan Perawat Berdasarkan Lama Bekerja....	60
28. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Berdasarkan Lama Bekerja .....	60
29. Evaluasi Hasil Pengujian Beda Persepsi Berdasarkan Lama Bekerja (Lanjutan).....	61
30. Perbandingan Hasil Uji Setiap Dimensi.....	62

## DAFTAR GAMBAR

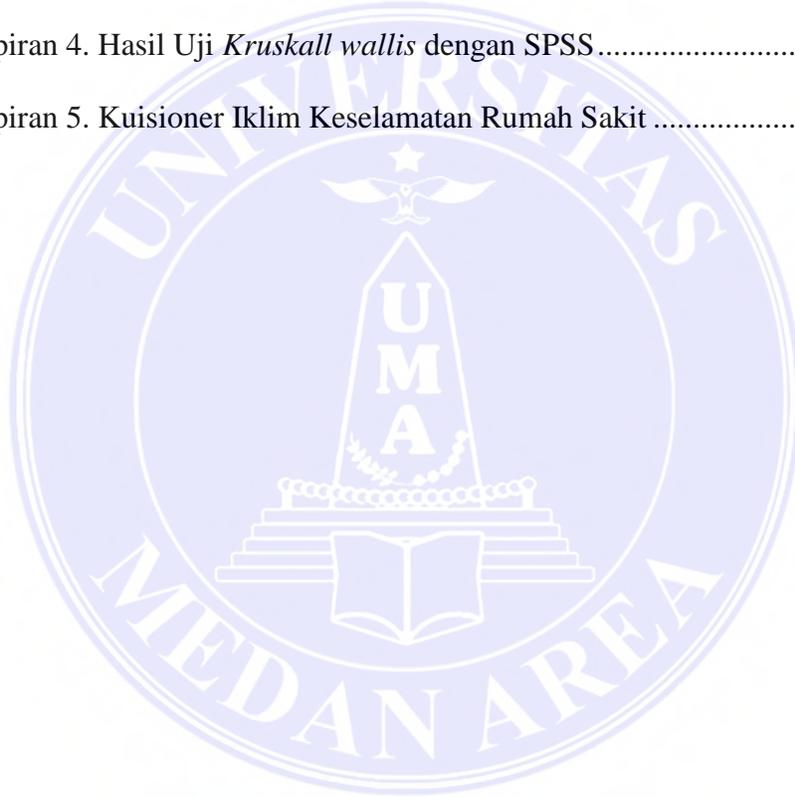
	<b>HALAMAN</b>
1. Kerangka Berpikir .....	24
2. Blog Diagram Prosedur Pengujian Data .....	31
3. Blog Diagram Prosedur penelitian .....	32
4. Diagram Pengelompoka Data Berdasarkan Jabatan .....	41
5. Diagram Pengelompoka Data Berdasarkan Umur .....	41
6. Diagram Pengelompoka Data Berdasarkan Pendidikan .....	42
7. Diagram Pengelompokan Data Berdasarkan Lama Bekerja .....	42



## DAFTAR LAMPIRAN

### HALAMAN

1. Lampiran 1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas dengan SPSS ..... L-1
2. Lampiran 2. Hasil Uji Normalitas dengan SPSS ..... L-7
3. Lampiran 3. Hasil Uji *Mann Whitney* dengan SPSS..... L-12
4. Lampiran 4. Hasil Uji *Kruskall wallis* dengan SPSS..... L-14
5. Lampiran 5. Kuisisioner Iklim Keselamatan Rumah Sakit ..... L-19



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah

*Safety climate* ialah sebagai suatu gambaran yang dirasakan atau terkait persepsi pekerja akan pentingnya keselamatan dan bagaimana hal tersebut bisa ditetapkan dalam organisasi (Cooper et. al 2004). Pengukuran terhadap *safety climate* menggunakan instrumen yang dapat mencatat persepsi-persepsi tentang isu-isu keselamatan dari individu sebagai sampel.

Selain pabrik/ perkantoran rumah sakit juga merupakan salah satu tempat kerja dengan resiko kerja yang sangat tinggi dan mengancam kesehatan dan keselamatan kerja sumber daya manusia serta pasien, bahkan pengunjung yang berada di dalamnya.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang ialah satu-satunya rumah sakit umum milik Pemerintah Kabupaten Deli Serdang, merupakan pusat rujukan pelayanan dengan status kelas B pendidikan berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1069/MENKES/SK/XI/ 2008. Tahun 2016 RSUD Deli Serdang telah menerima sertifikat rumah sakit Nomor KARS-sert/361/XII/2016 sejak 2016 dari komisi akreditasi rumah sakit.

Instalasi Gawat Darurat di Rumah Sakit Umum Deli Serdang mempunyai perawat sebanyak 26 orang dan dokter sebanyak 16 orang. Kasus gawat darurat yang sering dihadapi IGD ini adalah kasus luka bakar, kecelakaan , cedera tulang belakang, Trauma toraks, cedera kepala, syok dan trauma musculoskeletal. Jumlah pasien yang masuk ke IGD pada bulan Desember sebanyak 450 pasien gawat

darurat. waktu tanggap dari sebagian pasien  $\pm$  5 menit dan sebagian pasien lagi waktu tanggapnya  $\pm$  10 menit. Lamanya waktu tanggap ini juga disebabkan karena kurangnya pengetahuan perawat dalam menangani pasien gawat darurat untuk melakukan alat-alat apa saja yang harus dipasang ke pasien, apa yang perlu dilakukan di ruangan triase dan menurut dr Mohammad Baharudin Sp0G MARS, kelelahan bisa jadi salah satu faktor yang menyebabkan dokter/ Perawat menimbulkan Performa kerja yang tidak maksimal dan lain-lain selain itu dilihat dari jumlah pasien yang banyak dan jumlah dokter dan perawat yang minim juga dapat menyebabkan waktu tanggap pasien cukup lama . berdasarkan pengamatan langsung di IGD RSUD Deli Serdang diperoleh bahwa sebagian perawat kurang ramah tamah dengan pasien dan keluarga pasien.

Kesehatan sangat ditentukan oleh penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas pelayanan kesehatan. Bisa diilustrasi dengan pasien yang terus mengalami pendarahan yang tidak dihentikan selama periode prafasilitas pelayanan kesehatan, maka akan sampai ke fasilitas pelayanan kesehatan dalam kondisi gagal ginjal. Begitu cedera terjadi maka berlakulah apa yang disebut waktu emas ( *The Golden Periode* ) . Satu jam Kepemimpinan juga sangat menentukan sehingga dikenal istilah *The Golden Hour*. Setiap detik berharga bagi kelangsungan hidup penderita. Semakin panjang waktu terbuang tanpa bantuan pertolongan yang memadai, semakin kecil harapan hidup pasien (Permenkes RI No.47 2018),

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI 129/ Menkes/SK/II/ 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit menyatakan ada beberapa indikator mutu pelayanan rumah sakit khususnya pada bagian Instalasi Gawat Darurat salah satunya waktu tanggap atau *respons time*. Standar waktu ini dihitung berdasarkan

kecepatan pelayanan dokter maupun perawat di Instalasi Gawat Darurat, waktu ini dihitung dari saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas instalasi gawat darurat dengan waktu pelayanan pasien sampai selesai proses penanganan gawat darurat (Haryatun dan Sudaryanto, 2008). Dengan standar waktu 5 menit pasien dilayani setelah tiba di IGD (Kemenkes, 2009)

Di Indonesia, Hasibuan (2014) telah mengembangkan kuesioner dalam mengukur *safety climate* pada rumah sakit yaitu kuesioner iklim keselamatan rumah sakit (KIKRS) dengan mempertimbangkan budaya hofstede. KIKRS inilah yang penulis gunakan pada saat penelitian.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis mengadakan penelitian lebih jauh untuk mengetahui kondisi ataupun menganalisis iklim keselamatan di IGD RSUD Deli Serdang.

## **1.2. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut maka rumusan masalah pada penelitian ini ialah Bagaimana persepsi iklim keselamatan di IGD pada RSUD Deli Serdang dengan menggunakan Kuesioner KIKRS

## **1.3. Batasan Masalah dan Asumsi**

Permasalahan yang akan diteliti memiliki batasan-batasan sebagai berikut:

1. Rumah Sakit yang diteliti adalah RSUD Deli Serdang
2. Responden yang diteliti adalah Perawat dan Dokter
3. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner iklim keselamatan yaitu KIKRS

Asumsi yang digunakan dari penelitian adalah:

1. Perawat dan Dokter yang diamati adalah perawat dan dokter yang bekerja dalam keadaan normal.
2. Kondisi rumah sakit tidak berubah selama penelitian

#### **1.4. Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk Mengetahui Evaluasi Persepsi Iklim keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum (RSUD) Deli Serdang khusus dibagian Instalasi Gawat Darurat dengan menggunakan kuisisioner KIKRS
2. Untuk mengetahui perbedaan persepsi dalam penerapan *safety climate* di RSUD Deli Serdang

#### **2.1. Manfaat Penelitian**

Manfaat yang diharapkan dapat diperoleh dari penelitian ini adalah :

1. Memperoleh informasi tentang iklim keselamatan di RSUD Deli Serdang menggunakan kuesioner KIKRS
2. Dapat memberikan saran perbaikan terhadap penerapan iklim keselamatan pada IGD RSUD Deli Serdang.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)**

##### **2.1.1. Pengertian Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)**

K3 adalah suatu ilmu pengetahuan dan penerapan guna mencegah kemungkinan terjadi Kecelakaan dan penyakit yang disebabkan oleh pekerja dan lingkungan kerja. Menurut *America society safety and Engineering* (ASSE) K3 diartikan sebagai bidang kegiatan yang ditujukan untuk mencegah semua jenis kecelakaan yang ada kaitannya dengan lingkungan dan situasi kerja. Secara umum keselamatan kerja dapat dikatakan sebagai ilmu dan penerapannya yang berkaitan dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan dan proses pengolahan, dan lingkungan kerja serta cara melakukan pekerjaan guna menjamin keselamatan tenaga kerja dan asset perusahaan agar terhindar dari kecelakaan dan kerugian lainnya. Keselamatan kerja juga meliputi ketersediaan APD, perawatan mesin dan pengaturan jam kerja yang manusiawi.

K3 sendiri wajib dilakukan dan diterapkan di perusahaan, instansi pemerintah dan organisasi-organisasi yang ada di Indonesia. Tak terkecuali dilingkungan yang memberikan layanan kesehatan, seperti rumah sakit. Rumah sakit merupakan Institusi yang memberikan dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan, yang memberikan pelayanan berupa pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

### 2.1.2. K3 di Rumah Sakit

K3 di rumah sakit sudah memiliki peraturannya sendiri, yaitu tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan/66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit atau lebih dikenal dengan K3RS. Dalam peraturan tersebut, dijelaskan bahwa rumah sakit termasuk dalam tempat kerja yang memiliki tingkat resiko yang tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan kerja bagi SDM rumah sakit, pasien, Pendamping pasien, pengunjung bahkan di lingkungan sekitar rumah sakit tersebut. Oleh karenanya dibuat peraturan yang mengatur tentang K3 di rumah sakit dengan tujuan terciptanya kondisi rumah sakit yang sehat, aman, selamat dan nyaman bagi semua pihak, sehingga proses pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.

## 2.2. Keselamatan Pasien

### 2.2.1. Defenisi Keselamatan Pasien

Menurut *Institute of Medicine* (IOM) keselamatan pasien memiliki pengertian bebas dari kejadian cedera. Selain pengertian tersebut *Patient safety* dapat diartikan sebagai *the prevention of harm patient* penekanan ditempatkan pada pemberi perawatan yang mencegah kesalahan, belajar dari kesalahan yang terjadi dan dibangun diatas sebuah budaya keselamatan pasien yang melibatkan perawat kesehatan profesional, Organisasi, dan pasien. Hal tersebut diperluas oleh *Agency Of Healthcare Research And Quality* (AHRQ) keselamatan pasien diartikan

sebagai bebas dari cedera yang disengaja atau cedera yang dicegah yang dihasilkan oleh petugas medis (Beginta, 2012).

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen resiko 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 kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes RI No.11 Tahun 2017).

Konsep keselamatan pasien (*Patient safety*) secara mendasar diartikan sebagai “*Freedom from accidental injury*” oleh *Institute Of Medicine* (IOM). Sejalan dengan batasan tersebut, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendefenisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari cedera ( *harm*) yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam dalam mencapai tujuan (Wardhani, 2017:2).

Pada Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien terdapat bahwa di Indonesia secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, diberlakukan sasaran keselamatan pasien Nasional yang terdiri dari :

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar
- b. Meningkatkan komunikasi yang efektif
- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.

- e. Mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- f. Mengurangi resiko cedera pasien akibat terjatuh

Pada Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien terdapat

Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien :

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- b. Memimpin dan mendukung staf
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- d. Mengembangkan sistem pelaporan
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dan
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

### 2.2.2. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien rumah sakit disusun mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan *Commission on Accreditation of Health Organizations, Lilinois, USA* tahun 2002 yang disesuaikan dengan situasi Kondisi Perumahan Sakitan di Indonesia ( Kemenkes RI, 2015)

Menurut Kemenkes RI (2015), standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar, yaitu:

- a. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

- b. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggungjawab pasien dalam asuhan pasien.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif kejadian tidak diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

1. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi kejadian tidak diharapkan.
3. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.

5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektivitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
1. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan, dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
  2. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
1. Rumah sakit merencanakan dan mendesaian proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
  2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

### **2.2.3. Safety Climate dan Culture**

Menurut INSAG (*International Nuclear Safety Advisory Group*) (2004) *safety culture* umumnya didefinisikan sebagai produk dari nilai-nilai individu, kelompok, sikap dan persepsi dan pola perilaku yang menentukan tim atau komitmen organisasi dari manajemen keselamatan. Budaya dapat disamakan dengan sebuah unsur yang menembus semua bagian dari suatu organisasi yang membaaur menjadi satu bagian. Meskipun tidak terlihat memberikan pengaruh dari dalam tetapi dampaknya dapat diamati sebagai perilaku. Istilah *safety climate*

mengacu pada komponen terukur *safety culture*. *Safety climate* menyediakan *snapshot* dari budaya pada saat tertentu dalam waktu. *Safety culture* dan *safety climate* sering digunakan secara bergantian.

Istilah *safety culture* diangkat Kepemimpinan kali oleh IAEA (*International Atomic Energy Agency*), atas dasar hasil analisis bencana reaktor nuklir di Chernobyl. Menurut Rakowska dan Szubielska (2013) *safety culture* adalah sebuah tingkah laku dari karyawan dalam lingkup kesehatan dan keselamatan. Definisi *safety culture* didasari oleh analisis kecelakaan dari Chernobyl dan Piper Alpha. Kesimpulan yang diperoleh dari kejadian tersebut adalah rendahnya *safety culture* maka akan memungkinkan munculnya kecelakaan kerja.

Pengukuran terhadap *safety climate* menggunakan instrumen yang dapat mencatat persepsi-persepsi tentang isu-isu keselamatan dari individu sebagai sampel. Menurut Cooper dan Philips (2004) pengukuran iklim keselamatan yang biasa digunakan adalah dengan menggunakan angket melalui administrasi pelaporan diri (*self administered*) dengan pendekatan *survey*. Secara umum digunakan untuk mengungkapkan persepsi calon pekerja, sikap, nilai, dan keyakinan terhadap keselamatan terkait dengan *culture* dan *safety climate*.

#### **2.2.4. Insiden dalam Keselamatan pasien**

Insiden keselamatan pasien atau yang disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera dan kejadian potensial

cedera (Menkes RI, 2011). Adapun jenis-jenis insiden yang ditetapkan dalam Permenkes RI No. 11 tahun 2011 adalah sebagai berikut:

- a. Kejadian tidak diharapkan/ KTD (*Adverse Event*), Kejadian sentinel (*Sentinel Event*)
- b. Kejadian nyaris cedera/ KNC (*Near Miss*), terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- c. Kejadian tidak cedera/ KTC, merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera.
- d. Kejadian potensial cedera/ KPC, merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden.
- e. Kejadian sentinel (*Sentinel Event*), merupakan bagian dari kejadian tidak diharapkan/ KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

### **2.3. Rumah Sakit**

Menurut Permenkes RI No.30 tahun 2019, Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan kepada semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan rumah sakit pemerintah adalah unit pelaksanaan teknis dari instansi pemerintah yang tugas pokok dan fungsinya dibidang kesehatan ataupun instansi pemerintah lainnya. Rumah Sakit menetap merupakan rumah sakit yang didirikan secara permanen untuk jangka waktu lama

### 2.3.1. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Permenkes RI No. 56 Tahun 2014, fungsi kegiatan di sebuah rumah sakit melaksanakan pelayanan, yaitu:

1. Pelayanan medik sebagaimana dimaksud dalam paling sedikit terdiri dari:
  - a. Pelayanan gawat darurat
  - b. Pelayanan medik umum
  - c. Pelayanan medik spesialis dasar
  - d. Pelayanan medik spesialis penunjang
  - e. Pelayanan medik spesialis lain
  - f. Pelayanan medik subspecialis
  - g. Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut.
2. Pelayanan gawat darurat, harus diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus.
3. Pelayanan medik umum, meliputi pelayanan medik dasar, medik gigi mulut, kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana.
4. Pelayanan medik spesialis dasar, meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi.
5. Pelayanan medik spesialis penunjang, meliputi pelayanan anesthesiologi, radiologi, dan patologi klinik.
6. Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut, paling sedikit berjumlah 1 (satu) pelayanan.

### **2.3.2. Instalasi Gawat Darurat**

Menurut Permenkes RI (2018), Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal (bagi pasien yang datang langsung ke rumah sakit) / lanjutan ( bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain ataupun dari PSC 119), menderita sakit ataupun cedera yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya.

IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat bagi pasien yang datang dengan gawat medis. Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu : cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan (Ali, 2014)

#### **2.3.2.1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat**

IGD rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat, bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis.

Prosedur pelayanan di suatu rumah sakit, pasien yang akan berobat akan diterima oleh petugas kesehatan setempat baik yang berobat di rawat inap, rawat jalan (poliklinik) maupun di IGD untuk yang penyakit darurat/*emergency* dalam suatu prosedur pelayanan rumah sakit. Prosedur ini merupakan kunci awal

pelayanan petugas kesehatan rumah sakit dalam melayani pasien secara baik atau tidaknya, dilihat dari sikap yang ramah, sopan, tertib, dan penuh tanggung jawab (Depkes RI, 2006).

Pentingnya diatur standar IGD karena pasien yang masuk ke IGD rumah sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Semua itu dapat dicapai antara lain dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumberdaya manusia dan manajemen IGD Rumah Sakit sesuai dengan standar. Disisi lain, desentralisasi dan otonomi telah memberikan peluang daerah untuk mengembangkan daerahnya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuannya serta siap mengambil alih tanggung jawab yang selama ini dilakukan oleh pusat. Untuk itu daerah harus dapat menyusun perencanaan di bidang kesehatan khususnya pelayanan gawat darurat yang baik dan terarah agar mutu pelayanan kesehatan tidak menurun, sebaliknya meningkat dengan pesat. Oleh karenanya Depkes perlu membuat standar yang baku dalam pelayanan gawat darurat yang dapat menjadi acuan bagi daerah dalam mengembangkan pelayanan gawat darurat khususnya di Instalasi Gawat Darurat RS.

Prinsip umum pelayanan IGD di rumah sakit adalah : Depkes RI (2010)

Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan : melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilitasi (*life saving*).

Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.

Berbagai nama untuk instalasi/ unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD). Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 ( lima ) menit setelah sampai di IGD.

Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana)

Setiap rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.

Menurut Depkes RI (2006), Kegiatan pelayanan penderita diutamakan pada mereka yang dalam keadaan kritis. Agar dapat segera menangani penderita yang berada dalam keadaan kritis, tata cara pelayanan penderita dilakukan melalui urutan sebagai berikut:

#### 1. Triase

Tindakan memilah-milah korban sesuai dengan tingkat kegawatannya untuk memperoleh prioritas tindakan. Pembagian golongan pada musibah masal/ bencana:

1. Gawat darurat – merah Kelompok pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya.
2. Gawat tidak darurat – putih Kelompok pasien berada dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat, misalnya kanker stadium lanjut.

3. Tidak gawat, darurat – kuning Kelompok pasien akibat musibah yang datang tiba-tiba, tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya, misalnya luka sayat dangkal.
4. Tidak gawat, tidak darurat – hijau Kelompok pasien yang tidak luka dan tidak memerlukan intervensi medik.
5. Meninggal – hitam

## 2. Resusitasi

Bagi penderita gawat darurat yang mengancam jiwa (label biru) akan dilakukan resusitasi, ruang resusitasi dilengkapi dengan alat-alat resusitasi sesuai dengan kebutuhan resusitasi.

### 2.4. Kuesioner *Safety Climate*

#### 2.4.1. Kuesioner Iklim Keselamatan Rumah Sakit (KIKRS)

Kuesioner KIKRS dikembangkan oleh Hasibuan (2014) dengan mempertimbangkan budaya hofstede. Konsep budaya ini dinilai penting dalam era globalisasi saat ini ketika banyak perusahaan multinasional yang beroperasi diberbagai negara dengan berbagai ragam budaya yang berbeda. Hasibuan (2014) mengembangkan kuesioner dengan memasukkan empat dimensi yaitu dimensi kepemimpinan, staf, komunikasi, dan juga *Teamwork*, sedangkan untuk subdimensi dari masing-masing dimensi dihasilkan bahwa untuk dimensi A menghasilkan 2 subdimensi, untuk dimensi B dengan 2 subdimensi, untuk subdimensi C dengan 3 subdimensi, sedangkan untuk dimensi D dengan 1 subdimensi. Kuesioner ini telah diujikan pada beberapa IGD yang ada di RSUD.

## 2.5. Analisis Statistik

### 2.5.1. Uji Validitas

Validitas merupakan adalah suatu alat ukur yang dapat mengukur apa yang ingin diukur. Jadi dapat dikatakan semakin tinggi validitas suatu alat ukur, maka alat ukur tersebut semakin mengenai sasarannya, atau semakin menunjukkan apa yang seharusnya diukur. Suatu instrumen ukur dapat dikatakan mempunyai validitas tinggi apabila instrumen ukur tersebut menjalankan fungsi ukurnya, atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan makna dan tujuan pengukuran tersebut. Jika peneliti menggunakan kuisioner dalam pengumpulan data penelitian maka butir-butir yang disusun pada kuisioner tersebut merupakan instrumen (alat) ukur yang harus mengukur apa yang menjadi tujuan penelitian. Pengujian validitas dapat menggunakan persamaan korelasi *Product Moment*, dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{validitas : } r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Angka korelasi yang diperoleh harus dibandingkan dengan angka kritik tabel korelasi nilai r. Angka kritik dapat dilihat pada baris N-2 pada taraf signifikansi 5% atau 1%. Jika angka korelasi yang diperoleh lebih besar daripada angka kritik maka pernyataan tersebut signifikan. Sedangkan bila angka korelasi yang di peroleh bertentangan dengan pernyataan lainnya sehingga tidak valid ( tidak signifikan )

### 2.5.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah hasil istilah yang digunakan untuk menunjukkan sejauh mana suatu hasil pengukuran relatif konsisten apabila pengukuran pada gejala yang sama diulang dua kali atau lebih. Dengan kata lain reliabilitas adalah gejala indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau

diandalkan.

Dalam buku ( Joko Widiyanto, 2010:43 ), menjelaskan bahwa dasar pengambilan keputusan dalam uji Reliabilitas adalah sebagai berikut: .

1. Jika nilai *Cronbach Alpha* > r tabel maka kuisisioner dinyatakan reliabel
2. Jika nilai *Cronbach Alpha* < r tabel maka kuisisioner dinyatakan tidak reliabel

Reliabilitas dapat diperoleh dengan menggunakan rumus *Alpha Cronbach*, yaitu:

$$\text{Reliabilitas : } \alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Dimana:

$\alpha$  = koefisien reliabilitas

$k$  = banyaknya butir yang valid

$\sum S_i^2$  = varians total butir pertanyaan

$S_t^2$  = total varian

### 2.5.3. Uji Normalitas

Uji Normalitas dilakukan untuk melihat data apakah berdistribusi normal atau tidak. Jika data berdistribusi normal, analisis statistik yang digunakan menggunakan uji parametrik, dan jika data tidak berdistribusi normal analisis statistik yang digunakan menggunakan uji non parametrik. Dalam penelitian ini data yang sudah di uji adalah data tidak berdistribusi normal, maka metode yang

digunakan adalah non parametrik yaitu pengujian normalitas data dengan menggunakan Kolmogorov – Smirnov.

#### **2.5.4. Uji *Mann Whitney***

Uji *Mann Whitney* adalah uji dua sampel bebas pada statistik non parametrik mempunyai tujuan yang sama dengan uji t pada statistik parametrik, yakni ingin mengetahui apakah sampel yang bebas berasal dari populasi yang sama. Bebas atau independen berarti dua sampel tersebut tidak tergantung satu dengan yang lain. Seperti sampel sikap Wanita, di mana tidak mungkin seseorang pada saat bersamaan menjadi Pria dan Wanita sekaligus. Atau Jumlah Mesin di tempat A dan di tempat B, di mana tidak mungkin sebuah Mesin pada saat bersamaan ada di tempat A dan B. Pada metode Statistik Parametrik, uji perbedaan dua sampel dilakukan menggunakan uji t. Hanya uji t mensyaratkan data bertipe Interval atau Rasio, serta data mengikuti distribusi normal atau dianggap normal. Jika salah satu syarat tersebut tidak terpenuhi, yakni :

1. Data bertipe Nominal atau Ordinal.
2. Data bertipe Interval atau Rasio, namun berdistribusi normal.

Maka uji t harus diganti dengan uji statistik nonparametrik yang khusus digunakan untuk dua sampel bebas.

#### **2.5.5. Uji *Kruskal Wallis***

Uji *Kruskal Wallis* adalah uji sampel bebas yang akan menguji lebih dari dua sampel yang bersifat bebas satu dengan yang lain, apakah sampel – sampel tersebut berasal dari populasi yang sama, maka rata – rata ke-n sampel tersebut tentu

relatif sama atau tidak berbeda secara signifikan. Jika data adalah parametrik (data tipe interval atau rasio serta distribusi data normal), maka bisa dilakukan uji F atau ANOVA. Namun, jika salah satu persyaratan berikut tidak terpenuhi :

1. Data bertipe Nominal atau Ordinal
2. Data bertipe Interval atau Rasio, namun tidak berdistribusi normal Maka bisa dilakukan Uji Statistik Non parametrik untuk sampel lebih dari dua (n sampel yang bisa saja tiga, empat, lima sampel dan bahkan lebih dari itu).



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### **3.1.1 Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di IGD RSUD Deli Serdang Lubuk Pakam, berlokasi di Jl. Mh Thamrin No.126, Lubuk Pakam, Kabupaten Deli Serdang, Provinsi Sumatera Utara .

##### **3.1.2. Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di bulan Desember 2019 - Maret 2020. Waktu yang digunakan dalam *survey* pendahuluan adalah untuk pengambilan data, pengolahan data dan analisa data juga penyusunan hasil penelitian

#### **3.2. Sumber Data dan Jenis Penelitian**

##### **3.2.1. Sumber Data**

###### **1. Data Primer**

Data primer dari penelitian ini adalah data yang berasal dari pengisian kuisioner oleh responden dan data wawancara mengenai permasalahan tentang keselamatan kerja

###### **2. Data Sekunder**

Data sekunder berupa data pendukung yang diperoleh dari RSUD Deli Serdang yang berupa Profil RSUD Deli Serdang atau gambaran umum dari RSUD Deli Serdang.

### 3.2.2. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif ( *descriptive research* ) dimana penelitian bertujuan untuk mendeskripsikan secara sistematis, faktual dan akurat tentang fakta-fakta dan sifat-sifat suatu objek atau populasi tertentu.

### 3.3. Metode Penelitian

#### 3.3.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah objek penelitian yang menjadi titik perhatian penelitian. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel adalah sebagai berikut:

a. Variabel independen

Variabel independen adalah variabel bebas yang dapat mempengaruhi variabel dependen baik secara positif maupun negatif Variabel independen , Variabel independen pada penelitian adalah:

1. Kepemimpinan
2. *Staff* /Personel
3. Komunikasi
4. *Teamwork*

b. Variabel dependen

Variabel dependen adalah Variabel yang dipengaruhi akibat adanya variabel bebas. Variabel dependen pada penelitian adalah: *Safety climate*

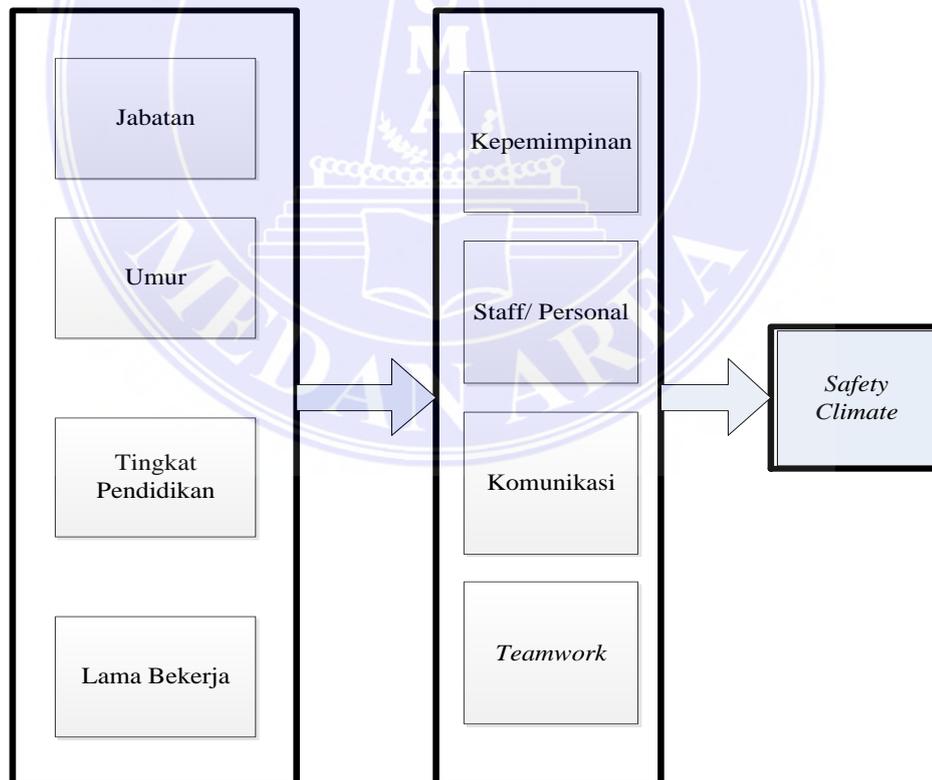
c. Variabel perancu ( *Confounding Variable* )

Variabel perancu merupakan variable yang berhubungan variable bebas dan variable terikat, tetapi bukan variable antara. Variabel perancu pada penelitian ini adalah:

1. Jabatan ( Dokter dan Perawat)
2. Umur ( 20-25 tahun, 25- 30 tahun, 30-35 tahun dan > 35 tahun )
3. Pendidikan ( D3, S1 dan S2)
4. Lama Bekerja ( < 1 tahun, 1-2 tahu, 2-3 tahun, dan > tahun)

### 3.3.2. Kerangka berpikir

Adapun kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah KIKRS untuk menganalisis dan mengetahui persepsi Iklim keselamatan pasien pada suatu Rumah Sakit. Kuesioner KIKRS ini terdiri dari 30 pertanyaan yang terbagi menjadi 4 dimensi.



**Gambar 3.1 Kerangka Berpikir**

### 3.3.3. Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat dan dokter yang menangani pasien gawat darurat dengan jumlah perawat sebanyak 26 orang dan jumlah dokter sebanyak 16 orang

#### 2. Sampel

sampel yang diambil menggunakan Metode Slovin

n = ukuran sampel

N = jumlah Populasi

e = adalah presentase kesalahan yang ditolerir dalam pengambilan sampel

e= 10 % (0,1)

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

$$n = \frac{42}{1+42(0,1)^2}$$

$$n = \frac{42}{1,42} = 29,57 \approx 30 \text{ orang}$$

Berdasarkan perhitungan di atas maka sampel yang di ambil pada penelitian ini sebanyak 30 orang , yaitu 8 orang dokter dan 22 orang perawat

### 3.3.4. Tahapan Penelitian

#### 1. Studi Pendahuluan

Studi pendahuluan yang digunakan pada penelitian ini adalah studi *literature* tentang iklim keselamatan di IGD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang. Hal ini dilakukan untuk memberikan pemahaman kepada peneliti tentang iklim keselamatan, setelah itu dilakukan

penelitian, penelitian terhadap unit yang akan diteliti dengan mengetahui lokasi, peraturan dan ketentuan dalam melakukan penelitian.

## 2. Pengambilan Data dengan Kuesioner

Setelah ditentukan tempat penelitian, langkah selanjutnya adalah melakukan pengambilan data dengan memberikan kuesioner yaitu KIKRS kepada para dokter dan perawat di IGD RSUD Deli Serdang dengan jumlah 30 Responden.

## 3. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisisioner

Langkah selanjutnya adalah Uji validitas dan reliabilitas kuisisioner. Tujuan dari pengujian ini adalah untuk memastikan bahwa kuisisioner yang digunakan telah valid dan reliabel agar dapat dilakukan analisis selanjutnya. Pengujian validitas dapat menggunakan persamaan kolerasi *Product moment*, dengan rumus sebagai berikut:

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Sedangkan uji reliabilitas dapat diperoleh dengan menggunakan rumus *Alpha Cronbach*, yaitu:

$$r = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum \delta^2 b}{\delta^2 t} \right]$$

## 4. Uji Normalitas Data

Uji Normalitas dilakukan untuk melihat data apakah berdistribusi normal atau tidak. Jika data berdistribusi normal, analisis statistik yang digunakan menggunakan uji parametrik. Dan proses dari analisis pengambilan keputusan data adalah sebagai berikut:

### a. Hipotesis

$H_0$  : data *income* berdistribusi normal

$H_a$  : data *income* tidak berdistribusi normal

b. Dasar pengambilan keputusan

Dengan melihat angka probabilitas, dengan ketentuan:

- 1) Probabilitas  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima
- 2) Probabilitas  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak

### 5. Uji *Mann Whitney*

Pengujian ini bertujuan untuk melihat apakah terdapat perbedaan antara dua buah sample yang independen dan dalam penelitian ini yang menjadi objek pengujian *Mann Whitney* adalah:

a. Hipotesis

$H_0$  : Adanya kesamaan persepsi antara dokter dan perawat pada penerapan iklim keselamatan Pasien di IGD RSUD Deli Serdang

$H_a$  : Tidak adanya kesamaan persepsi antara dokter dan perawat pada penerapan iklim keselamatan Pasien di IGD RSUD Deli Serdang

b. Dasar pengambilan keputusan

Dengan membandingkan angka  $z$  hitung dan  $r$  tabel:

Jika  $z$  hitung  $< z$  table, maka  $H_0$  diterima

Jika  $z$  hitung  $> z$  table, maka  $H_0$  ditolak

Dengan melihat angka probabilitas, dengan ketentuan :

Probabilitas  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima

Probabilitas  $> 0,05$  maka  $H_0$  ditolak

## 6. Uji *Kruskal Wallis*

Pengujian ini bertujuan untuk melihat apakah terdapat perbedaan antara 2 buah sampel atau lebih yang independen dan dalam penelitian ini yang menjadi objek pengujian *Kruskal Wallis* adalah:

### a. Umur

1. 20-25 tahun
2. 26-30 tahun
3. 30-35 tahun
4. > 35 tahun

Dimana proses pengambilan keputusan sebagai berikut:

#### 1. Hipotesis

$H_0$ : penerapan iklim keselamatan kerja di IGD RSUD Deli Serdang untuk klasifikasi Umur tidak ada perbedaan yang signifikan.

$H_a$  : penerapan iklim keselamatan kerja di IGD RSUD Deli Serdang untuk klasifikasi Umur ada perbedaan yang signifikan

#### 2. Dasar pengambilan keputusan

Dengan melihat angka probabilitas, dengan ketentuan:

Probabilitas  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima

Probabilitas  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak

### b. Pendidikan

1. D3
2. S1
3. S2

Dimana proses pengambilan keputusan sebagai berikut :

a. Hipotesis

$H_0$  : penerapan Iklim keselamatan pasien di IGD RSUD Deli Serdang untuk klasifikasi pendidikan tidak ada perbedaan yang signifikan.

$H_a$  : penerapan Iklim keselamatan pasien di IGD RSUD Deli Serdang untuk klasifikasi pendidikan ada perbedaan yang signifikan.

b. Dasar pengambilan Keputusan

Dengan melihat angka probabilitas, dengan ketentuan:

Probabilitas  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima

Probabilitas  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak

c. Lama Bekerja

1.  $< 1$  tahun
2. 1-2 Tahun
3. 2-3 Tahun
4.  $> 3$  Tahun

Dimana proses pengambilan keputusan sebagai berikut :

a. Hipotesis

$H_0$  : Penerapan iklim keselamatan pasien di IGD RSUD Deli Serdang untuk klasifikasi lama bekerja tidak ada perbedaan yang signifikan.

$H_a$  : Penerapan iklim keselamatan pasien di IGD RSUD Deli Serdang untuk klasifikasi Lama Bekerja ada perbedaan yang signifikan.

b. Dasar pengambilan Keputusan

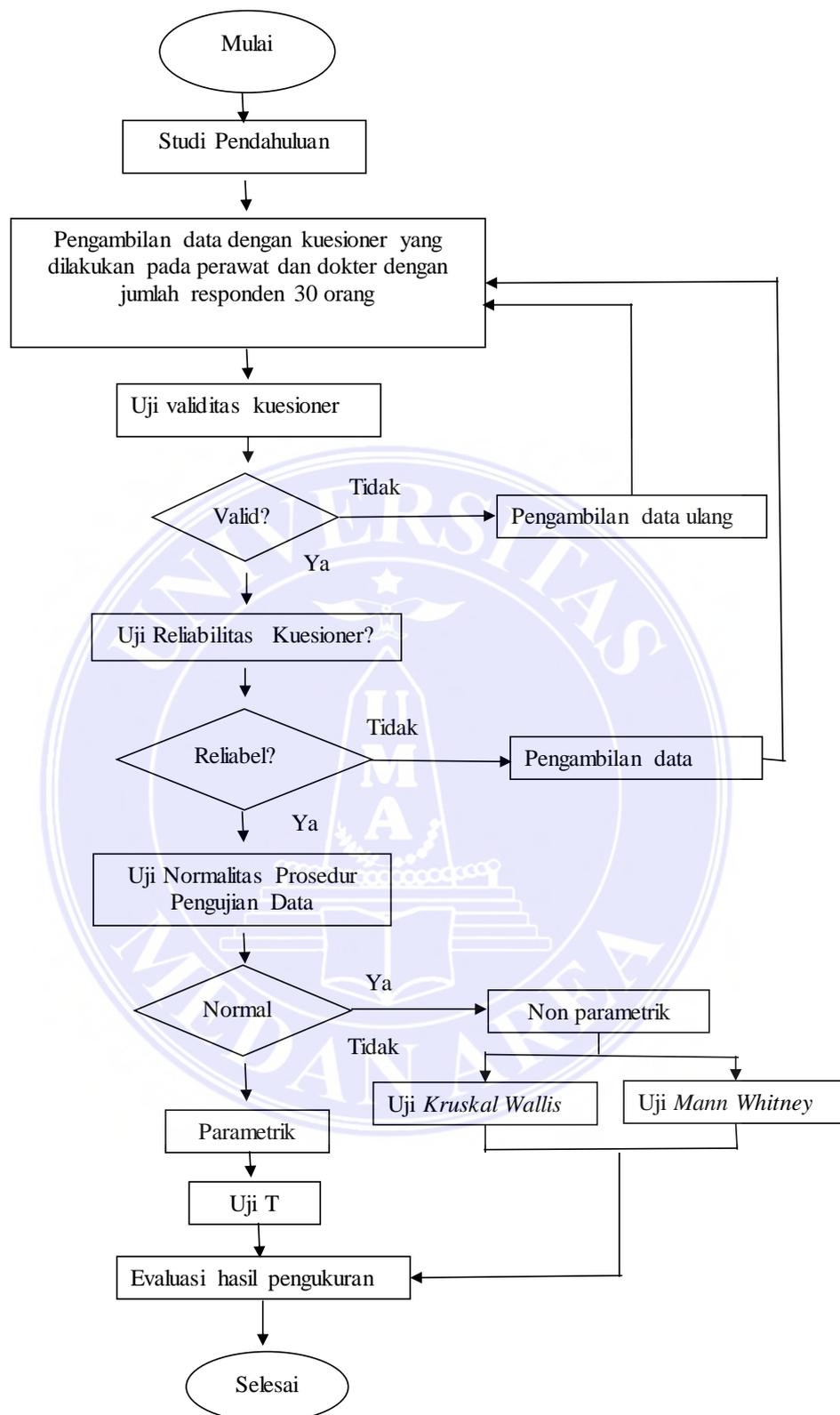
Dengan melihat angka probabilitas, dengan ketentuan:

Probabilitas  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima

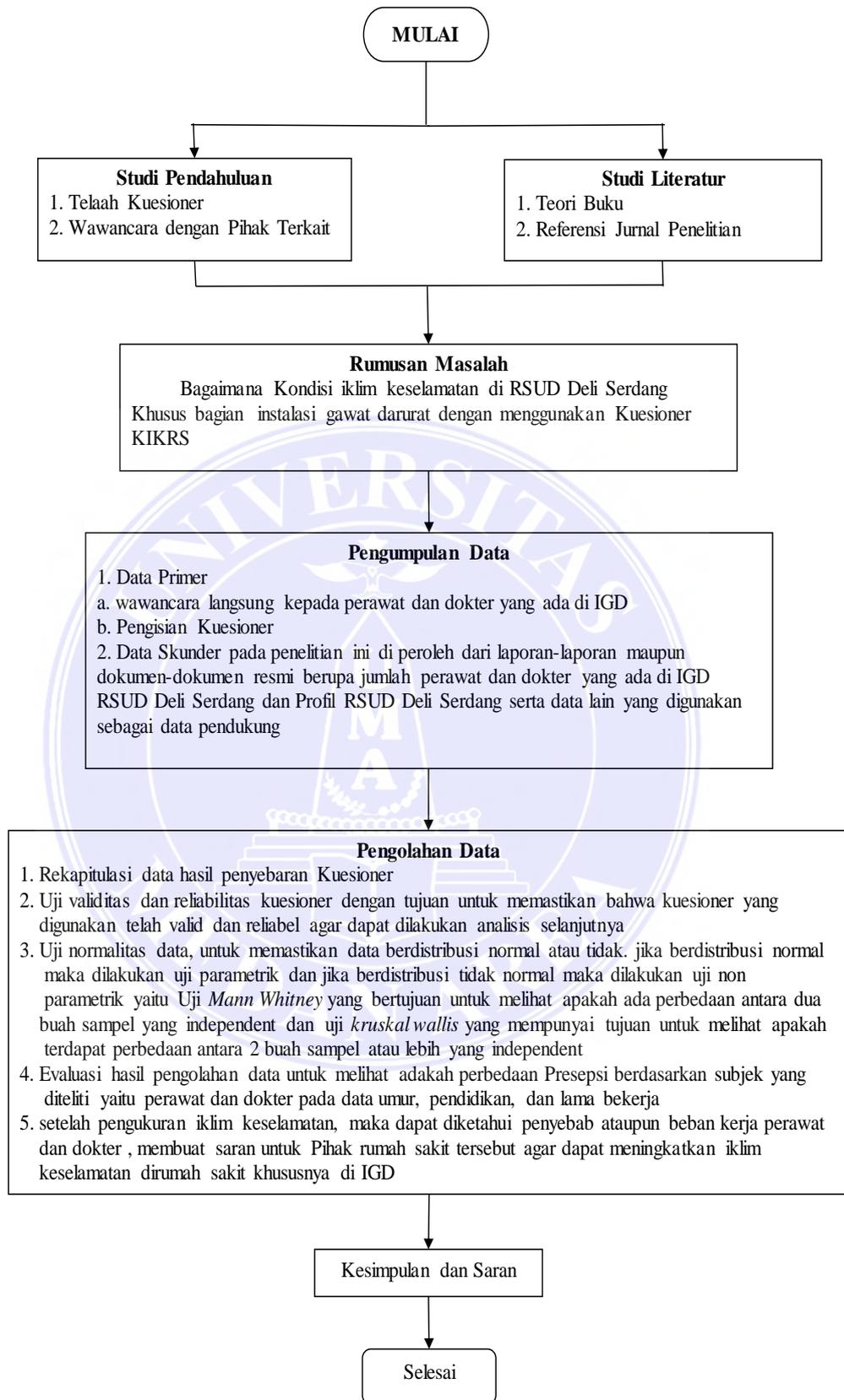
Probabilitas  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak

Berikut adalah blok diagram pengolahan data yang dilakukan pada penelitian ini yang dapat dilihat pada Gambar 3.2





**Gambar 3.2. Blog Diagram Prosedur Pengujian Data**



**Gambar 3.3 Blog Diagram Prosedur Penelitian**

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1. Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian di IGD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang antara lain sebagai berikut:

1. Evaluasi persepsi Iklim keselamatan Pasien di IGD RSUD Deli Serdang tidak terdapatnya perbedaan signifikan pada bagian umur semua nilai menunjukkan  $>$  dari 0,05 artinya pembentukan persepsi tidak di pengaruhi oleh umur. Namun ada perbedaan yang signifikan pada kelompok jabatan, pendidikan dan lama bekerja pada dimensi Komunikasi dengan nilai kelompok jabatan pada dimensi komunikasi  $0,000 < 0,05$ , nilai kelompok pendidikan pada dimensi komunikasi  $0,001 < 0,05$ , dan kelompok lama bekerja pada dimensi komunikasi  $0,011 < 0,05$  sehingga pemahaman persepsi tentang komunikasi dalam keselamatan pasien adalah berbeda, dengan uraian data hasil uji setiap dimensi sebagai berikut:
  - a. Dimensi kepemimpinan : pernyataan Kelompok Jabatan non signifikan, Kelompok Umur non signifikan, Kelompok Pendidikan non signifikan, dan Kelompok lama bekerja non signifikan.

- b. Dimensi *Staff* / Personal : pernyataan Kelompok Jabatan non signifikan, Kelompok Umur non signifikan, Kelompokan Pendidikan non signifikan, dan Kelompok lama bekerja non signifikan.
  - c. Dimensi Komunikasi : pernyataan Kelompok Jabatan signifikan, Kelompok Umur non signifikan, Kelompok Pendidikan Signifikan dan Kelompok lama bekerja signifikan.
  - d. Dimensi *Teamwork* : pernyataan Kelompok Jabatan non signifikan, Kelompok Umur non signifikan, Kelompok Pendidikan non signifikan dan Kelompok lama bekerja non signifikan
2. Masalah yang terjadi pada perbedaan persepsi untuk kelompok jabatan dokter dan perawat, kelompok pendidikan dokter dan perawat yang berpendidikan tingkat D3, S1, dan S2, serta kelompok lama bekerja dokter dan perawat yang sudah bekerja < 1 tahun, 1-2 tahun, 2-3 tahun, dan > 3 tahun memiliki cara yang berbeda dalam menjalankan keselamatan pasien seperti beda pemahaman, pengambilan keputusan, bersikap ataupun bertindak dalam menjalankan keselamatan pasien

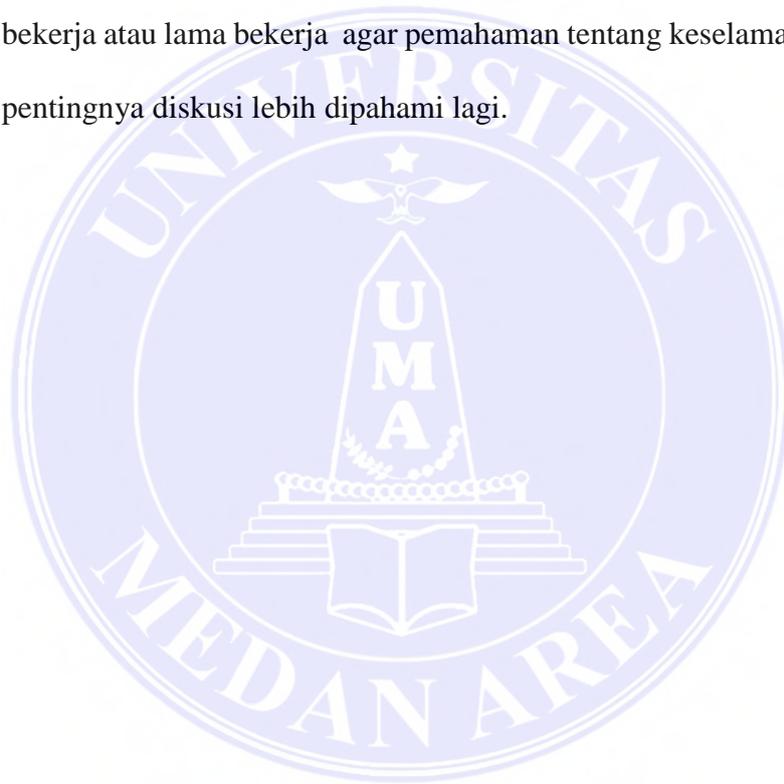
## 5.2 Saran

Beberapa saran yang diberikan untuk memperbaiki iklim keselamatan pasien di IGD RSUD Deli Serdang antara lain yaitu

1. Sebaiknya dokter dan perawat berdiskusi tentang hal-hal yang penting dalam penanganan keselamatan pasien sebelum *shift* dimulai agar terjalannya komunikasi yang lebih baik. Waktu tanggap semua pasien

hendaknya mengikuti standar, Dengan standar waktu 5 menit pasien dilayani setelah tiba di IGD (Kemenkes, 2009) . Sebaiknya juga dokter dan perawat lebih ramah tamah terhadap pasien dan keluarga pasien agar pasien dan keluarga pasien lebih nyaman berada dalam rumah sakit.

2. Sebaiknya dilalukan pelatihan dan seminar tentang keselamatan pasien untuk perawat dan dokter maupun pimpinan unit, tidak hanya pendidikan yang tinggi atau rendah tetapi untuk seluruh dokter dan perawat baik itu baru bekerja atau lama bekerja agar pemahaman tentang keselamatan pasien dan pentingnya diskusi lebih dipahami lagi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Arnes , F., (2017). *Penilaian Persepsi Iklim Keselamatan Di RSUD Pada Unit Gawat Darurat*, Fakultas Teknogi Industri, Universitas Gajah Mada.
- Ninny s., Amelia Azrina (2019). *Evaluasi Ilim Keselamatan Kerja Dengan Menggunakan Metode NOSACQ-50 di PT. XYZ*, Fakultas Teknik Universitas Medan Area.
- AHRQ.2009. *AHRQ Quality Indicators Guide To Patient Safety Indicators*. Agency For Healthcare Research
- Beginta, R (2012). *Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien . Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja Terhadap Presepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sali Umum Daerah Kabupaten Bekasi:Tesis FIK UI; Tidak Di Publikasikan*
- Cooper, M. D., & Philips, R. A(2004). *Validations of a safety climate Measure. The british Psychological Society, Annual Occupational Psychology conference. Birmingham metropole, jan 3-5*
- Hasibuan, c., (2014). *Pengembangan Instrumen Persepsi Tim Medis di Unit Gawat Darurat*, Fakultas Teknik Mesin dan Industri, Universitas Gajah Mada.
- Heriati, Alexander H.M Sinaga. (2018). *Pengaruh Dukungan Organisasi terhadap Ilmu Kesehatan, Universitas Sulawesi Barat. E-ISSN 2614-5375*
- Peraturan Menteri Kesehatan No.47 Tahun 2018. *Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan*. Peraturan Mentri Kesehatan.Jakarta.
- \_\_\_\_\_Menteri Kesehatan No.11 Tahun 2017. *Tentang Keselamatan Pasien*. Peraturan Mentri Kesehatan.Jakarta.

\_\_\_\_\_ Menteri Kesehatan No.30 Tahun 2019. Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Peraturan Menteri Kesehatan.Jakarta.

Riadi, Edi. (2016). *Statistika Penelitian Analisis Manual Dan IBM SPSS*. Jakarta: Andi Yogyakarta

Singer et al.2010. *The Culture Of Safety Of An Organization Wide Survey In 15 California Hospital*

Sugiono. (2016). *Statistika Untuk Penelitian*. Penerbit Alfabeta: Bandung.

Y. yousefi, M. Jahangiri, A. choobineh, H. Tabatabae, et al., (2016) *Validity Assessment Of The Persian Vesion Of The Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSAC"Q-50): A Case Study In A Steel Company,*“ Safety And Health At Work, Vol 7 Pp. 326-330

Widiyanto, Joko. 2010. *SPSS for windows Untuk Analisis Data Statistik dan Penelitian*. Surakarta: BP-FKIP UMS

## Lampiran 1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas dengan SPSS

### DIMENSI A

#### Correlations

		p1	p2	p3	p4	p5	p6	p
p1	Pearson Correlation	1	-.071	-.071	-.050	.068	.464**	.439*
	Sig. (2-tailed)		.708	.708	.795	.723	.010	.015
	N	30	30	30	30	30	30	30
p2	Pearson Correlation	-.071	1	-.071	.695**	.068	-.071	.439*
	Sig. (2-tailed)	.708		.708	.000	.723	.708	.015
	N	30	30	30	30	30	30	30
p3	Pearson Correlation	-.071	-.071	1	-.050	.068	.464**	.439*
	Sig. (2-tailed)	.708	.708		.795	.723	.010	.015
	N	30	30	30	30	30	30	30
p4	Pearson Correlation	-.050	.695**	-.050	1	.047	-.050	.422*
	Sig. (2-tailed)	.795	.000	.795		.806	.795	.020
	N	30	30	30	30	30	30	30
p5	Pearson Correlation	.068	.068	.068	.047	1	.068	.596**
	Sig. (2-tailed)	.723	.723	.723	.806		.723	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30
p6	Pearson Correlation	.464**	-.071	.464**	-.050	.068	1	.608**
	Sig. (2-tailed)	.010	.708	.010	.795	.723		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
P	Pearson Correlation	.439*	.439*	.439*	.422*	.596**	.608**	1
	Sig. (2-tailed)	.015	.015	.015	.020	.001	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30

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

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

## DIMENSI B

### Correlations

		q7	q8	q9	q10	q11	q12	q
q7	Pearson Correlation	1	.015	.557**	-.073	-.020	.695**	.397*
	Sig. (2-tailed)		.936	.001	.702	.918	.000	.030
	N	30	30	30	30	30	30	30
q8	Pearson Correlation	.015	1	.300	.273	.269	.350	.613**
	Sig. (2-tailed)	.936		.107	.144	.150	.058	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
q9	Pearson Correlation	.557**	.300	1	.523**	.671**	.802**	.891**
	Sig. (2-tailed)	.001	.107		.003	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
q10	Pearson Correlation	-.073	.273	.523**	1	.582**	.288	.681**
	Sig. (2-tailed)	.702	.144	.003		.001	.122	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
q11	Pearson Correlation	-.020	.269	.671**	.582**	1	.397*	.737**
	Sig. (2-tailed)	.918	.150	.000	.001		.030	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
q12	Pearson Correlation	.695**	.350	.802**	.288	.397*	1	.786**
	Sig. (2-tailed)	.000	.058	.000	.122	.030		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30
q	Pearson Correlation	.397*	.613**	.891**	.681**	.737**	.786**	1
	Sig. (2-tailed)	.030	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30

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

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

## DIMENSI C

### Correlations

		r13	r14	r15	r16	r17	r18	r19	r20	r21	r22	r23	r24	r25	r26	r
r13	Pearson Correlation	1	.634**	.305	.493**	.175	.746**	.595**	.712**	.493**	.493**	.493**	.493**	.493**	.513**	.791**
	Sig. (2-tailed)		.000	.102	.006	.356	.000	.001	.000	.006	.006	.006	.006	.006	.004	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
r14	Pearson Correlation	.634**	1	.305	.493**	.175	.574**	.595**	.712**	.493**	.493**	.493**	.493**	.493**	.513**	.765**
	Sig. (2-tailed)	.000		.102	.006	.356	.001	.001	.000	.006	.006	.006	.006	.006	.004	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
r15	Pearson Correlation	.305	.305	1	.287	.301	.321	.275	.264	.287	.287	.287	.287	.287	.289	.533**
	Sig. (2-tailed)	.102	.102		.124	.106	.083	.142	.159	.124	.124	.124	.124	.124	.122	.002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
r16	Pearson Correlation	.493**	.493**	.287	1	.000	.478**	.552**	.610**	1.000**	1.000**	1.000**	1.000**	1.000**	.516**	.796**
	Sig. (2-tailed)	.006	.006	.124		1.000	.008	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.004	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
r17	Pearson Correlation	.175	.175	.301	.000	1	.329	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.565**	.363*
	Sig. (2-tailed)	.356	.356	.106	1.000		.076	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	.001	.049
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
r18	Pearson Correlation	.746**	.574**	.321	.478**	.329	1	.751**	.429*	.478**	.478**	.478**	.478**	.478**	.650**	.811**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.083	.008	.076		.000	.018	.008	.008	.008	.008	.008	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
r19	Pearson Correlation	.595**	.595**	.275	.552**	.000	.751**	1	.276	.552**	.552**	.552**	.552**	.552**	.422*	.711**
	Sig. (2-tailed)	.001	.001	.142	.002	1.000	.000		.140	.002	.002	.002	.002	.002	.020	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
r20	Pearson Correlation	.712**	.712**	.264	.610**	.000	.429*	.276	1	.610**	.610**	.610**	.610**	.610**	.241	.681**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.159	.000	1.000	.018	.140		.000	.000	.000	.000	.000	.199	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30		
r21	Pearson Correlation	.493**	.493**	.287	1.000**	.000	.478**	.552**	.610**	1	1.000**	1.000**	1.000**	1.000**	.516**	.796**	
	Sig. (2-tailed)	.006	.006	.124	.000	1.000	.008	.002	.000		.000	.000	.000	.000	.004	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
r22	Pearson Correlation	.493**	.493**	.287	1.000**	.000	.478**	.552**	.610**	1.000**	1	1.000**	1.000**	1.000**	.516**	.796**	
	Sig. (2-tailed)	.006	.006	.124	.000	1.000	.008	.002	.000	.000		.000	.000	.000	.004	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
r23	Pearson Correlation	.493**	.493**	.287	1.000**	.000	.478**	.552**	.610**	1.000**	1.000**	1	1.000**	1.000**	.516**	.796**	
	Sig. (2-tailed)	.006	.006	.124	.000	1.000	.008	.002	.000	.000	.000		.000	.000	.004	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
r24	Pearson Correlation	.493**	.493**	.287	1.000**	.000	.478**	.552**	.610**	1.000**	1.000**	1.000**	1	1.000**	.516**	.796**	
	Sig. (2-tailed)	.006	.006	.124	.000	1.000	.008	.002	.000	.000	.000	.000		.000	.004	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
r25	Pearson Correlation	.493**	.493**	.287	1.000**	.000	.478**	.552**	.610**	1.000**	1.000**	1.000**	1.000**	1	.516**	.796**	
	Sig. (2-tailed)	.006	.006	.124	.000	1.000	.008	.002	.000	.000	.000	.000	.000		.004	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
r26	Pearson Correlation	.513**	.513**	.289	.516**	.565**	.650**	.422*	.241	.516**	.516**	.516**	.516**	.516**	.516**	1	.749**
	Sig. (2-tailed)	.004	.004	.122	.004	.001	.000	.020	.199	.004	.004	.004	.004	.004	.004		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
r	Pearson Correlation	.791**	.765**	.533**	.796**	.363*	.811**	.711**	.681**	.796**	.796**	.796**	.796**	.796**	.796**	.749**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.002	.000	.049	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

## DIMENSI D

### Correlations

		s27	s28	s29	s30	s
s27	Pearson Correlation	1	.477**	.802**	.802**	.852**
	Sig. (2-tailed)		.008	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30
s28	Pearson Correlation	.477**	1	.608**	.608**	.807**
	Sig. (2-tailed)	.008		.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30
s29	Pearson Correlation	.802**	.608**	1	1.000**	.939**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	30	30	30	30	30
s30	Pearson Correlation	.802**	.608**	1.000**	1	.939**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	30	30	30	30	30
s	Pearson Correlation	.852**	.807**	.939**	.939**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30

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

## UJI RELIABILITAS

### DIMENSI A

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.362	6

### DIMENSI B

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.765	6

## DIMENSI C

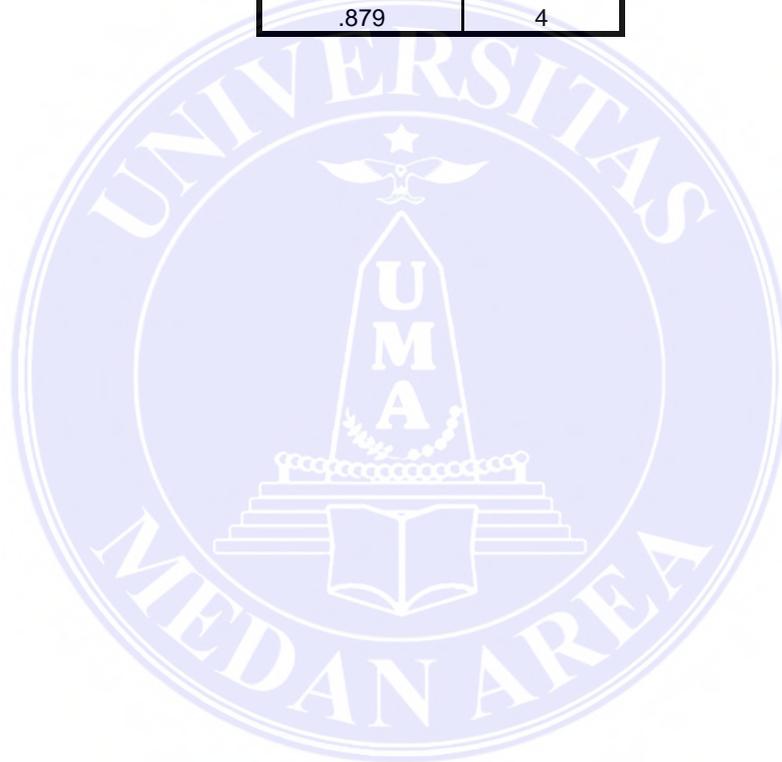
### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.896	14

## DIMENSI D

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.879	4



**Lampiran 2. Hasil Uji Normalitas dengan SPSS**

**UJI NORMALITAS**

**DIMENSI A**

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
p1	.537	30	.000	.275	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
p2	.537	30	.000	.275	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
p3	.537	30	.000	.275	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
p4	.539	30	.000	.180	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
p5	.531	30	.000	.273	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
p6	.537	30	.000	.275	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

## DIMENSI B

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
q7	.539	30	.000	.180	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
q8	.432	30	.000	.571	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
q9	.528	30	.000	.347	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
q10	.517	30	.000	.404	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
q11	.475	30	.000	.433	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
q12	.537	30	.000	.275	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

## DIMENSI C

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r13	.454	30	.000	.586	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r14	.454	30	.000	.586	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r15	.412	30	.000	.669	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r16	.539	30	.000	.180	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r17	.400	30	.000	.624	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r18	.441	30	.000	.619	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r19	.472	30	.000	.496	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r20	.475	30	.000	.433	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r21	.539	30	.000	.180	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r22	.539	30	.000	.180	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r23	.539	30	.000	.180	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r24	.539	30	.000	.180	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r25	.539	30	.000	.180	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
r26	.465	30	.000	.545	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

## DIMENSI D

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
s27	.528	30	.000	.347	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
s28	.465	30	.000	.545	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
s29	.537	30	.000	.275	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
s30	.537	30	.000	.275	30	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Lampiran 3. Hasil Uji Mann Whitney dengan SPSS

#### UJI MANN-WHITNEY BERDASARKAN JABATAN

##### DIMENSI A

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	hasil jabatan
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	36.000
Z	-4.294
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: jabatan

b. Not corrected for ties.

##### DIMENSI B

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Hasil_Jabatan
Mann-Whitney U	76.000
Wilcoxon W	329.000
Z	-.760
Asymp. Sig. (2-tailed)	.447
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.597 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Jabatan

b. Not corrected for ties.

##### DIMENSI C

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	hasil jabatan
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	36.000
Z	-4.294
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: jabatan

b. Not corrected for ties.

## DIMENSI D

Test Statistics<sup>a</sup>

	Hasil_Jabatan
Mann-Whitney U	86.500
Wilcoxon W	122.500
Z	-.101
Asymp. Sig. (2-tailed)	.920
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.945 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Jabatan

b. Not corrected for ties.



## Lampiran 4. Hasil Uji Kruskal Wallis dengan SPSS

### UJI KRUSKAL WALLIS BERDASARKAN KELOMPOK UMUR

#### DIMENSI A

##### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	umur
Chi-Square	.355
Df	3
Asymp. Sig.	.949

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

tingkat umur

#### DIMENSI B

##### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	umur
Chi-Square	7.064
Df	3
Asymp. Sig.	.070

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

tingkat umur

#### DIMENSI C

##### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	umur
Chi-Square	4.778
df	3
Asymp. Sig.	.189

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

tingkat umur

## DIMENSI D

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	umur
Chi-Square	1.560
Df	3
Asymp. Sig.	.669

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

tingkat umur

## UJI KRUSKAL WALLIS BERDASARKAN KELOMPOK PENDIDIKAN

### DIMENSI A

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	pendidikan
Chi-Square	5.330
Df	2
Asymp. Sig.	.070

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

tingkat\_pendidikan

### DIMENSI B

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	pendidikan
Chi-Square	.255
Df	2
Asymp. Sig.	.880

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

tingkat\_pendidikan

### DIMENSI C

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	pendidikan
Chi-Square	14.939
Df	2
Asymp. Sig.	.001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

tingkat\_pendidikan

### DIMENSI D

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	pendidikan
Chi-Square	.118
Df	2
Asymp. Sig.	.943

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

tingkat\_pendidikan

## UJI KRUSKAL WALLIS BERDASARKAN KELOMPOK LAMA BEKERJA

### DIMENSI A

#### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	lama bekerja
Chi-Square	3.583
Df	3
Asymp. Sig.	.310

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: tingkat

lama bekerja

## DIMENSI B

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	lama bekerja
Chi-Square	2.447
Df	3
Asymp. Sig.	.485

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: tingkat  
lama bekerja

## DIMENSI C

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	lama bekerja
Chi-Square	11.124
df	3
Asymp. Sig.	.011

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: tingkat  
lama bekerja

## DIMENSI D

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	lama bekerja
Chi-Square	1.546
df	3
Asymp. Sig.	.672

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: tingkat  
lama bekerja

## Lampiran 5. Nilai Kritis untuk kolerasi product moment

Tabel r untuk df = 1 - 50

df = (N-2)	Tingkat signifikansi untuk uji satu arah				
	0.05	0.025	0.01	0.005	0.0005
	Tingkat signifikansi untuk uji dua arah				
	0.1	0.05	0.02	0.01	0.001
1	0.9877	0.9969	0.9995	0.9999	1.0000
2	0.9000	0.9500	0.9800	0.9900	0.9990
3	0.8054	0.8783	0.9343	0.9587	0.9911
4	0.7293	0.8114	0.8822	0.9172	0.9741
5	0.6694	0.7545	0.8329	0.8745	0.9509
6	0.6215	0.7067	0.7887	0.8343	0.9249
7	0.5822	0.6664	0.7498	0.7977	0.8983
8	0.5494	0.6319	0.7155	0.7646	0.8721
9	0.5214	0.6021	0.6851	0.7348	0.8470
10	0.4973	0.5760	0.6581	0.7079	0.8233
11	0.4762	0.5529	0.6339	0.6835	0.8010
12	0.4575	0.5324	0.6120	0.6614	0.7800
13	0.4409	0.5140	0.5923	0.6411	0.7604
14	0.4259	0.4973	0.5742	0.6226	0.7419
15	0.4124	0.4821	0.5577	0.6055	0.7247
16	0.4000	0.4683	0.5425	0.5897	0.7084
17	0.3887	0.4555	0.5285	0.5751	0.6932
18	0.3783	0.4438	0.5155	0.5614	0.6788
19	0.3687	0.4329	0.5034	0.5487	0.6652
20	0.3598	0.4227	0.4921	0.5368	0.6524
21	0.3515	0.4132	0.4815	0.5256	0.6402
22	0.3438	0.4044	0.4716	0.5151	0.6287
23	0.3365	0.3961	0.4622	0.5052	0.6178
24	0.3297	0.3882	0.4534	0.4958	0.6074
25	0.3233	0.3809	0.4451	0.4869	0.5974
26	0.3172	0.3739	0.4372	0.4785	0.5880
27	0.3115	0.3673	0.4297	0.4705	0.5790
28	0.3061	0.3610	0.4226	0.4629	0.5703
29	0.3009	0.3550	0.4158	0.4556	0.5620
30	0.2960	0.3494	0.4093	0.4487	0.5541
31	0.2913	0.3440	0.4032	0.4421	0.5465
32	0.2869	0.3388	0.3972	0.4357	0.5392
33	0.2826	0.3338	0.3916	0.4296	0.5322
34	0.2785	0.3291	0.3862	0.4238	0.5254
35	0.2746	0.3246	0.3810	0.4182	0.5189
36	0.2709	0.3202	0.3760	0.4128	0.5126
37	0.2673	0.3160	0.3712	0.4076	0.5066
38	0.2638	0.3120	0.3665	0.4026	0.5007
39	0.2605	0.3081	0.3621	0.3978	0.4950
40	0.2573	0.3044	0.3578	0.3932	0.4896
41	0.2542	0.3008	0.3536	0.3887	0.4843
42	0.2512	0.2973	0.3496	0.3843	0.4791
43	0.2483	0.2940	0.3457	0.3801	0.4742
44	0.2455	0.2907	0.3420	0.3761	0.4694
45	0.2429	0.2876	0.3384	0.3721	0.4647
46	0.2403	0.2845	0.3348	0.3683	0.4601
47	0.2377	0.2816	0.3314	0.3646	0.4557
48	0.2353	0.2787	0.3281	0.3610	0.4514
49	0.2329	0.2759	0.3249	0.3575	0.4473
50	0.2306	0.2732	0.3218	0.3542	0.4432

Diproduksi oleh: Junaidi (<http://junaidichaniago.wordpress.com>). 2010

Page 1

# LAMPIRAN

UNIVERSITAS MEDAN AREA

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Document Accepted 20/1/21

Access From ([repository.uma.ac.id](http://repository.uma.ac.id))20/1/21

## Lampiran 5. Kuisioner Iklim Keselamatan Rumah sakit

**Keterangan**  
Isilah pertanyaan di bawah ini dengan jelas dan sesuai

### Informasi Awal Dokter :

**Nama Dokter** :  
**Umur** : **Tahun**  
**Jenis Kelamin** : **LK/PR**  
**Lama Bekerja di Bidang Kesehatan** : **Tahun**  
**Lama Bekerja Pada Unit** : **Tahun**  
**Posisi Pada Unit** :

**Keterangan**  
Pilih salah satu yang menurut bapak/ibu sesuai dengan keadaan yang sebenarnya dan beri tanda **√** pada kotak jawaban yang menurut anda paling sesuai

**1 : Sangat Tidak Setuju; 2: Tidak Setuju; 3: Setuju; 4 : Sangat**

**Untuk pertanyaan 24 – 33 memiliki keterangan untuk setiap pemilihan sebagai berikut**

**1 : Tidak Pernah; 2: Jarang; 3: Pernah; 4 : Selalu**

DIMENSI A		Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1	Pemimpin Rumah Sakit memiliki pemahaman yang jelas tentang resiko yang terkait dengan perawatan pasien				
2	Pemimpin Rumah Sakit menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas dalam penanganan pasien				
3	Pemimpin Rumah Sakit selalu melakukan evaluasi keselamatan terhadap pasien dan juga staff				
4	Pimpinan unit menyampaikan teguran kepada staf ketika dia melihat pekerjaan yang dilakukan tidak sesuai dengan prosedur				
5	Pimpinan unit mempertimbangkan saran staf terhadap keselamatan pasien				
6	Setiap pekerjaan menumpuk Pimpinan unit menginginkan untuk bekerja lebih cepat tapi masih sesuai dengan prosedur penanganan				

DIMENSI B		Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
7	Saya mempelajari bagaimana melakukan pekerjaan sendiri lebih baik dengan belajar dari kesalahan rekan kerja				
8	Pada saat mengambil tindakan penanganan keselamatan saya berpatokan pada kejadian penanganan keselamatan serupa yang pernah saya lakukan sebelumnya				
9	Saya diperbolehkan/diizinkan untuk mengambil tindakan awal penanganan keselamatan pasien untuk mencegah kejadian berbahaya pada pasien				
10	Saya selalu diingatkan oleh teman satu profesi untuk melakukan perawatan pasien dengan aman				
11	Apabila ada pekerjaan yang belum jelas penugasan kepada saya, saya tidak akan melakukan pekerjaan tersebut				
12	Apabila ada tugas/pekerjaan yang diberikan kepada saya dan saya belum mahir maka saya akan meminta pendampingan kepada teman				

DIMENSI C		Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
13	Saya dapat bertanya secara langsung kepada pimpinan unit ketika suatu peristiwa terjadi terhadap keselamatan pasien				
14	Saya dapat dengan mudah untuk melaporkan kejadian pada pimpinan				
15	Pada unit ini kami selalu melakukan evaluasi setiap periode terhadap keamanan dan keselamatan pasien sebelum insiden terjadi				
16	Komunikasi antar teman satu profesi dapat terjalin dengan baik				
17	Pada unit ini kami selalu mengingatkan apabila ada kesalahan dalam penanganan pasien				

DIMENSI C		Tidak Pernah	Jarang	Pernah	Selalu
18	Pimpinan rumah sakit selalu memberikan penjelasan terhadap perubahan aturan keselamatan penanganan pasien				
19	Pada unit ini masalah keselamatan pasien dan kesalahan disampaikan/dilaporkan kepada pimpinan unit sehingga dapat diselesaikan				
20	Setiap pelaporan yang diberikan selalu dicatat dan ditindak lanjuti				
21	Media pelaporan yang tersedia digunakan dengan baik di unit ini				
22	Kemudahan berdiskusi antara teman satu profesi sering terjadi dalam satu unit				
23	Kemudahan berdiskusi antara teman satu profesi sering terjadi dalam satu shift kerja				
24	Pimpinan rumah sakit selalu menyediakan waktu secara berkala untuk berdiskusi bersama tentang keselamatan pasien				
25	Saya dalam 1 shift selalu berdiskusi tentang hal-hal yang penting dalam penanganan keselamatan pasien sebelum shift kami dimulai				
26	Saya selalu disediakan media yang jelas dalam memberikan pelaporan kepada pimpinan				

DIMENSI D		Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
27	Untuk memperkecil kesalahan dalam penanganan pasien kami pada unit ini saling bekerja sama				
28	Saling membantu dalam unit sangat ditekankan oleh pimpinan unit				
29	Dalam 1 shift kerja saya selalu membantu satu sama lain dalam penanganan pasien				
30	Saya bersedia menambah jam kerja pada satu shift kerja jika teman kerja shift berikutnya belum datang.				