

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi penyedia pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang paling lengkap di Indonesia seperti pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Selain itu rumah sakit juga memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi seluruh lapisan masyarakat yang dapat diukur kualitasnya. Kompleksitas tersebut menuntut rumah sakit untuk terus meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang ada di dalamnya sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang prima (1).

Sumber daya manusia yang paling banyak di rumah sakit saat ini adalah profesi keperawatan, karena di hampir setiap negara hingga 80% pelayanan kesehatan diberikan oleh perawat (2). Menurut Swansburg mengatakan bahwa 40%-60% sumber daya manusia di rumah sakit adalah tenaga keperawatan (3). Sebanyak 40% pemberi pelayanan kesehatan di Indonesia adalah tenaga keperawatan. Kualitas kerja perawat merupakan indikator baik buruknya kualitas pelayanan suatu Rumah Sakit (4).

Perawat merupakan salah satu komponen yang mempunyai peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit lebih jauh lagi perawat merupakan staf kesehatan yang mempunyai intensitas interaksi yang

paling tinggi dengan pasien dan keluarga dalam memberikan pelayanan kesehatan. Karena itu kualitas pelayanan yang diberikan perawat terus menjadi perhatian berbagai pihak. Pada era pasar bebas ini, profesionalisme merupakan suatu instrumen yang unggul untuk memenangkan kompetensi, untuk itu tenaga keperawatan harus lebih kompeten dan memiliki daya saing yang tinggi secara regional maupun global. Kualitas kerja perawat harus dikelola secara profesional demi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit (5).

Meningkatnya tuntutan masyarakat di sarana kesehatan terutama di rumah sakit, secara berkesinambungan membuat rumah sakit harus melakukan upaya peningkatan kualitas pemberian pelayanan kesehatan. Salah satu mutu pelayanan kesehatan yang harus ditingkatkan secara berkesinambungan adalah kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit. Peningkatan kualitas tersebut harus merupakan salah satu aspek yang perlu mendapatkan perhatian adalah kualitas pelayanan keperawatan (6).

Kualitas kerja perawat merupakan bagian dari kualitas kerja tenaga kesehatan di rumah sakit, kualitas kerja perawat dapat diukur melalui kualitas pelayanan keperawatan yang diberikannya kepada pasien. Kualitas pelayanan keperawatan merupakan bagian dari kualitas pelayanan kesehatan yang ada di lembaga-lembaga kesehatan seperti rumah sakit (7). Parasuraman, Zeithaml, dan Berry menggunakan model SERVQUAL (*Service Quality*) untuk menganalisis kualitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi layanan. Menurut mereka, kualitas pelayanan ditentukan oleh lima unsur atau dimensi yaitu keandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), bukti langsung

atau bukti fisik (*tangibles*), dan empati (*empathy*) yang diberikan secara konsekuensi untuk memuaskan yang menerima layanan (8). Berdasarkan lima dimensi tersebut akan diketahui terjadi atau tidak gap (kesenjangan), ada tidaknya pengaruh dari lima dimensi kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien dan juga dapat diketahui dimensi kualitas pelayanan yang paling dominan mempengaruhi kepuasan pasien (9).

Kualitas pelayanan keperawatan adalah aplikasi pengetahuan medis yang tepat bagi perawatan pasien sambil menyeimbangkan risiko-risiko yang melekat pada intervensi keperawatan dan keuntungan yang diharapkan dari intervensi keperawatan. Pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas apabila pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan, untuk mengukur seberapa baik mutu pelayanan keperawatan yang diberikan diperlukan suatu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan (10).

Berbagai permasalahan terkait dengan pelayanan keperawatan adalah terbatasnya fasilitas sarana pendukung, kompetensi perawat yang belum terstandar, belum optimalnya fungsi manajemen pelayanan keperawatan, belum adanya indikator mutu pelayanan keperawatan, dan tidak adanya metode yang jelas dalam pemberian pelayanan keperawatan di rumah sakit. Keadaan tersebut mengakibatkan berbagai dampak bagi keperawatan sehingga layanan keperawatan yang ada di rumah sakit masih bersifat okupasi (11).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Simeulue merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah Kabupaten Simeulue. RSUD ini sudah berdiri sejak

tahun 2002 dan mengalami peningkatan dalam kualitas pelayanan, yang paling meningkat pesat adalah pelayanan rawat inap. Total kunjungan pasien rawat inap tahun 2017 adalah 8.346 jiwa dengan total jumlah hari rawatan adalah 32.462 hari. Kunjungan yang tertinggi terdapat pada Ruang Penyakit Dalam yaitu 2.215 pasien dan kunjungan Rawat Inap yang terendah adalah Ruang Rawatan Jiwa yang hanya dikunjungi 55 pasien dalam setahun (12).

Indikator kinerja pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2017 yaitu jumlah *Bed Occupancy Rate (BOR)* yaitu 83%, *Average Length Of Stay (ALOS)* yaitu 3 hari, *Turn Over Interval (TOI)* yaitu 0,7 hari, *Bed Turn Over (BTO)* yaitu 78 kali, *Gross Death Rate (GDR)* yaitu 8,5 dan *Net Death Rate (NDR)* yaitu 6,1.(12) Nilai parameter BOR yang ideal adalah 60-85%, nilai AVLOS antara 6-9 hari, nilai TOI pada kisaran 1-3 hari, nilai BTO dipakai 40-50 kali, nilai GDR <45 per mil, nilai NDR <25 per mil (13).

Sejak tahun 2016 sumber daya manusia di RSUD Simeulue terus bertambah dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya, penambahan tersebut terjadi di semua tingkat pendidikan baik itu dokter, perawat, bidan, maupun tenaga penunjang. Jumlah tenaga medis dan non medis di RSUD Simeulue tahun 2018 sebanyak 532 yang terdiri dari PNS sebanyak 202 orang, tenaga kontrak daerah sebanyak 120 orang, kontrak BLUD sebanyak 28 orang, magang sebanyak 182 orang. Dari seluruh tenaga kesehatan yang ada di RSUD Simeulue, perawat/bidan merupakan tenaga kesehatan yang paling dominan di RSUD Simeulue dengan jumlah 268 orang, sedangkan jumlah tenaga kesehatan perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Simeulue dan menjadi populasi

dalam penelitian ini yaitu sebanyak 122 orang. Berdasarkan data RSUD Simeulue diketahui bahwa saat ini baru 15% perawat yang mengikuti pelatihan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Pelatihan peningkatan kapasitas khusus perawat, untuk selanjutnya baru akan dilaksanakan pada akhir tahun 2018 ini (12).

Survei pendahuluan yang peneliti lakukan dengan mengamati kualitas kerja perawat pada *shift* pagi, siang, dan malam. Waktu pergantian *shift* di RSUD Simeulue untuk perawat yaitu *shift* pagi pukul 08.00 – 14.00 Wib (6 jam), *shift* siang pukul 14.00-20.00 Wib (6 jam), *shift* malam pukul 20.00-08.00 Wib (12 jam). Berdasarkan pengamatan sementara bahwa perawat yang bekerja pada *shift* pagi melakukan aktivitas lebih banyak dibandingkan *shift* siang dan malam. Pekerjaan rutin yang dilakukan oleh perawat pada *shift* pagi seperti visit dokter, menginjeksi pasien, dan mengganti perban. Perawat yang bekerja pada *shift* siang yaitu menginjeksi dan pemberian obat, sedangkan perawat yang bekerja pada *shift* malam memberikan obat, personal hygiene pada pagi hari seperti menyeka atau mengelap pasien pada pagi hari sekitar pukul 06.00 Wib.

Pengamatan selanjutnya terhadap kualitas kerja perawat pada *shift* pagi, sore dan malam berbeda. Pada *shift* pagi jumlah kunjungan pasien pada jam pagi adalah yang paling banyak sehingga sering terjadi kepadatan kunjungan pasien dan bahkan sering membuat aktivitas keperawatan cenderung cepat-cepat. *Shift* sore adalah *shift* peralihan jam sibuk dari pagi ke malam, sehingga pada *shift* ini cenderung stabil kunjungan pasien, akan tetapi sering permasalahan desakan dari pasien muncul pada jam ini karena jam di mana masyarakat ingin pulang dari aktivitas seharian. *Shift* malam juga memiliki perbedaan spesifik karena *shift* yang

paling sepi, akan tetapi pada jam malam kondisinya justru ada pada stamina dan sirkadian perawat, dimana seharusnya perawat tidur pada malam hari justru harus aktif bekerja di malam hari cenderung membuat tekanan psikologis pada perawat sehingga kualitas kerja menjadi menurun. Pengawasan dari kepala ruangan, juga lebih ketat pada *shift* pagi sehingga kinerja pegawai juga meningkat, berbeda dengan pengawasan pada *shift* sore dan *shift* malam yang kurang ketat menyebabkan perawat bekerja kurang optimal.

Berdasarkan pengamatan sementara yang dilakukan dengan cara mengamati dan wawancarai pasien dan keluarga yang dirawat inap di RSUD Simeulue pada tanggal 23 dan 24 April 2018 mengenai aktivitas pelayanan, tindakan dan asuhan keperawatan yang diberikan perawat pada pasien diketahui adanya keluhan bahwa masih terdapat beberapa hal yang menjadi permasalahan dalam pelayanan. Hal tersebut menunjukkan bahwa dalam aspek pelayanan keperawatan masih ditemukan keluhan-keluhan yang perlu mendapat perhatian seperti masih ada perawat yang tidak menggunakan pakaian yang rapi pada saat memberikan pelayanan keperawatan khususnya pada malam hari. Perawat kurang tanggap jika dimintai bantuan oleh pasien, perawat ada yang kurang ramah dan kurang komunikatif pada pasien. Ada juga perawat yang menunjukkan wajah kurang senang jika diminta tolong pasien. Beberapa perawat sibuk main handphone (HP) dan mengobrol dengan rekan perawat lainnya padahal masih jam kerja. Keluhan-keluhan tersebut dirasakan oleh pasien dan keluarga terhadap pada malam hari, dimana jumlah perawat yang bertugas lebih sedikit dibandingkan dengan jumlah perawat pada *shift* pagi dan siang.

Hasil studi awal terhadap 20 perawat diketahui bahwa hanya 65% perawat yang mengetahui secara tepat proses asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan) di rumah sakit, sedangkan 35% perawat tidak tepat mengenai asuhan keperawatan. Hasil penelusuran pelaporan, diketahui bahwa pendokumentasian yang dilakukan di ruang rawat inap masih belum lengkap, diantaranya belum adanya sosialisasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis, saat ini belum disosialisasikannya lembar penilaian kebutuhan SOP, pembuatan standar asuhan keperawatan dan catatan monitoring tentang SOP Asuhan Keperawatan masih belum lengkap. Pelayanan yang diberikan juga masih bersifat okupasi. Artinya, tindakan keperawatan yang dilakukan hanya pada pelaksanaan prosedur, pelaksanaan tugas berdasarkan instruksi dokter. Pelaksanaan tugas tidak didasarkan pada tanggung jawab moral serta belum ada analisis yang mandiri dari perawat tentang asuhan keperawatan.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka peneliti tertarik dan mengadakan penelitian dengan judul “Analisis Perbedaan Kualitas Kerja Perawat *Shift* Pagi, Siang, dan Malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue Tahun 2018.”

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

- 1) Bagaimana perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi kehandalan (*reliability*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 2) Bagaimana perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi daya tanggap (*responsiveness*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 3) Bagaimana perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi jaminan (*assurance*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 4) Bagaimana perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi bukti langsung atau bukti fisik (*tangibles*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 5) Bagaimana perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi empati (*empathy*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 6) Bagaimana perbedaan kualitas kerja pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini yaitu untuk menganalisis perbedaan kualitas kerja perawat *shift* pagi, siang, dan malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Untuk menganalisis perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi kehandalan (*reliability*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 2) Untuk menganalisis perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi daya tanggap (*responsiveness*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 3) Untuk menganalisis perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi jaminan (*assurance*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 4) Untuk menganalisis perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi bukti langsung atau bukti fisik (*tangibles*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 5) Untuk menganalisis perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi empati (*empathy*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 6) Untuk menganalisis perbedaan kualitas kerja pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap RSUD Simeulue tahun 2018.

1.4. Manfaat Penelitian

1.1.1. Manfaat Teoritis

- 1) Penelitian memiliki peran penting apabila dilakukan secara baik dan benar, karena suatu penelitian bisa digunakan untuk memudahkan mencapai tujuan,

bisa mengatasi ataupun menjawab permasalahan yang diteliti. Penelitian lebih mengembangkan dan menguatkan suatu teori-teori dari penelitian.

- 2) Dapat mengembangkan pengetahuan khususnya di bidang ilmu kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan kualitas kerja perawat berdasarkan *shift* kerja (pagi, siang, dan malam).
- 3) Dapat menambah referensi ilmu pengetahuan khususnya di bidang kesehatan yang berkaitan dengan analisis perbedaan kualitas pelayanan perawat pada *shift* pagi, siang, dan malam.

1.1.2. Manfaat Praktis

- 1) Bagi responden

Berguna untuk meningkatkan wawasan dan ilmu pengetahuan perawat tentang peningkatan kualitas kerja asuhan keperawatan pada pasien.

- 2) Bagi RSUD Simeulue

Dapat memberikan masukan bagi RSUD Simeulue untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui pengaturan *shift* kerja.

- 3) Bagi Institusi Kesehatan

Memberikan informasi dalam penyusunan program pendidikan kesehatan serta metode yang digunakan untuk meningkatkan kualitas kerja pelayanan di berbagai lembaga institusi kesehatan.

4) Penelitian Selanjutnya

Sebagai sumber penelitian berikutnya, karena dapat berperan sebagai masukan dan tambahan data yang cukup untuk membantu peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Peneliti Terdahulu

Beberapa penelitian terdahulu telah mengkaji *shift* kerja perawat dikaitkan dengan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan, stres kerja yang dihadapi perawat. Penelitian yang dilakukan oleh Ahsan di ruang rawat inap Rumah Sakit Wawa Husada Kepanjen, Kabupaten Malang membuktikan bahwa perawat *shift* malam mengalami perubahan pola istirahat yang berdampak secara psikologis maupun fisik. Hasilnya para perawat *shift* malam harus siap siaga menjaga dan melayani pasien dengan segala macam perilaku. Keadaan ini ditunjukkan dengan hasil penelitian bahwa sebagian besar perawat *shift* malam mengalami stres ringan yang berpengaruh terhadap kualitas kerja perawat yang diukur dari asuhan keperawatan (14). Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah, variabel yang akan diteliti lebih kompleks karena kualitas kerja diukur berdasarkan kualitas pelayanan keperawatan menurut Parasuraman dan asuhan keperawatan, sedangkan penelitian kedua hanya mengukur kinerja berdasarkan kualitas pelayanan saja. Variabel bebasnya hanya terdiri dari *shift* kerja saja.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Muslimah pada tahun 2016 di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soeratno Gemolong mendapatkan hasil bahwa ada perbedaan kelengkapan pencatatan keperawatan berdasarkan *shift* kerja perawat di ruang rawat inap RSUD dr. Soeratno Gemolong. Hal ini

menunjukkan bahwa *shift* kerja berpengaruh terhadap kelengkapan pencatatan keperawatan. Hasil penelitian ini yaitu ada beda kelengkapan antara *shift* kerja pada lembar Tanda Vital ($p=0,001$), Perjalanan Penyakit ($p=0,001$) Catatan Perkembangan ($p=0,001$), Pemberian Informasi Perawat ($p=0,001$), dan Resume Keperawatan ($0,001$). Tidak ada beda kelengkapan lembar terapi farmakologi ($p=0,058$) dan lembar pengajian keperawatan ($p=0,488$). Kesimpulannya dari 7 lembar keperawatan terdapat 5 lembar yang beda kelengkapannya maka perlu pembagian beban kerja, perubahan rotasi *shift* kerja, dan lama waktu kerja perawat (15). Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah perbedaan variabel penelitian, dimana variabel yang akan diteliti merupakan kualitas kerja yang diukur dari kualitas pelayanan keperawatan dengan pendekatan model SERVQUAL (*Service Quality*) dari Parasuraman, Zeithaml, dan Berry yang terdiri lima dimensi yaitu keandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), bukti fisik (*tangibles*), dan empati (*empathy*).

Penelitian yang dilakukan oleh Nasution di Rumah Sakit Haji Medan membuktikan bahwa terdapat perbedaan kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan *shift* kerja. Hal ini membuktikan bahwa *shift* kerja perawat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang dilihat berdasarkan kualitas pelayanan, asuhan keperawatan dan tindakan keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mutu pelayanan keperawatan dari aspek pendokumentasian asuhan keperawatan pada *shift* pagi kurang dibandingkan dengan *shift* sore ($p=0,000$), *shift* sore kurang dibandingkan dengan *shift* malam

($p=0,000$), *Shift* malam lebih baik dari *shift* pagi ($p=0,000$). Pelayanan keperawatan *shift* pagi kurang dibandingkan dengan *shift* sore ($p=0,000$), *shift* sore kurang dibandingkan dengan *shift* malam ($p=0,429$), *Shift* malam lebih baik dari *shift* pagi ($p=0,001$). Tindakan keperawatan *shift* pagi lebih baik dari *shift* sore ($p=0,773$), *shift* sore kurang dibandingkan dengan *shift* malam ($p=0,344$), *shift* malam lebih baik dibandingkan *shift* pagi ($p=0,53$) (16). Perbedaan dengan penelitian ini yaitu dari alat ukur kualitas pelayanan yang digunakan, dalam penelitian Nasution alat ukur yang digunakan adalah asuhan dan tindakan keperawatan sedangkan pada penelitian ini kualitas pelayanan perawat diukur dengan menggunakan model SERVQUAL (*Service Quality*) dari Parasuraman, Zeithaml, dan Berry yang didasarkan pada lima dimensi yaitu keandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), bukti langsung atau bukti fisik (*tangibles*), dan empati (*empathy*).

Penelitian yang dilakukan oleh Khikmah di Ruang Rawat Inap RSUD Kraton Pekalongan menunjukkan bahwa lebih dari separuh (59,1%) responden menyatakan kualitas pelayanan perawat pada *shift* pagi dalam kategori cukup, lebih dari separuh (54,8%) responden menyatakan kualitas pelayanan perawat pada *shift* siang dalam kategori cukup dan Lebih dari separuh (55,9%) responden menyatakan kualitas pelayanan perawat pada *shift* malam dalam kategori kurang. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan kualitas pelayanan perawat antara *shift* pagi, siang dan malam berdasarkan persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Kraton Pekalongan dengan nilai *p-value* sebesar 0,000 ($<0,05$) (17). Perbedaan penelitian yang akan dilakukan ini adalah dari sampel penelitian.

Penelitian Khikmah mengukur kualitas pelayanan perawat dari sudut pandang pasien, sedangkan dalam penelitian ini kualitas pelayanan perawat diukur berdasarkan hasil observasi peneliti dan dibantu dengan kepala ruangan yang telah mengetahui perilaku perawat sehari-hari.

2.2. Telaah Teori

2.2.1. Kualitas Kerja

Kualitas adalah segala sesuatu yang mampu memenuhi keinginan dan kebutuhan pelanggan (*meeting the needs of customers*) (18). Kualitas merupakan hal-hal yang di inginkan dan dibutuhkan pelanggan atau masyarakat. Pengertian kualitas juga diartikan oleh Tjiptono dalam bukunya Prinsip-Prinsip *Total Quality Service* bahwa pengertian kualitas terdiri dari beberapa poin diantaranya:(19)

1. Kesesuaian dengan kecocokan/tuntutan.
2. Untuk pemakaian.
3. Perbaikan/penyempurnaan berkelanjutan.
4. Bebas dari kerusakan/cacat.
5. Pemenuhan kebutuhan pelanggan semenjak awal dan setiap saat.
6. Melakukan segala sesuatu secara benar dengan semenjak awal.
7. Sesuatu yang bisa membahagiakan pelanggan (19).

Menurut Hasibuan, kualitas kerja adalah suatu standar fisik yang diukur dari hasil kerja yang dilakukan atau dilaksanakan karyawan atau tugas-tugasnya (20). Sedangkan menurut Martoyo, kualitas kerja merupakan suatu proses dimana organisasi mengevaluasi atau menilai prestasi kerja tersebut dilaksanakan dengan baik, tertib, dan benar serta dapat membantu meningkatkan

motivasi kerja sekaligus meningkatkan loyalitas organisasi dari para karyawan atau pegawai. Hal ini tentunya akan menguntungkan organisasi yang bersangkutan. Paling tidak, karyawan tahu sejauhmana dan bagaimana kualitas kerja dan prestasi kerja (21).

Konsep kualitas atau mutu dipandang sesuatu yang relative, yang tidak selalu mengandung arti yang bagus, baik, dan sebagainya. Kualitas atau mutu dapat mengartikan sifat-sifat yang dimiliki oleh suatu produk atau pun jasa yang menunjukkan kepada konsumen kelebihan-kelebihan yang dimiliki oleh barang atau jasa tersebut (22).

Berdasarkan definisi di atas maka dapat dipahami bahwa penilaian kualitas kerja yaitu:(22)

- 1) Perbaikan prestasi kerja, memungkinkan karyawan, manajer, dan departemen personalia dapat memperbaiki kegiatan-kegiatan demi perbaikan kualitas kerja.
- 2) Penyesuaian kompensasi, evaluasi prestasi kerja membantu para pengambil keputusan dalam menentukan kenaikan upah.
- 3) Penyimpangan-penyimpangan proses *staffing*. Kualitas kerja yang baik atau buruk mencerminkan kekuatan atau kelemahan prosedur staffing dari departemen personalia.
- 4) Kesempatan kerja yang adil, penilaian prestasi kerja secara akurat akan menjamin keputusan-keputusan penempatan internal diambil tanpa diskriminasi.

- 5) Keputusan-keputusan penempatan, promosi, mutasi, dan demosi atau penurunan pangkat.
- 6) Kebutuhan-kebutuhan latihan dan pengembangan, prestasi kerja yang buruk mungkin menunjukkan kebutuhan latihan. Demikian juga prestasi kerja yang baik mencerminkan suatu potensi yang harus dikembangkan.
- 7) Perencanaan dan pengembangan karier, merupakan umpan balik dari prestasi kerja (22).

Menurut Hasibuan, kualitas kerja adalah kegiatan yang dilakukan oleh pegawai telah memenuhi berbagai persyaratan, spesifikasi dan harapan yang telah ditetapkan. Indikator dari kualitas kerja antara lain:(20)

- 1) Potensi diri merupakan kemampuan, kekuatan, baik yang belum terwujud maupun yang telah terwujud, yang dimiliki seseorang.
- 2) Hasil kerja optimal harus dimiliki oleh seorang pegawai, bisa memberikan hasil kerjanya yang terbaik, salah satunya dapat dilihat dari produktivitasnya.
- 3) Proses kerja merupakan suatu tahapan terpenting dimana pegawai menjalankan tugas dan perannya dalam suatu organisasi, melalui proses kerja ini kinerja pegawai dapat dilihat dari kemampuan membuat perencanaan kerja dan mengevaluasi tindakan kerja (20).

2.2.2 Kualitas Pelayanan Keperawatan

Menurut Gaspersz bahwa kualitas adalah totalitas dari karakteristik suatu produk (barang atau jasa) yang menunjang kemampuan untuk memenuhi kebutuhan yang dispesifikasikan. Kualitas seringkali diartikan sebagai segala

sesuatu yang memuaskan pelanggan atau kesesuaian terhadap persyaratan atau kebutuhan. Perusahaan jasa dan pelayanan lebih menekankan pada kualitas proses, karena konsumen biasanya terlibat langsung dalam proses tersebut. Sedangkan perusahaan yang menghasilkan produk lebih menekankan pada hasil, karena konsumen umumnya tidak terlibat secara langsung dalam prosesnya (23).

Untuk itu diperlukan sistem manajemen kualitas yang dapat memberikan jaminan kepada pihak konsumen bahwa produk tersebut dihasilkan oleh proses yang berkualitas. Kualitas adalah sebagai hasil dari penilaian pelanggan terhadap pelayanan yang diharapkan dengan persepsi kinerja nyata dari layanan (23).

Kualitas pelayanan keperawatan adalah kualitas yang berkaitan dengan pemberian perawatan yang harus tersedia, dapat diterima, menyeluruh, berkelanjutan dan didokumentasikan. Kualitas perawatan adalah aplikasi pengetahuan medis yang tepat bagi perawatan pasien sambil menyeimbangkan risiko-risiko yang melekat pada intervensi keperawatan dan keuntungan yang diharapkan dari intervensi keperawatan (7).

Pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas apabila pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan, untuk mengukur seberapa baik mutu pelayanan keperawatan yang diberikan diperlukan suatu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan (7).

Dari batasan-batasan mengenai pengertian tersebut di atas, maka dapat disimpulkan pengertian kualitas pelayanan keperawatan adalah pelayanan

keperawatan yang dilakukan perawat sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan berdasarkan indikator pelayanan keperawatan yang menunjukkan tingkat kemampuan pelayanan keperawatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Kualitas pelayanan keperawatan yang baik berarti pasien mendapat layanan yang cepat dari tenaga kesehatan, diagnosis dan terapi yang tepat, keramahmatan yang cukup, pelayanan administrasi yang cepat dan biaya yang terjangkau. Dengan demikian pelayanan yang diberikan adalah untuk memenuhi keinginan pelanggan (7).

Depkes RI menetapkan indikator penilaian mutu pelayanan kesehatan sebagai berikut:(4)

- a) Indikator yang mengacu pada aspek medis.
- b) Indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi rumah sakit.
- c) Indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien.
- d) Indikator mutu yang berkaitan dengan tingkat kepuasan pasien.

Depkes RI juga menetapkan indikator mutu pelayanan keperawatan meliputi:(6)

- a) Keselamatan pasien. Pasien aman dari kejatuhan, dekubitus, kesalahan pemberian obat dan cedera akibat *restrain*.
- b) Perawatan diri. Kebersihan dan perawatan diri merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi agar tidak menimbulkan masalah lain, misalnya penyakit kulit, rasa tidak nyaman, infeksi saluran kemih, dan lain-lain.

- c) Kepuasan pasien. Tingginya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan ke perawatan tercapai, jika terpenuhinya kebutuhan pasien atau keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang diharapkan.
- d) Kecemasan. Cemas adalah perasaan was-was, khawatir atau tidak nyaman seakan akan terjadi suatu yang dirasakan sebagai ancaman.
- e) Kenyamanan. Rasa nyaman (*comfort*) adalah bebas dari rasa nyeri atau nyeri terkontrol.
- f) Pengetahuan. Kemampuan pasien mengetahui informasi tentang penyakitnya, kondisi dan perawatan yang diterimanya. Indikator pengetahuan terdiri dari pengetahuan tentang penyakitnya dan *discharge planning*.

Kualitas pelayanan mampu mencapai pertumbuhan minat dengan cepat karena dibangun dengan pondasi bahwa penilaian konsumen mengenai kualitas layanan adalah sangat penting dan sangat diutamakan. Penilaian konsumen dikonsepsikan sebagai kesenjangan antara apa yang diharapkan konsumen dari sebuah layanan yang dipandang berkualitas dan evaluasi yang diberikan konsumen berdasarkan pelayanan riil yang mereka rasakan (9).

Pada awalnya, Zeithaml, Parasuraman, dan Berry dalam bukunya *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation*, menyatakan terdapat sepuluh dimensi kualitas pelayanan, yaitu:(24)

- 1) *Reliability*, mencakup dua hal pokok, yaitu konsistensi kerja (*performance*) dan kemampuan untuk dipercaya (*dependability*). Hal ini berarti organisasi jasa kesehatan memberikan jasanya secara tepat semenjak saat pertama (*right*

the first time). Selain itu juga memenuhi janjinya, misalnya menyampaikan jasanya sesuai dengan jadwal yang disepakati.

- 2) *Responsiveness*, yaitu kemauan atau kesiapan para karyawan untuk memberikan jasa yang dibutuhkan pelanggan.
- 3) *Competence*, artinya setiap orang dalam suatu organisasi kesehatan memiliki keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan agar dapat memberikan jasa tertentu.
- 4) *Access*, meliputi kemudahan untuk dihubungkan dan ditemui. Hal ini berarti lokasi fasilitas jasa yang mudah dijangkau, waktu menunggu yang tidak terlalu lama, saluran komunikasi organisasi mudah dihubungi, dan lain-lain.
- 5) *Courtesy*, meliputi sikap sopan santun, respek, perhatian, keramahan yang dimiliki para contact personnel (seperti resepsionis, petugas pendaftaran, kasir, operator telepon, dan lain-lain).
- 6) *Communication*, artinya memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa yang dapat mereka pahami, serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan.
- 7) *Credibility*, yaitu sifat jujur dan dapat dipercaya. Kredibilitas mencakup nama organisasi pelayanan kesehatan, reputasi, karakteristik pribadi contact personnel, dan interaksi dengan pelanggan.
- 8) *Security*, yaitu aman dari bahaya, risiko, atau keragu-raguan. Aspek ini meliputi keamanan secara fisik, keamanan financial, dan kerahasiaan.
- 9) *Knowing the customer*, yaitu usaha untuk memahami kebutuhan pelanggan.

10) *Tangibles*, yaitu bukti fisik dari jasa, bisa berupa fasilitas fisik, peralatan yang dipergunakan.

Menurut Supriyanto, faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan adalah:(25)

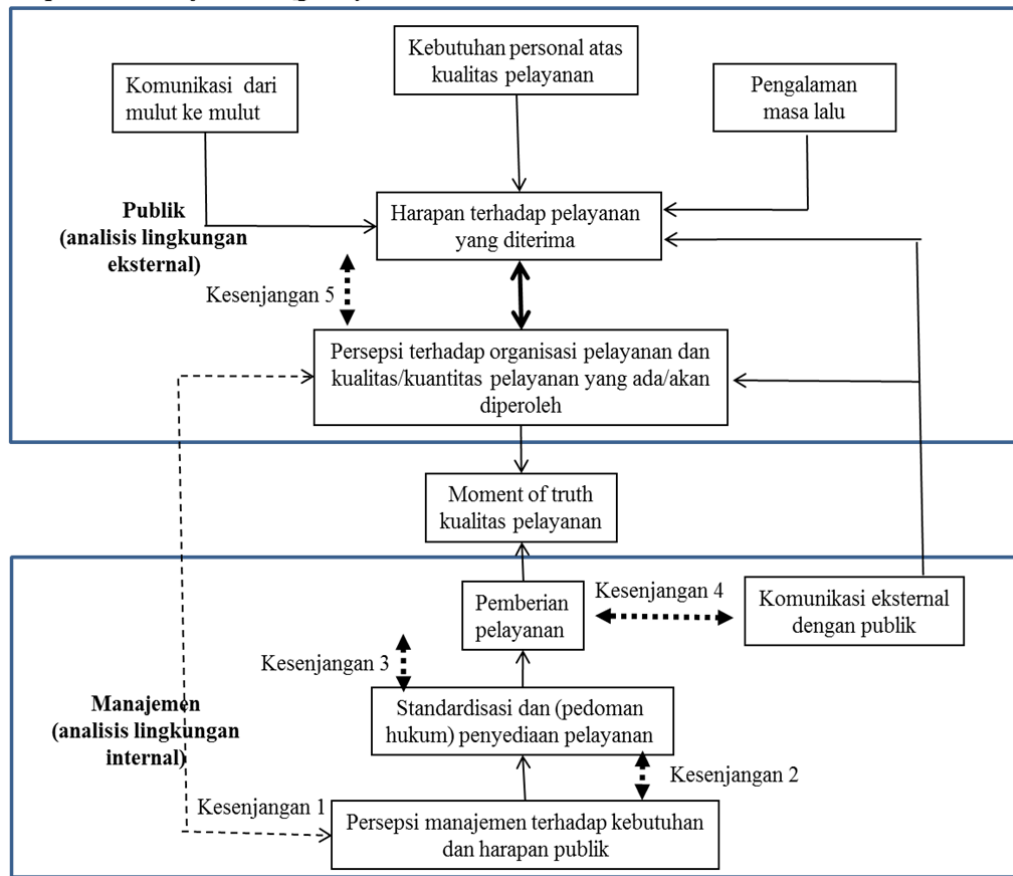
- a) *Reliability* (kehandalan). Kemampuan untuk memberikan pelayanan secara akurat sesuai dengan yang dijanjikan.
- b) *Responsiveness* (cepat tanggap). Kemampuan untuk membantu konsumen menyediakan pelayanan dengan cepat sesuai dengan keinginan.
- c) *Assurance* (jaminan). Pengetahuan dan kesopanan karyawan (pegawai) serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan atau *assurance*.
- d) *Empathy* (empati). Karyawan harus memberikan perhatian secara individual kepada konsumen dan mengerti kebutuhan konsumen.
- e) *Tangibles* (kenyataan/berwujud). Penampilan fasilitas fisik, peralatan personal dan media komunikasi.
- f) *Cost* (biaya). Perawatan yang mahal dan informasi yang terbatas yang dimiliki pasien dan keluarga tentang perawatan yang diterima dapat menjadi keluhan mereka.
- g) *High Personal Contact* (komunikasi). Pemahaman penggunaan jasa tentang pelayanan yang akan diterimanya, dalam hal ini aspek komunikasi memegang peranan penting.

Selanjutnya, Parasuraman, Zeithmal dan Berry menyimpulkan terdapat lima dimensi kualitas pelayanan yang disebut dengan SERVQUAL. Kelima dimensi kualitas pelayanan tersebut adalah sebagai berikut:(8)

- 1) Keandalan (*Reliability*) yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan tanpa kesalahan, sikap yang simpatik, dan dengan akurasi yang tinggi.
- 2) Ketanggapan (*Responsiveness*) yaitu suatu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (responsif) dan tepat kepada pelanggan dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan konsumen menunggu tanpa adanya alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan
- 3) Jaminan (*Assurance*) yaitu pengetahuan, komponen antara lain komunikasi (*communication*), kredibilitas (*credibility*), keamanan (*security*), kompetensi (*competence*) dan sopan santun (*courtesy*).
- 4) Bukti fisik (*Tangibles*) yaitu kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa. Yang meliputi fasilitas fisik (gedung, dipergunakan (teknologi) serta penampilan pegawainya.
- 5) Perhatian (*empathy*) yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan

berupaya memahami keinginan pelanggan atau konsumen. Dimana suatu perusahaan diharapkan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu.

Model kualitas layanan ciptaan Parasuraman dkk mengidentifikasi alasan-alasan terciptanya kesenjangan antara persepsi dan ekspektasi konsumen. Terdapat lima kesenjangan (*Gap*) dan patut diketahui terlebih dahulu bahwa *Gap 5* adalah produk dari *Gap 1, 2, 3, dan 4*. Jika *Gap 1* hingga *Gap 4* dapat ditutup, maka secara otomatis *Gap 5* akan tertutup. *Gap* tersebut adalah sebagai berikut:(8)



Gambar 2.1. Kesenjangan Antara Persepsi Dan Ekspektasi Konsumen.(8)

Gap 1, adalah kesenjangan antara apa yang menjadi harapan konsumen dan apa yang diasumsikan manajemen perusahaan sebagai harapan konsumen.

Gap 2, adalah kesenjangan yang terjadi ketika manajemen gagal mendesain standar layanan yang memenuhi harapan konsumen.

Gap 3, terjadi saat sistem penyampaian layanan oleh perusahaan yang terdiri dari SDM, teknologi, dan proses gagal memenuhi standar yang telah ditentukan.

Gap 4, terjadi ketika komunikasi yang terjadi antara perusahaan dengan konsumen menjanjikan level pelayanan yang tidak dapat diberikan oleh SDM, teknologi, dan proses.

Agar Gap 5 dapat ditemukan, model SERVQUAL yang terdiri dari 25 item berperan penting.(8)

Menurut Nursalam keberhasilan pelayanan kegiatan menjamin kualitas pelayanan keperawatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yakni :(7)

a) Faktor pengetahuan.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap manusia umumnya di peroleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan dapat di ukur dengan wawancara atau angket terhadap responden tentang isi materi yang diukur. Dalam pengetahuan yang ingin diukur disesuaikan dengan tingkat pengetahuan kognitif (26).

Pengetahuan tenaga perawat kepada kegiatan penjamin mutu pelayanan keperawatan merupakan kegiatan penilai, memantau atau mengatur pelayanan yang berorientasi pada pasien. Peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang pelayanan kesehatan yang diikuti dengan semakin besarnya tuntutan masyarakat akan sistem pelayanan kesehatan.

b) Faktor beban kerja

Bekerja adalah suatu bentuk aktifitas yang bertujuan untuk mendapatkan kepuasan dan aktifitas ini melibatkan baik fisik maupun mental. Beban kerja merupakan suatu kondisi atau keadaan yang memberatkan pada pencapaian aktifitas untuk melakukan suatu aktifitas. Beban kerja perawat yang tinggi serta beragam dengan tuntutan institusi kerja dalam pencapaian mutu pelayanan yang diharapkan. Untuk itu perlu adanya pengorganisasian kerja perawat yang tepat dan jelas.

c) Faktor komunikasi.

Komunikasi adalah sesuatu untuk dapat menyusun dan menghantar suatu pesan dengan cara yang mudah sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima. Komunikasi dalam praktek keperawatan profesional merupakan unsure utama bagi perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan untuk mencapai hasil yang optimal (7).

2.2.3 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (27).

Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu wujud tanggung jawab dan tanggung gugat perawat

terhadap klien. Pada akhirnya, penerapan proses keperawatan ini akan meningkatkan kualitas layanan keperawatan pada klien (28).

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal, melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan (29).

Tujuan penerapan proses keperawatan bagi klien, antara lain:(28)

- 1) Mempertahankan kesehatan klien.
- 2) Mencegah sakit yang lebih parah/penyebaran penyakit/komplikasi akibat penyakit.
- 3) Membantu pemulihan kondisi klien setelah sakit.
- 4) Mengembalikan fungsi maksimal tubuh.
- 5) Membantu klien terminal meninggal dengan tenang.

Terdapat beberapa metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu metode kasus, metode fungsional, metode tim, dan metode keperawatan primer. Meskipun sebagian sistem pemberian asuhan ini disusun untuk mengelola asuhan di Rumah Sakit, sebagian dapat diadaptasikan ke tempat lain. Memilih model pengelolaan pemberian asuhan klien yang paling tepat untuk setiap unit atau organisasi bergantung pada keterampilan dan keahlian staf, ketersediaan perawat profesional yang terdaftar, sumber daya ekonomi dari organisasi tersebut, keakutan klien, dan kerumitan tugas yang harus diselesaikan (10).

1. Metode Kasus

Metode Kasus merupakan metode pemberian asuhan keperawatan yang pertama kali digunakan. Pada metode ini satu perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat oleh satu perawat tergantung pada kemampuan perawat tersebut dan kompleksnya kebutuhan klien. Setelah perang Dunia II, jumlah pendidikan keperawatan dari berbagai jenis program meningkat dan banyak lulusan bekerja di Rumah Sakit. Agar pemanfaatan tenaga yang bervariasi tersebut dapat maksimal dan juga tuntutan peran yang diharapkan dari perawat sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran, kemudian dikembangkan metode fungsional (11).

2. Metode Fungsional Pada Metode Fungsional, pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua klien di suatu ruangan. Komunikasi antar perawat sangat terbatas sehingga tidak ada satu perawat yang mengetahui tentang satu klien secara komprehensif kecuali mungkin kepala ruangan. Keterbatasan itu sering menyebabkan klien merasa kurang puas terhadap layanan atau asuhan yang diberikan. Pada metode ini, kepala ruangan menentukan tugas setiap perawat dalam suatu ruangan. Perawat akan melaporkan tugas yang dikerjakannya kepada kepala ruangan dan kepala ruangan tersebut bertanggung jawab dalam membuat laporan klien (11).

3. Metode Tim

Metode Tim berkembang pada awal tahun 1950-an, saat berbagai pemimpin keperawatan memutuskan bahwa pendekatan tim dapat menyatukan perbedaan kategori perawat pelaksana. Tujuan dari keperawatan tim adalah untuk memberikan perawatan yang berpusat pada klien. Keperawatan tim melibatkan semua anggota tim dalam perencanaan asuhan keperawatan klien, melalui penggunaan konferensi tim dan penulisan rencana asuhan keperawatan (3).

4. Metode Keperawatan Primer

Metode penugasan yang paling dipuji dan dipraktikkan saat ini adalah keperawatan primer. Tanggung jawab mencakup periode 24 jam, dengan perawat kolega yang memberikan perawatan bila perawat primer tidak ada. Perawatan yang diberikan direncanakan dan ditentukan secara total oleh perawat primer (3). Perawat primer bertanggung-jawab untuk mengadakan komunikasi dan koordinasi dan juga akan membuat rencana pulang klien jika diperlukan. Jika perawat primer tidak bertugas, kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lain (11).

Komponen proses keperawatan adalah sebagai berikut: (28)(30)

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Disini, semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien.

Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik (28).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan profesional lain, yang kesemuanya dikumpulkan selama pengkajian (30).

3. Perencanaan

Tahap perencanaan memberikan kesempatan kepada perawat, klien, keluarga dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami klien. Perencanaan ini merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan

keperawatan untuk klien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal (28).

4. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian (30).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*). Secara umum, evaluasi keperawatan ditujukan untuk: 1) Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan. 2) Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum. 3) Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (28).

2.2.4. *Shift* Kerja

Menurut Riggio yang dikutip oleh Kodrat, *shift* kerja adalah bentuk penjadwalan dimana kelompok kerja mempunyai alternatif untuk tetap bekerja dalam perpanjangan operasi yang terus-menerus (31). Menurut Suma'mur, *shift* kerja merupakan pola waktu kerja yang diberikan pada tenaga kerja untuk mengerjakan sesuatu oleh perusahaan dan biasanya dibagi atas kerja pagi, sore dan malam. Proporsi pekerja *shift* semakin meningkat dari tahun ke tahun, ini disebabkan oleh investasi yang dikeluarkan untuk pembelian mesin-mesin yang mengharuskan penggunaannya secara terus menerus siang dan malam untuk memperoleh hasil yang lebih baik (32).

Sebagai akibatnya pekerja juga harus bekerja siang dan malam. Hal ini menimbulkan banyak masalah terutama bagi tenaga kerja yang tidak atau kurang dapat menyesuaikan diri dengan jam kerja yang lazim. Sistem *shift* kerja sistem *shift* kerja dapat berbeda antar instansi atau perusahaan, walaupun biasanya menggunakan tiga *shift* setiap hari dengan delapan jam kerja setiap *shift* (32).

Menurut William yang dikutip oleh Ramayuli dikenal dua macam sistem *shift* kerja yang terdiri dari:(33)

- a) *Shift* Permanen. Tenaga kerja bekerja pada *shift* yang tetap setiap harinya. Tenaga kerja yang bekerja pada *shift* malam yang tetap adalah orang-orang yang bersedia bekerja pada malam hari dan tidur pada siang hari.

- b) Sistem Rotasi. Tenaga kerja bekerja tidak terus-menerus di tempatkan pada *shift* yang tetap. *Shift* rotasi adalah *shift* rotasi yang paling mengganggu terhadap irama *circadian* dibandingkan dengan *shift* permanen bila berlangsung dalam jangka waktu panjang.

Menurut *International Labor Organization* (ILO), pergantian *shift* yang normal 8 jam/*shift*. *Shift* kerja yang dilaksanakan 24 jam termasuk hari Minggu dan hari libur memerlukan 4 regu kerja. Regu ini dikenal dengan regu kerja terus-menerus (3 x 8) (34). Inggris menggunakan sistem 2-2-2, sistem ini disebut dengan sistem rotasi pendek masing-masing *shift* lamanya 2 hari dan pada akhir *shift* diberikan libur 2 hari. Selain itu sistem 2-2-3 juga merupakan system rotasi pendek dimana salah satu *shift* dilaksanakan 3 hari untuk 2 *shift* dilaksanakan 2 hari dan pada akhir periode *shift* diberikan libur 2 hari. Siklus ini bergantian untuk setiap *shift*. Di Indonesia, sistem gilir yang banyak digunakan adalah dengan pengaturan jam kerja secara bergilir mengikuti pola 5-5-5 yaitu lima hari kerja gilir pagi (07.00-15.00), lima hari kerja gilir sore (15.00-23.00) dan lima hari kerja gilir malam (23.00-07.00) diikuti dengan dua hari libur pada setiap akhir kerja gilir. Pada akhir *shift* malam diperlukan istirahat sekurang-kurangnya 24 jam. Sistem rotasi ini dianjurkan oleh pakar yang berpandangan modern dengan mempertimbangkan faktor sosial dan psikologis untuk industri yang bergerak pada bagian manufaktur dan kontiniu (33).

Data yang diperoleh dari RSUD Simeulue bahwa *shift* kerja bagi perawat rawat inap dibagi menjadi 3 *shift* yaitu *shift* pagi, siang, dan malam. *Shift* pagi dimulai pada pukul 08.00-14.00 Wib (6 jam), *shift* siang dimulai pada pukul

14.00-20.00 Wib (6 jam), dan *shift* malam dimulai pada pukul 20.00-08.00 Wib (12 jam) (12).

Menurut Kuswadji, bahwa tanggapan pekerja terhadap tiga *shift* kerja adalah sebagai berikut:(35)

1. *Shift* pagi : memberikan waktu luang baik untuk kehidupan keluarga dan tidak terbatas kehidupan sosialnya.
2. *Shift* siang : terbatas kehidupan sosial, waktu siang terbuang dan sedikit lelah.
3. *Shift* malam : lelah, kehidupan sosial terbatas, kurang baik untuk kehidupan keluarga, gangguan tidur, memberikan banyak waktu luang terbuang.

Menurut Suma'mur, dalam bukunya Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja dalam soal periode waktu kerja siang atau malam, sangat menarik adalah sistem kerja bergilir, terutama masalah kerja malam. Sehubungan dengan kerja malam dapat dikemukakan hal-hal sebagai berikut:(32)

1. Irama faal manusia sedikit atau banyak terganggu oleh system kerja malam-tidur siang. Fungsi-fungsi fisiologis tenaga kerja tidak dapat disesuaikan sepenuhnya dengan irama kerja demikian.
2. Demikian pula metabolisme tubuh tidak sepenuhnya dapat, bahkan banyak yang sama sekali tidak dapat diadaptasikan dengan kerja malam-tidur siang.
3. Kelelahan pada kerja malam relatif sangat besar.
4. Jumlah jam kerja yang dipakai untuk tidur bagi pekerja malam pada siang harinya relatif jauh lebih dari seharusnya, dikarenakan gangguan suasana siang hari seperti kebisingan, suhu, keadaan terang, dan lain-lain dan oleh

karena kebutuhan badan yang tidak dapat diubah seluruhnya menurut kebutuhan yaitu terbangun oleh dorongan lapar atau buang air kecil yang relatif banyak pada siang hari.

5. Kurangnya tidur dan kurang berfungsinya alat pencernaan berakibat antara lain penurunan berat badan.

Menurut Fish, efek *shift* kerja yang dapat dirasakan tenaga kerja yaitu:(36)

1. Efek fisiologis

Efek fisiologis memiliki pengaruh terhadap

- a. Kualitas tidur yang terganggu. Tidur siang tidak seefektif tidur malam, banyak gangguan dan biasanya diperlukan waktu istirahat untuk menebus kurang tidur selama kerja malam.
- b. Menurunnya kapasitas kerja fisik kerja akibat timbulnya perasaan mengantuk dan lelah.
- c. Menurunnya nafsu makan dan gangguan pencernaan.

2. Efek Psikososial

Efek menunjukkan masalah lebih besar dari efek fisiologis, antara lain adanya gangguan kehidupan keluarga, hilangnya waktu luang, kecil kesempatan untuk berinteraksi dengan teman, dan mengganggu aktivitas kelompok dalam masyarakat. Demikian pula adanya pandangan di suatu daerah yang tidak membenarkan pekerja wanita bekerja pada malam hari, mengakibatkan tersisih dari masyarakat.

3. Efek Kinerja

Kinerja menurun selama kerja *shift* malam yang diakibatkan oleh efek fisiologis dan efek psikososial. Menurunnya kinerja dapat mengakibatkan kemampuan mental menurun berpengaruh terhadap perilaku kewaspadaan pekerjaan seperti kualitas control dan pemantauan.

4. Efek Terhadap Kesehatan

Efek *shift* kerja menyebabkan gangguan gastrointestinal berupa *dyspepsia* atau ulcus ventriculi dimana masalah ini kritis pada umur 40-45 tahun. Sistem *shift* kerja dapat menjadi masalah keseimbangan kadar gula dalam darah dengan insulin bagi penderita diabetes (36).

Upaya-upaya mengurangi dampak buruk akibat kerja *shift* melalui pendekatan organisasi dapat dilakukan dengan pengaturan *shift* kerja secara adil. Terdapat 2 macam pembagian *shift* kerja, yaitu 2 *shift* dan 3 *shift*. Pembagian satu hari kerja menjadi 2 *shift* yaitu *shift* pagi (*day shift*) dengan jam kerja pukul 06.00-18.00 dan *shift* malam (*night shift*) dengan jam kerja pukul 18.00-06.00. Sedangkan untuk pembagian menjadi 3 *shift* adalah *shift* pagi yaitu pukul 08.00-16.00, siang yaitu pukul 16.00-00.00 dan malam yaitu pukul 00.00-08.00. Pengaturan *shift* kerja yang baik adalah dengan pergantian *shift* yang pendek misal 2-3 hari sekali, tidak terlalu lama apalagi pergantian tiap minggu sekali. Apabila diperlukan *shift* kerja malam maka ada persyaratan yang harus dipenuhi oleh pihak pengusaha dan pekerja, seperti:(32)

1. Pergantian *shift* tidak lama (2-3 hari sekali)

2. Usia pekerja antara 20-50 tahun agar diperoleh kematangan mental yang cukup.
3. Pekerja tidak menderita penyakit kronis seperti penyakit paru-paru kronis, tekanan darah tinggi, kencing manis, pekerja memiliki penyakit gangguan tidur.
4. Pekerja tidak mengalami gangguan psikososial.
5. Lingkungan hidup pekerja tenang.
6. Pekerja tidak menderita gangguan lambung maupun memiliki tingkat emosi yang labil.
7. Tidak kekurangan gizi, stres dan gangguan jantung.
8. Keluarga pekerja yang menunjang. Seyogianya sebelum pekerja dinas malam pekerja telah cukup istirahat/ tidur sehingga berangkat bekerja dalam keadaan segar (32).

Ketika bekerja *shift* merupakan keharusan dan kita tidak bisa memilih, maka ada beberapa strategi yang dapat dilakukan agar tetap sehat. Diantaranya adalah usahakan untuk cukup tidur, usahakan agar kualitas tidur kita terjaga. Olahraga teratur juga sangat dianjurkan untuk menjaga daya tahan tubuh. Beberapa teknik relaksasi juga dipercaya akan menurunkan beban mental dan tingkat stress. Pilih teknik relaksasi yang paling mudah seperti mendengarkan musik yang menenangkan, bersosialisasi dengan teman, atau menekuni hobi. Selain itu, tentunya dianjurkan pula untuk mengonsumsi diet yang sehat. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat konsumsi kudapan ringan di kalangan para pekerja *shift* lebih tinggi dari pekerja normal. Selain itu, kualitas dietnya lebih

rendah dan cenderung tidak memenuhi syarat gizi yang seimbang. Keluhan yang sering muncul adalah mual, konstipasi, diare, atau menurunnya nafsu makan. Untuk menghindari persoalan gangguan pencernaan ini disarankan pada para pekerja *shift* untuk mengurangi konsumsi garam dan makanan berlemak, menghindari *junk food*, dan mengonsumsi makanan dengan gizi yang seimbang dan baik (37).

2.2.5 Rumah Sakit

Menurut *American Hospital Association* rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga dokter profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien. Rumah sakit adalah salah satu organisasi yang memiliki manajemen paling kompleks, karena di dalamnya harus dikelola hubungan interpersonal yang terkait dengan layanan yang diberikan di satu pihak dan teknologi yang selalu berkembang di pihak yang lain (38).

Wolper dan Pena, menyatakan rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan. Disamping itu, rumah sakit merupakan pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan (38).

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki beberapa fungsi diantaranya menyelenggarakan pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan (39).

Rumah sakit yang ada di Indonesia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa golongan yaitu berdasarkan jenis pelayanannya, pemilikinya, dan kemampuan yang dimiliki. Berdasarkan jenis pelayanannya rumah sakit dapat digolongkan menjadi dua, antara lain:(1)

a. Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan subspecialistik. Rumah sakit umum memberikan pelayanan kepada berbagai penderita dengan berbagai jenis penyakit;

b. Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi primer, memberikan diagnosis dan pengobatan untuk penderita yang mempunyai

kondisi medik khusus, baik bedah atau non bedah, misalnya rumah sakit ginjal, rumah sakit jantung, rumah sakit bersalin dan rumah sakit anak.

Berdasarkan pemiliknya rumah sakit digolongkan menjadi dua, antara lain:

1. Rumah Sakit Pemerintah

Menurut Azwar rumah sakit umum pemerintah dibagi menjadi dua yaitu:(38)

1) Pemerintah Pusat

Pada dasarnya ada dua macam pemerintah pusat yang dimaksudkan disini. Pertama, terdapat beberapa rumah sakit yang langsung dikelola oleh Departemen Kesehatan misalnya Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo di Jakarta. Kedua, beberapa departemen seperti Departemen Pertahanan dan Keamanan, Departemen Pertambangan serta Departemen Perhubungan juga mengelola rumah sakit sendiri. Peranan Departemen Kesehatan disini adalah merumuskan kebijakan pokok bidang kesehatan saja, yang harus dipakai sebagai landasan dalam melaksanakan setiap upaya kesehatan. Beberapa pengecualian memang dibenarkan asal saja tidak bertentangan dengan kebijakan pokok bidang kesehatan yang telah dirumuskan;

2) Pemerintah Daerah

Rumah sakit daerah yang ada saat ini dikelola oleh Pemerintah Daerah. Hal ini telah diatur berdasarkan Undang-Undang Pokok Pemerintah Daerah No. 5 tahun 1974. Pemerintah Daerah ikut berperan

dalam sistem pengelolaan rumah sakit tersebut. Pengelolaan yang dimaksud bergerak dalam bidang pembiayaan dan pembuatan kebijakan seperti pembangunan sarana, pengadaan peralatan dan penetapan tariff pelayanan.

2. Rumah Sakit Swasta

Menurut Iskandar rumah sakit umum swasta dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu:

- 1) Rumah sakit umum swasta pratama, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas D;
- 2) Rumah sakit umum swasta madya, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialistik dalam empat cabang, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B;
- 3) Rumah sakit umum swasta utama, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialistik dan subspecialistik setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B (38).

Pelayanan rumah sakit merupakan upaya pelayanan kesehatan yang bersifat sosio-ekonomi, yaitu suatu usaha bersifat sosial namun diusahakan agar bisa mendapat *surplus* keuangan dengan cara pengelolaan yang professional dengan memperhatikan prinsip ekonomi. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 436/Menkes/SK/IV/1993, terdapat lima tugas pelayanan pokok yang harus dimiliki oleh setiap rumah sakit antara lain:

1. Administrasi dan manajemen.
2. Pelayanan medis.
3. Pelayanan gawat darurat.
4. Pelayanan keperawatan.
5. Rekam medis.

Terdapat beberapa kegiatan pelayanan standar yang dapat mendukung lima jenis pelayanan pokok rumah sakit antara lain:

- a. kamar operasi;
- b. pelayanan radiologi;
- c. pelayanan perinatal risiko tinggi;
- d. pelayanan laboratorium;
- e. pelayanan infeksi di rumah sakit;
- f. pelayanan sterilisasi;
- g. keselamatan kerja, kebakaran, dan kewaspadaan (1).

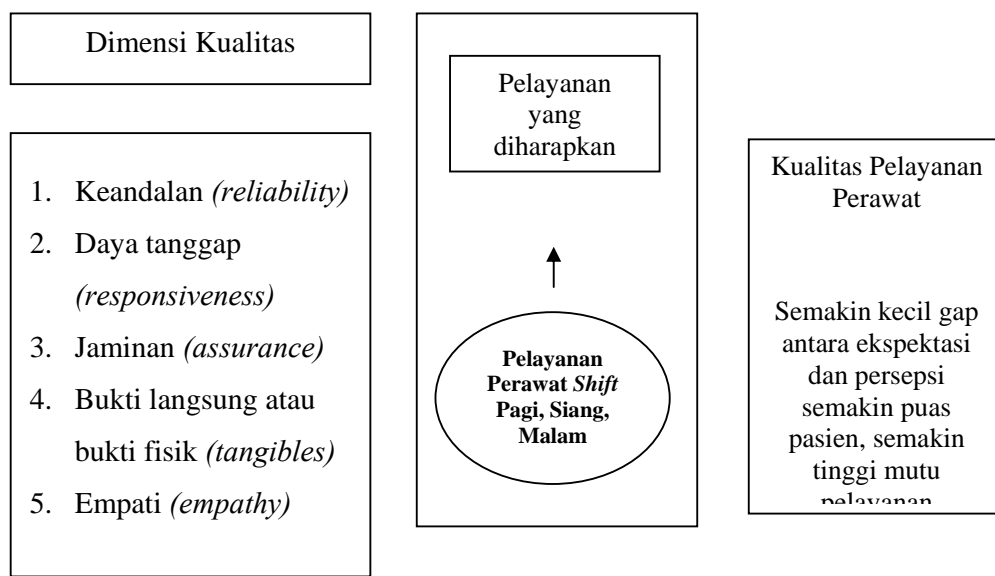
2.3. Landasan Teori

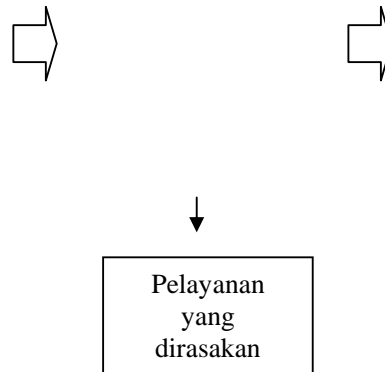
Perawat merupakan tenaga kerja terbesar di rumah sakit, di mana perawat memiliki tanggung jawab untuk memonitor pasien setiap hari dan manajemen pelayanan bagi pasien. Tanggung jawab dan beban kerja yang berat mengharuskan seorang perawat mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik. Beban kerja perawat rumah sakit biasanya berat, sering membutuhkan *shift* panjang dan memaksakan tuntutan fisik. Pekerjaan seorang perawat sebagai jasa pelayanan kesehatan tidak terlepas dari pengaturan jam kerja

yang terbagi menjadi 3 *shift* yaitu *shift* pagi, siang, dan malam. Pembagian *shift* kerja tersebut bertujuan untuk memberikan kualitas pelayanan yang optimal pada pasien.

Kualitas pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan di mata masyarakat. Hal ini terjadi karena keperawatan merupakan kelompok profesi dengan jumlah terbanyak, paling depan dan terdekat dengan penderitaan, kesakitan, serta kesengsaraan yang di alami pasien dan keluarganya. Salah satu indikator dari mutu pelayanan keperawatan itu adalah apakah pelayanan keperawatan yang diberikan itu memuaskan pasien atau tidak.

Parasuraman, Zeithaml, dan Berry menggunakan model SERVQUAL (*Service Quality*) untuk menganalisis kualitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi layanan. Menurut mereka, kualitas pelayanan ditentukan oleh lima unsur atau dimensi yaitu keandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), bukti langsung atau bukti fisik (*tangibles*), dan empati (*empathy*) yang diberikan secara konsekuensi untuk memuaskan yang menerima layanan.

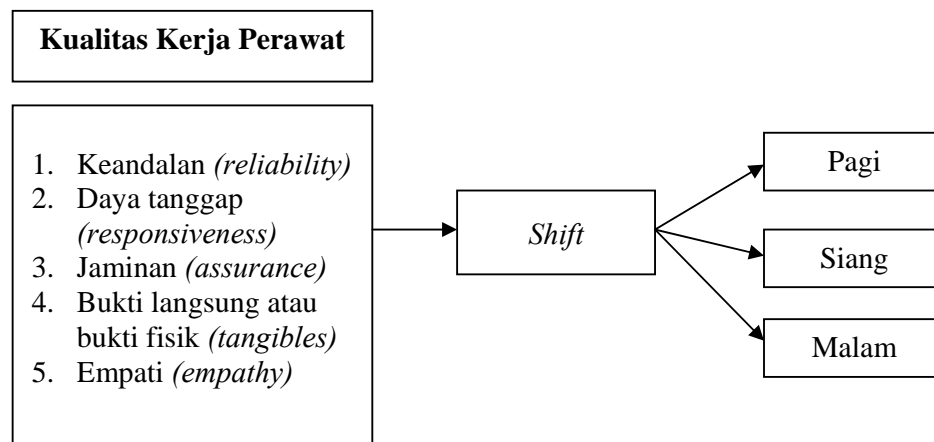




Gambar 2.2. Kerangka Teori SERVQUAL dari Parasuraman, Zeithaml, Berry (8).

2.4. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.3. Kerangka Konsep

2.5. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Ada perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi kehandalan (*reliability*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 2) Ada perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi daya tanggap (*responsiveness*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 3) Ada perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi jaminan (*assurance*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 4) Ada perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi bukti langsung atau bukti fisik (*tangibles*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 5) Ada perbedaan kualitas kerja berdasarkan dimensi empati (*empathy*) pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue tahun 2018.
- 6) Ada perbedaan kualitas kerja pada perawat *shift* pagi, siang, malam di Ruang Rawat Inap RSUD Simeulue tahun 2018.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kausal komparatif dengan desain *Quasy Experimental* (eksperimen semu) yang membagi sampel penelitian menjadi 3 kelompok (*shift* pagi, siang, dan malam). Penelitian kausal komparatif merupakan penelitian yang berfokus untuk membandingkan variabel bebas dari beberapa kelompok subjek yang mendapat pengaruh yang berbeda dari variabel bebas. Pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat terjadi bukan karena perlakuan dari peneliti melainkan telah berlangsung sebelum penelitian dilakukan (40).

3.2. Lokasi Dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue karena masih terdapat permasalahan kualitas kerja perawat di RSUD Simeulue ini, selain itu belum pernah dilakukan penelitian dengan judul yang sama di rumah sakit ini.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan dari mulai pengajuan judul sampai dengan penulisan dari bulan Februari 2018 sampai dengan bulan September 2018.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi penelitian adalah seluruh perawat/bidan yang menjadi tenaga kesehatan di RSUD Simeulue sebanyak 268. Jumlah perawat yang bekerja di Ruang Rawat Inap RSUD Simeulue sebanyak 122 orang dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.1. Jumlah Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Simeulue

No	Ruangan	Jumlah Perawat	Shift Kerja			
			Pagi	Siang	Malam	Libur
1	Anak	12	5	3	2	2
2	Penyakit Dalam	21	7	5	5	4
3	ICU	17	6	4	4	3
4	Bedah	13	4	3	3	3
5	Infeksi	13	4	3	3	3
6	Jiwa	13	4	3	3	3
7	Neurologi	13	4	3	3	3
8	Klas I	20	7	5	4	4
Jumlah		122	41	29	27	25

Berdasarkan tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa jumlah populasi yang dapat diambil sebagai sampel sebanyak 97 orang (*shift* pagi 41 orang, *shift* siang 29 orang, dan *shift* malam 27 orang).

3.3.2. Sampel

Menurut Sugiyono, sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (41). Sedangkan menurut Arikunto, Penentuan pengambilan Sample sebagai berikut : Apabila kurang dari 100 lebih baik diambil semua hingga penelitiannya merupakan penelitian populasi (42).

Berdasarkan pendapat Arikunto tersebut, maka peneliti mengambil seluruh populasi dijadikan sampel sebanyak 97 orang perawat (*total population*) yaitu perawat *shift* pagi 41 orang, perawat *shift* siang 29 orang, dan perawat *shift* malam 27 orang.

3.4. Metode Pengumpulan Data

3.4.1. Jenis Data

Jenis dan sumber data dalam penelitian kuantitatif ini meliputi data primer, data sekunder dan data tertier.

- 1) Data primer diperoleh dari jawaban responden yang berpedoman pada kuesioner meliputi variabel independen yaitu kualitas kerja perawat.
- 2) Data sekunder diperoleh dari catatan dan dokumentasi RSUD Simeulue berkaitan dengan jumlah perawat, profil RSUD Simeulue, serta data-data lainnya yang berkaitan dengan penelitian ini.

- 3) Data tertier diperoleh dari berbagai referensi yang sangat valid seperti: jurnal, buku teks, Profil Kesehatan Indonesia, Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013.

3.4.2. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu:

- 1) Data primer penelitian ini dikumpulkan melalui pengisian kuesioner oleh responden secara langsung.
- 2) Data sekunder diperoleh dengan studi dokumentasi berupa data deskriptif yaitu data yang tersedia di RSUD Simeulue seperti profil RSUD Simeulue, dan lain-lain.
- 3) Data tertier diperoleh melalui studi kepustakaan, seperti jurnal, buku-buku teks, Profil Kesehatan Indonesia, SDKI, Riskesdas, dan WHO.

3.4.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum kuesioner dibagikan pada responden yang sesungguhnya, maka kuesioner diuji kesahihannya dan keandalannya dengan melakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 25 perawat yang libur di RSUD Simeulue karena memiliki karakteristik yang sama dengan responden yang diteliti.

1) Uji Validitas

Uji validitas bertujuan untuk mengetahui sejauh mana suatu ukuran atau nilai yang menunjukkan tingkat kehandalan atau kesahihan suatu alat ukur dengan

cara mengukur korelasi antara variabel atau item dengan skor total variabel menggunakan rumus korelasi *Pearson product moment* (r), dengan ketentuan jika nilai r -hitung $>$ r -tabel, maka dinyatakan valid dan sebaliknya. Besar r -tabel pada taraf signifikan 0,05 dengan uji 2 sisi dengan jumlah data yaitu (n) = 25 atau df ($n-2$) atau $(25-2) = 23$ sebesar 0,413. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.2.
Hasil Uji Validitas Kuesioner Variabel Penelitian

No.	Variabel	r-hitung	r-tabel	Ket.
1.	Keandalan -1	0,824	0,413	Valid
2.	Keandalan -2	0,890	0,413	Valid
3.	Keandalan -3	0,644	0,413	Valid
4.	Keandalan -4	0,592	0,413	Valid
5.	Keandalan -5	0,549	0,413	Valid
1.	Daya Tanggap -1	0,693	0,413	Valid
2.	Daya Tanggap -2	0,782	0,413	Valid
3.	Daya Tanggap -3	0,450	0,413	Valid
4.	Daya Tanggap -4	0,865	0,413	Valid
5.	Daya Tanggap -5	0,823	0,413	Valid
1.	Jaminan -1	0,689	0,413	Valid
2.	Jaminan -2	0,739	0,413	Valid
3.	Jaminan -3	0,438	0,413	Valid
4.	Jaminan -4	0,813	0,413	Valid
5.	Jaminan -5	0,760	0,413	Valid
1.	Bukti Langsung atau Bukti Fisik-1	0,688	0,413	Valid

Tabel 3.2. Lanjutan

No.	Variabel	r-hitung	r-tabel	Ket.
2.	Bukti Langsung atau Bukti Fisik -2	0,689	0,413	Valid
3.	Bukti Langsung atau Bukti Fisik -3	0,745	0,413	Valid
4.	Bukti Langsung atau Bukti Fisik -4	0,733	0,413	Valid
5.	Bukti Langsung atau Bukti Fisik -5	0,744	0,413	Valid
1.	Empati -1	0,885	0,413	Valid
2.	Empati -2	0,410	0,413	Valid
3.	Empati -3	0,848	0,413	Valid
4.	Empati -4	0,854	0,413	Valid
5.	Empati -5	0,665	0,413	Valid

2) Uji Reliabilitas

Reliabilitas data merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat menunjukkan kehandalan dan dipercaya dengan metode *Cronbach's Alpha*, yaitu menganalisis reliabilitas alat ukur dengan ketentuan nilai Cronbach Alpha > 0,600, maka dinyatakan reliabel. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3.3.

Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Penelitian

No.	Variabel	Nilai Reliabilitas	Batas <i>Cronbach's Alpha</i>	Ket.
1.	Keandalan	0,751	0,600	Reliabel
2.	Daya Tanggap	0,767	0,600	Reliabel

No.	Variabel	Nilai Reliabilitas	Batas Cronbach's Alpha	Ket.
3.	Jaminan	0,716	0,600	Reliabel
4.	Bukti Langsung atau Bukti Fisik	0,766	0,600	Reliabel
5.	Empati	0,759	0,600	Reliabel

3.5. Definisi Operasional dan Aspek Pengukuran

3.5.1 Definisi Operasional

- 1) *Shift* kerja adalah waktu kerja bergilir yang ditempuh perawat dalam sekali periode dalam seminggu
- 2) Kualitas Kerja adalah kegiatan yang dilakukan oleh perawat yang sesuai dan telah memenuhi standar, spesifikasi dan harapan yang telah ditetapkan yang diukur dari kualitas pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan.
- 3) Kualitas Pelayanan Keperawatan adalah pelayanan yang diberikan perawat yang dapat menimbulkan kepuasan pasien yang meliputi *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *tangibles*, dan *empathy*.
- 4) Keandalan (*Reliability*) adalah pelayanan perawat pada pasien dengan menepati hal-hal yang telah dijanjikan, bersikap simpatik dan meyakinkan menghadapi masalah pasien, melakukan proses asuhan keperawatan secara menyeluruh, melakukan pencatatan data-data secara akurat, tepat waktu memberikan pelayanan.

- 5) Daya tanggap (*Responsiveness*) adalah pelayanan perawat dalam memberikan perawatan meliputi kemudahan untuk dihubungi, memberikan bantuan berdasarkan skala prioritas, meluangkan waktu menjawab pertanyaan pasien dan keluarga, bersikap sopan.
- 6) Jaminan (*Assurance*) adalah pelayanan perawat pada pasien yang mampu memberikan perasaan terlindung, memberikan pelayanan tanpa membedakan status sosial, menjawab dengan baik hal-hal yang ditanyakan pasien dan keluarga, meyakinkan pasien atas tindakan yang diberikan, mengecek setiap obat yang akan diberikan pada pasien.
- 7) Bukti langsung atau bukti fisik (*Tangibles*) adalah pelayanan perawat yang bersikap profesional dalam melayani pasien yang meliputi kerapian dalam penampilan, tampil bersih, mengenakan atribut lengkap, sopan saat berbicara, melakukan komunikasi terapeutik.
- 8) Empati (*Empathy*) adalah pelayanan perawat yang melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan aktif menanyakan perkembangan pasien, memperlakukan seperti keluarga sendiri, memahami kebutuhan setiap pasien, berusaha mendengarkan keluhan-keluhan pasien, menunjukkan rasa empati pada setiap pasien.

3.5.2. Aspek Pengukuran Variabel

1. Kualitas Kerja

Variabel yang diukur dalam penelitian ini adalah variabel kualitas kerja perawat, baik perawat *shift* pagi, siang, dan malam dengan jumlah pertanyaan

yang sama pada masing-masing *shift*. Kuesioner kualitas kerja mengacu kepada teori dari Parasuraman, Zeithaml, dan Berry tentang SERVQUAL (*Service Quality*) yang terdiri 5 dimensi yaitu keandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), bukti langsung atau bukti fisik (*tangibles*), dan empati (*empathy*).

Jumlah keseluruhan pertanyaan sebanyak 25 butir yang terdiri dari pertanyaan tentang keandalan (*reliability*) sebanyak 5 butir, daya tanggap (*responsiveness*) sebanyak 5 butir, jaminan (*assurance*) sebanyak 5 butir, bukti langsung atau bukti fisik (*tangibles*) sebanyak 5 butir, dan empati (*empathy*) sebanyak 5 butir.

Adapun pengukuran dengan menggunakan skala Likert dengan 5 pilihan jawaban SB = Sangat Baik, B = Baik, CB = Cukup Baik, KB = Kurang Baik, TB = Tidak Baik. Untuk pernyataan dengan jawaban sangat baik diberi skor 5, jawaban baik diberi skor 4, jawaban cukup baik diberi skor 3, jawaban kurang baik diberi skor 2 dan jawaban tidak baik diberi skor 1. Skor terendah adalah 25 (25 x 1) dan skor tertinggi adalah 125 (25 x 5). Panjang kelas (interval) dengan menggunakan perhitungan sebagai berikut:

$$I = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{banyak kelas atau kategori}}$$

$$I = \frac{125 - 25}{3}$$

$$I = \frac{100}{3}$$

$$I = 33,3$$

Hasil jawaban responden untuk kualitas kerja perawat dikategorikan sebagai berikut:

- a. Baik = jika mendapat skor 92-125
- b. Cukup = jika mendapat skor 59-91
- c. Kurang = Jika mendapat skor 25-58

2. Keandalan (*Reliability*)

Pengukuran variabel keandalan (*reliability*) dengan jumlah keseluruhan pertanyaan sebanyak 5 butir menggunakan skala Likert dengan 5 pilihan jawaban SB = Sangat Baik, B = Baik, CB = Cukup Baik, KB = Kurang Baik, TB = Tidak Baik. Untuk pernyataan dengan jawaban sangat baik diberi skor 5, jawaban baik diberi skor 4, jawaban cukup baik diberi skor 3, jawaban kurang baik diberi skor 2 dan jawaban tidak baik diberi skor 1. Skor terendah adalah 5 (5 x 1) dan skor tertinggi adalah 25 (5 x 5). Panjang kelas (interval) dengan menggunakan perhitungan sebagai berikut:

$$I = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{banyak kelas atau kategori}}$$

$$I = \frac{25 - 5}{3}$$

$$I = \frac{20}{3}$$

$$I = 6,6$$

Hasil jawaban responden untuk variabel kehandalan (*reliability*) dikategorikan sebagai berikut:

- a. Baik = jika mendapat skor 19-25
- b. Cukup = jika mendapat skor 12-18
- c. Kurang = Jika mendapat skor 5-11

3. Daya tanggap (*Responsiveness*)

Pengukuran variabel daya tanggap (*responsiveness*) dengan jumlah keseluruhan pertanyaan sebanyak 5 butir menggunakan skala Likert dengan 5 pilihan jawaban SB = Sangat Baik, B = Baik, CB = Cukup Baik, KB = Kurang Baik, TB = Tidak Baik. Untuk pernyataan dengan jawaban sangat baik diberi skor 5, jawaban baik diberi skor 4, jawaban cukup baik diberi skor 3, jawaban kurang baik diberi skor 2 dan jawaban tidak baik diberi skor 1. Skor terendah adalah 5 (5 x 1) dan skor tertinggi adalah 25 (5 x 5). Panjang kelas (interval) dengan menggunakan perhitungan sebagai berikut:

$$I = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{banyak kelas atau kategori}}$$

$$I = \frac{25 - 5}{3}$$

$$I = \frac{20}{3}$$

$$I = 6,6$$

Hasil jawaban responden untuk variabel daya tanggap (*responsiveness*) dikategorikan sebagai berikut:

- a. Baik = jika mendapat skor 19-25
- b. Cukup = jika mendapat skor 12-18
- c. Kurang = Jika mendapat skor 5-11

4. Jaminan (*Assurance*)

Pengukuran variabel jaminan (*assurance*) dengan jumlah keseluruhan pertanyaan sebanyak 5 butir menggunakan skala Likert dengan 5 pilihan jawaban SB = Sangat Baik, B = Baik, CB = Cukup Baik, KB = Kurang Baik, TB = Tidak Baik. Untuk pernyataan dengan jawaban sangat baik diberi skor 5, jawaban baik diberi skor 4, jawaban cukup baik diberi skor 3, jawaban kurang baik diberi skor 2 dan jawaban tidak baik diberi skor 1. Skor terendah adalah 5 (5 x 1) dan skor tertinggi adalah 25 (5 x 5). Panjang kelas (interval) dengan menggunakan perhitungan sebagai berikut:

$$I = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{banyak kelas atau kategori}}$$

$$I = \frac{25 - 5}{3}$$

$$I = \frac{20}{3}$$

$$I = 6,6$$

Hasil jawaban responden untuk variabel jaminan (*assurance*) dikategorikan sebagai berikut:

- a. Baik = jika mendapat skor 19-25
- b. Cukup = jika mendapat skor 12-18
- c. Kurang = Jika mendapat skor 5-11

5. Bukti langsung atau bukti fisik (*Tangibles*)

Pengukuran variabel bukti langsung atau bukti fisik (*tangibles*) dengan jumlah keseluruhan pertanyaan sebanyak 5 butir menggunakan skala Likert dengan 5 pilihan jawaban SB = Sangat Baik, B = Baik, CB = Cukup Baik, KB = Kurang Baik, TB = Tidak Baik. Untuk pernyataan dengan sangat baik diberi skor 5, jawaban baik diberi skor 4, jawaban cukup baik diberi skor 3, jawaban kurang baik diberi skor 2 dan jawaban tidak baik diberi skor 1. Skor terendah adalah 5 (5 x 1) dan skor tertinggi adalah 25 (5 x 5). Panjang kelas (interval) dengan menggunakan perhitungan sebagai berikut:

$$I = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{banyak kelas atau kategori}}$$

$$I = \frac{25 - 5}{3}$$

$$I = \frac{20}{3}$$

$$I = 6,6$$

Hasil jawaban responden untuk variabel bukti langsung atau bukti fisik (*tangibles*) dikategorikan sebagai berikut:

- a. Baik = jika mendapat skor 19-25
 - b. Cukup = jika mendapat skor 12-18
 - c. Kurang = Jika mendapat skor 5-11
6. Empati (*Empathy*)

Pengukuran variabel empati (*empathy*) dengan jumlah keseluruhan pertanyaan sebanyak 5 butir menggunakan skala Likert dengan 5 pilihan jawaban SB =

Sangat Baik, B = Baik, CB = Cukup Baik, KB = Kurang Baik, TB = Tidak Baik. Untuk pernyataan dengan jawaban sangat baik diberi skor 5, jawaban baik diberi skor 4, jawaban cukup baik diberi skor 3, jawaban kurang baik diberi skor 2 dan jawaban tidak baik diberi skor 1. Skor terendah adalah 5 (5 x 1) dan skor tertinggi adalah 25 (5 x 5). Panjang kelas (interval) dengan menggunakan perhitungan sebagai berikut:

$$I = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{banyak kelas atau kategori}}$$

$$I = \frac{25 - 5}{3}$$

$$I = \frac{20}{3}$$

$$I = 6,6$$

Hasil jawaban responden untuk variabel empati (*empathy*) dikategorikan sebagai berikut:

- a. Baik = jika mendapat skor 19-25
- b. Cukup = jika mendapat skor 12-18
- c. Kurang = Jika mendapat skor 5-11

Aspek pengukuran variabel penelitian selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 3.4.
Aspek Pengukuran Variabel Penelitian

No.	Variabel	Jlh Soal	Cara dan Alat Ukur	Skala Pengukuran	Value	Jenis Skala Ukur
1.	Kualitas Kerja Perawat	25	Menghitung jawaban responden pada kuesioner Skor min = 25 Skor Max = 125	Baik (92-125) Cukup (59-91) Kurang (25-58) Lanjutan	3 2 1	Ordinal
2	Kehandalan	5	Menghitung jawaban responden pada kuesioner Skor min = 5 Skor Max = 25	Baik (19-25) Cukup (12-18) Kurang (5-11)	3 2 1	Ordinal
3	Daya Tanggap	5	Menghitung jawaban responden pada kuesioner Skor min = 5 Skor Max = 25	Baik (19-25) Cukup (12-18) Kurang (5-11)	3 2 1	Ordinal
4	Jaminan	5	Menghitung jawaban responden pada kuesioner Skor min = 5 Skor Max = 25	Baik (19-25) Cukup (12-18) Kurang (5-11)	3 2 1	Ordinal
5	Bukti Fisik	5	Menghitung jawaban responden pada kuesioner Skor min = 5	Baik (19-25) Cukup (12-18) Kurang (5-11)	3 2 1	Ordinal

No.	Variabel	Jlh Soal	Cara dan Alat Ukur	Skala Pengukuran	Value	Jenis Skala Ukur
Skor Max = 25						
6	Empati	5	Menghitung jawaban responden pada kuesioner	Baik (19-25) Cukup (12-18) Kurang (5-11)	3 2 1	Ordinal
Skor min = 5 Skor Max = 25						

3.6. Teknik Pengolahan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengolahan data secara komputerisasi. Data yang terkumpul diolah dengan komputerisasi dengan langkah sebagai berikut:

1. *Collecting*

Mengumpulkan data yang berasal dari kuesioner, angket, maupun observasi yang diperoleh dari lapangan.

2. *Checking*

Proses *checking* dilakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuesioner atau lembar observasi dengan tujuan agar data diolah secara benar sehingga pengolahan data memberikan hasil yang valid dan reliabel, dan terhindar dari bias.

3. *Entering*

Data *entry*, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang masih dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program komputer yang di gunakan peneliti yaitu program SPSS.

4. *Processing*

Semua data yang telah diinput ke dalam aplikasi komputer akan diolah sesuai dengan kebutuhan penelitian.

3.7. Analisa Data

Teknik analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis komparatif tidak berpasangan yaitu untuk perbedaan kualitas kerja berdasarkan *shift* kerja perawat ruang rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Simeulue, perawat *shift* pagi, *shift* siang, dan *shift* malam.

3.7.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan secara tunggal variabel dependen dan independen.

3.7.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat ada tidaknya perbedaan kualitas kerja yang terdiri atas kualitas pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan berdasarkan *shift* kerja yang sudah ditetapkan. Jumlah sampel terdiri atas 3 kelompok dimana masing-masing kelompok akan diukur sebanyak 2 kali pengukuran, Adapun uji statistik yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu Uji Kruskal-Wallis, kemudian setelah itu akan dilakukan uji post hoc dengan uji Mann-Whitney (43).

