

**HUBUNGAN KUALITAS TIDUR DENGAN KINERJA
PERAWAT DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN
DI RUANG KELAS I RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH MEURAXA KOTA BANDA ACEH**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh :

**ASIAH RIDWAN
22212276**



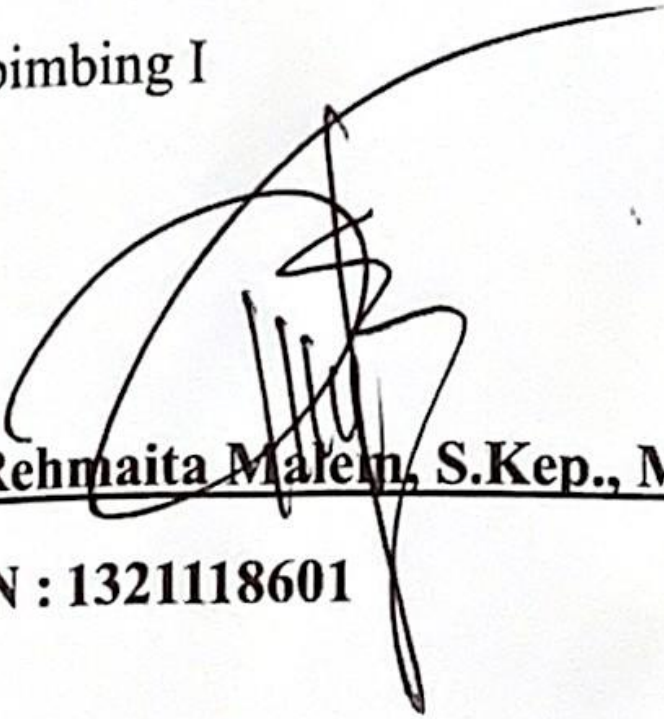
**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS SAINS TEKNOLOGI DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BINA BANGSA GETSAMPENA
BANDA ACEH
2024**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

HUBUNGAN KUALITAS TIDUR DENGAN KINERJA PERAWAT DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN DI RUANG KELAS I RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA KOTA BANDA ACEH

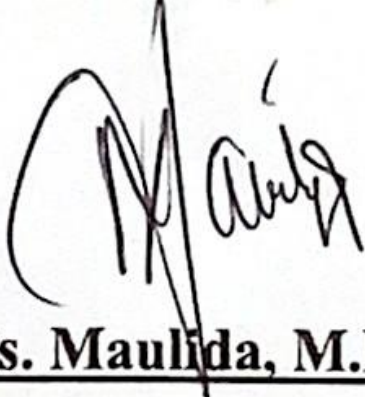
Proposal Skripsi ini Telah Disetujui Oleh Pembimbing Untuk Diajukan Pada Ujian
Skripsi Program Sarjana Keperawatan
Banda Aceh, 26 Juni 2024

Pembimbing I


Ns. Rehmaita Malem, S.Kep., M.Kep

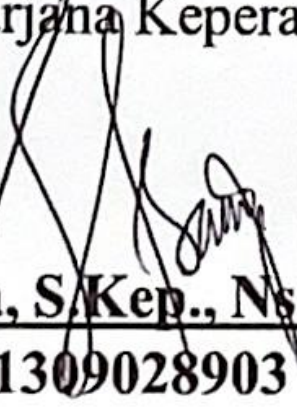
NIDN : 1321118601

Pembimbing II


Ns. Maulida, M.Kep

NIDN : 1308018102

Mengetahui,
Ketua Prodi Sarjana Keperawatan


Mahruri Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN : 1309028903

Mengetahui,
Dekan Fakultas Sains Teknologi dan Ilmu Kesehatan
Universitaas Bina Bangsa Getsempena


Uly Muzakir, MT

NIDN : 0127027902

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan
Tim Penguji Skripsi Disidangkan Dihadapan Tim Program Studi Sarjana
Keperawatan Fakultas Teknologi dan Ilmu Kesehatan
Universitas Bina Bangsa Getsempena

Banda Aceh, 12 Juli 2024

Pembimbing I : Ns. Rehmaita Malem, S.Kep., M.Kep

NIDN : 1321118601

Pembimbing II : Ns. Maulida, M.Kep

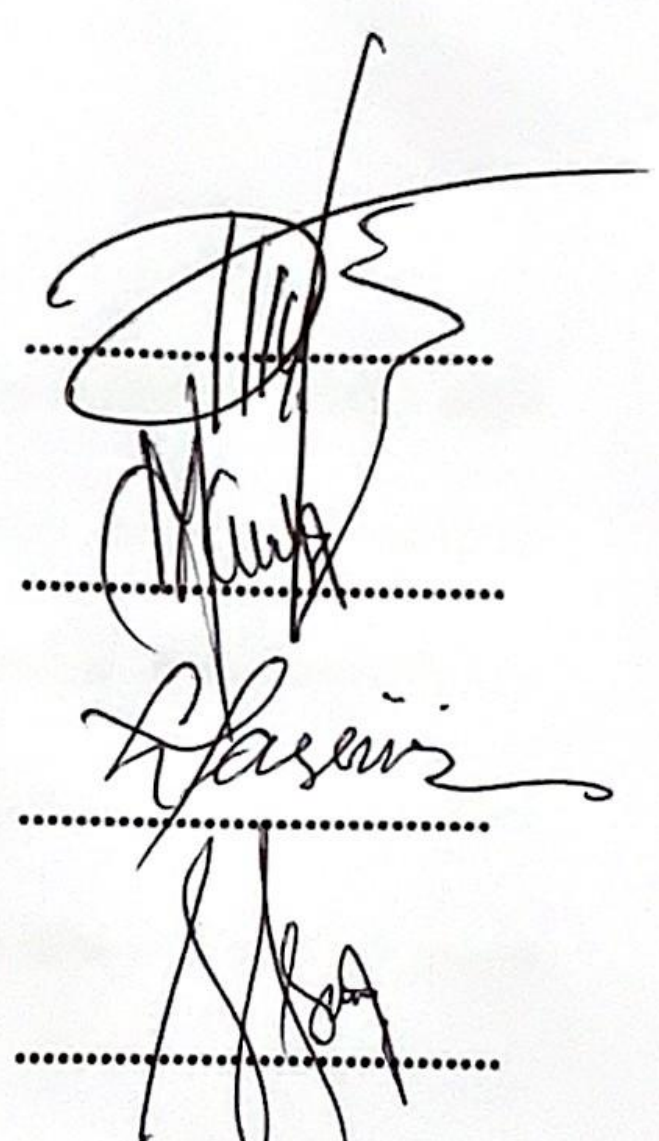
NIDN : 1308018102

Penguji I : Dr. Hj. Lili Kasmini, S.Si., M.Si

NIDN : 0117126801

Penguji II : Mahruri Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN : 1309028903



Mengetahui,
Ketua Prodi Sarjana Keperawatan

Mahruri Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN : 1309028903

Mengetahui,
Dekan Fakultas Sains Teknologi dan Ilmu Kesehatan
Universitaas Bina Bangsa Getsempena

Uly Muzaki, MT

NIDN : 0127027902



PERNYATAAN KEASLIAN

Saya beridentitas dibawah ini :

Nama : Asiah Ridwan

NIM 22212276

Program Studi : Prodi Sarjana Keperawatan

Menyatakan bahwa hasil penelitian atau skripsi ini benar-benar karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah. Apabila skripsi ini terbukti plagiasi atau jiplakan, saya siap menerima sanksi akademis dari prodi atau Dekan Fakultas Sains Teknologi dan Ilmu Kesehatan.

Banda Aceh,

Yang membuat pernyataan,

ASIAH RIDWAN

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis sampaikan kehadiran Allah SWT, dan mengharapkan ridho yang telah melimpahkan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Kualitas Tidur dengan Kinerja Perawat dalam Memberikan Pelayanan di Ruang Kelas I Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh”. Skripsi disusun sebagai salah satu persyaratan meraih gelar Sarjana Pendidikan pada Program Studi Keperawatan Fakultas Sains Teknologi dan Ilmu Kesehatan. Shalawat dan salam dihantarkan kepada junjungan Nabi Muhammad SAW. Mudah-mudahan kita semua mendapatkan safaat-Nya di Yaumul akhir nanti, Amin.

Penulis tentu banyak mengalami hambatan sehingga tidak terlepas bantuan dan bimbingan berbagai pihak dalam menyelesaikan skripsi ini. tetapi berkat bantuan, bimbingan serta arahan dari berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini tepat pada waktunya. Untuk itu penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan kepada Ibu Ns. Rehmaita Malem, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing yang telah memberi arahan dan saran beserta bimbingan selama proses penyusunan skripsi ini. Selain itu penulis turut menyampaikan terima kasih kepada:

1. Orang tua saya tercinta yaitu Ibunda Kurniawati S.Pd dan Ayahanda Ir. Ridwan MD (alm), serta ayah sambung saya Faisal M.Dahlan S.Pd
2. Uly Muzakir, MT selaku Dekan Fakultas Sains Teknologi dan Ilmu Kesehatan yang telah memberikan kesempatan serta arahan selama pendidikan, penelitian

dan penulisan skripsi ini

3. Mahruri Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep selaku ketua Prodi Sarjana Keperawatan Fakultas Sains Teknologi dan Ilmu Kesehatan yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penulisan skripsi ini
4. Bapak dan ibu dosen Universitas Bina Bangsa Getsempena yang telah banyak memberikan bimbingan dan ilmu kepada penulis selama menempuh pendidikan
5. dr. Riza Mulyadi, Sp.An.FIPM selaku Direktur RSUD Meuraxa yang telah memberi izin penelitian dan kebijaksanaan yang diberikan kepada penulis
6. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu

Penulis menyadari akan segala keterbatasan dan kekurangan dari isi maupun tulisan ini. Oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak masih dapat diterima dengan senang hati. Semoga hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat dan kontribusi bagi pengembangan pembelajaran Ilmu Keperawatan di masa depan.

Banda Aceh,
Penyusun,

ASIAH RIDWAN

LEMBAR PERSEMBAHAN

*Pelajarilah ilmu pengetahuan sesungguhnya ilmu pengetahuan
Adalah tanda takut kepada Allah, menuntutnya adalah ibadah, mengingatnya
adalah tasbih, membahasnya adalah jihad, mengajarkannya kepada orang
yang tidak mengetahui adalah sadaqah dan menebarkannya
adalah pengorbanan (HR, Turmudzi)*

Alhamdulillah.....

*Hari ini telah engkau izinkan aku merengkuh keberhasilanku
Menggapai cita merajut impian
Kupersembahkan kepada orang-orang yang kucintai*

Ayah.....

*Wajahmu adalah langit senjaku, suaramu menggema mengisi hariku
Tetesan keringatmu membuatku berhasil arungi hidup ini
Tiada kebahagiaan bagiku selain kebahagiaanmu Ayah*

Bunda.....

*Kasihmu, ketabahanku, pengorbananmu, serta cintamu
Memberikan keteduhan bagi jiwaku, kesabaranmu dalam menuntunku
Mengantarkanku menggapai cita, terima kasihku untukmu bunda*

*Tiada kasih sayang kuberikan dan tiada cinta yang dapat diucapkan
Maka dengan memohon keridhaan dari Allah SWT, dengan hati tulus serta
Ikhlas kupersembahkan terima kasihku yang tak terhingga ke pangkuan
Yang mulia Ayahanda dan Ibunda tercinta serta
Suamiku kasihmu selalu menyertai dengan cintamu dan selalu hidup dalam hatiku*

*Ucapan terima kasih juga kupersembahkan
Kepada Bapak Mahruri Saputra, S.Kep, Ns., M.Kep
Atas bimbingannya Dalam menyelesaikan skripsi ini.
Serta Yang telah banyak memberikan saran demi Kesempurnaan karyaku ini.*

*Serta Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Sains Teknologi Dan Ilmu Kesehatan angkatan 2022 yang telah memberikan
Dorongan dan masukan bagi kesempurnaan karya tulis ini,
Serta yang telah banyak membantu dalam meniti
Kehidupan kampus yang singkat ini*

*Masih panjang jalan yang harus kutempuh
Masih banyak tantangan yang akan kuhadapi,
Semoga Allah memberkati langkahku.
Dan Memberikan ridho dan rahmatnya
.Amin*

**HUBUNGAN KUALITAS TIDUR DENGAN KINERJA PERAWAT
DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN DI RUANG KELAS I
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA
KOTA BANDA ACEH**

Asiah Ridwan
E-mail: asiahridwan@gmail.com

ABSTRAK

Kualitas tidur merupakan perasaan kepuasan seseorang terhadap tidur. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara kualitas tidur dan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan di Ruang Kelas I Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh. Desain penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Sampel penelitian terdiri dari 71 perawat yang bekerja di ruang kelas I Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa, di mana data dikumpulkan melalui kuesioner Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) untuk menilai kualitas tidur dan kuesioner kinerja perawat. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki kualitas tidur yang buruk (62%) dan kinerja perawat yang baik (50,7%). Namun, hasil analisis bivariat menggunakan uji chi-square menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kualitas tidur dan kinerja perawat ($p\text{-value} > 0,05$). Kesimpulan dari penelitian ini adalah tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kualitas tidur dan kinerja perawat di Ruang Kelas I RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh. Penelitian ini memberikan rekomendasi agar dilakukan penelitian lebih lanjut dengan mempertimbangkan faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kinerja perawat.

Kata Kunci: Kualitas Tidur, Kinerja Perawat, Pelayanan Kesehatan.

**THE RELATIONSHIP BETWEEN SLEEP QUALITY AND NURSE
PERFORMANCE IN PROVIDING SERVICES IN CLASS I
WARDS AT MEURAXA REGIONAL GENERAL
HOSPITAL BANDA ACEH CITY**

Asiah Ridwan

E-mail: asiahridwan@gmail.com

ABSTRACT

Sleep quality is an individual's satisfaction with their sleep. This study aims to analyze the relationship between sleep quality and nurse performance in providing services in the Class I wards at Meuraxa Regional General Hospital, Banda Aceh City. This quantitative study used a cross-sectional approach. The study sample consisted of 71 nurses working in the Class I wards at Meuraxa Regional General Hospital, where data were collected through the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaire to assess sleep quality and a nurse performance questionnaire. Univariate analysis results showed that most nurses had poor sleep quality (62%) and good performance (50.7%). However, bivariate analysis using the chi-square test indicated no significant relationship between sleep quality and nurse performance ($p\text{-value} > 0.05$). The conclusion of this study is that there is no significant relationship between sleep quality and nurse performance in the Class I wards at Meuraxa Regional General Hospital, Banda Aceh City. The study recommends further research considering other factors that may affect nurse performance.

Keywords: Sleep Quality, Nurse Performance, Healthcare Services

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PEGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSEMBAHAN.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Kajian Teori.....	7
2.1.1 Konsep Tidur.....	7
2.1.2 Konsep Perawat.....	16
2.2 Kerangka Konsep.....	28
2.3 Hipotesis Penelitian.....	29
BAB III METODE PENELITIAN.....	30
3.1 Desain Penelitian.....	30
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	30
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	30
3.4 Definisi Operasional.....	32
3.5 Instrumen Penelitian.....	32
3.6 Validitas dan Reabilitas.....	34
3.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	34
3.8 Pengolahan dan Analisa Data.....	35
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	39
4.1. Hasil Penelitian.....	39
4.2. Pembahasan.....	45
4.3. Keterbatasan Peneliti.....	49

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	50
5.1. Kesimpulan.....	50
5.2. Saran	50
 DAFTAR PUSTAKA	 52

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	32
Tabel 4.1 Data demografi partisipan	39
Tabel 4.2 Komponen Kualitas Tidur	40
Tabel 4.3 Distribusi Kualitas Tidur	41
Tabel 4.4 Frekuensi Kualitas Tidur berdasarkan Karakteristik Responden.....	41
Tabel 4.5 Sub Variabel Kinerja Perawat	42
Tabel 4.6 Kinerja Perawat	43
Tabel 4.7 Frekuensi Kinerja Perawat berdasarkan Karakteristik Responden.....	43
Tabel 4.8 Cross tabulasi Analisa Bivariat.....	44

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori	27
Skema 2.1 Kerangka Konsep	29

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Penelitian Kualitas Tidur (PSQI)
- Lampiran 2 Form Observasi Kinerja Perawat
- Lampiran 3 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian
- Lampiran 5 Master Tabel
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian Institusi
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian Tempat Penelitian
- Lampiran 8 Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 9 Dokumentasi
- Lampiran 10 Biodata Peneliti

BAB I

PENDAULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam sebuah rumah sakit terdapat berbagai profesi atau tenaga kesehatan yang bekerja sesuai dengan bidangnya masing-masing, salah satunya adalah perawat. Menurut Kementerian Kesehatan (2019), berdasarkan peraturan Undang-undang nomor 38 Tahun 2014 tentang kepetawatan menyebutkan perawat adalah seorang yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan karena telah selesai dalam pendidikan tinggi keperawatan. Praktik Keperawatan adalah pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Mifahul H. 2022).

Menurut Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (BPPSDMK) jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) pada tahun 2020 di Indonesia adalah 1.463.452 orang yang terdiri dari 1.072.679 tenaga kesehatan dan proporsi tenaga kesehatan yang paling banyak di Indonesia yaitu tenaga keperawatan sebanyak 40,85% dari total tenaga kesehatan (Primadi, 2021). Jumlah tenaga keperawatan di provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2020 berada di urutan ke-6 dari yang terbanyak yaitu 19.566 (Kemenkes, 2020). Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) rasio perawat terhadap penduduk per 100.000 penduduk tahun 2018 di Sulawesi Selatan adalah 1:156 (BPS, 2018). Jumlah perawat yang dilaporkan di provinsi Aceh pada tahun 2022 berjumlah 18.989 orang, dengan rasio sebesar 343 per 100.000 penduduk. (Hanif. 2023).

Kinerja perawat yang optimal akan menghasilkan kualitas perawatan dan keselamatan klien yang terjamin (Manalu et al., 2021). Kinerja seorang perawat sangat penting bagi klien karena perawat merupakan profesi kesehatan yang mempunyai waktu paling lama mendampingi klien (Jufrizen, 2017). Selain itu kinerja perawat berperan penting dalam penentuan mutu pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit sehingga perlu untuk mengetahui kinerja seorang perawat (Aprilia, 2017).

Berdasarkan penelitian di rumah sakit Bhayangkara Palembang sebanyak 75% perawat (30 orang) memiliki kinerja kurang baik (Wisuda & Putri, 2019). Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Gurning et al. (2021) didapatkan hasil 61 perawat (53,5%) di Rumah Sakit Umum Bina Kasih Medan memiliki kinerja rendah. Sementara itu penelitian yang dilakukan di rumah sakit Islam Faisal Makassar terdapat 45 perawat (59,2%) yang memiliki kinerja kurang baik dan selebihnya memiliki kinerja yang baik (40,8%) (Malawat et al., 2019). Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa kinerja perawat di Indonesia belum sepenuhnya baik.

Rumah sakit beroperasi setiap hari dan perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling lama memberikan pelayanan kepada klien (Triwijayanti et al., 2020). Menurut Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) (2018) dalam mencapai hidup yang sehat dibutuhkan tidur 7-8 jam setiap hari untuk kelompok usia 18-40 tahun. Hampir semua rumah sakit di Indonesia menggunakan tiga *shift* untuk jam kerja perawat yaitu *shift* pagi, sore dan malam (Handiyani et al., 2018).

Karena adanya pola kerja *shift* maka terjadi perubahan pada pola tidur perawat terutama perawat yang *shift* malam. Ini dikarenakan pola tidur yang terganggu menyebabkan gangguan pada irama sirkadian sehingga dapat menyebabkan penurunan kualitas tidur perawat (Safitrie & Ardani, 2017).

Dalam penelitian Dong et al. (2020) yang dilakukan di Shadong, Cina sebanyak 61,4% perawat mengalami kualitas tidur buruk. Sampai sekarang di Indonesia juga masih terdapat perawat yang memiliki kualitas tidur yang buruk. Hal ini sejalan dengan yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD), Intensive Care Unit (ICU), dan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bitung dan Rumah Sakit Budi Mulia Bitung sebanyak 69,7% perawat yang mengalami kualitas tidur buruk (Dimkatni et al. 2020). Kemudian penelitian Agustina (2022), didapatkan hasil sebagian besar perawat mengalami kualitas tidur buruk yaitu sebanyak 63,3%. Sementara itu penelitian yang dilakukan di Sulawesi Selatan mendapatkan hasil 20,7% mengalami kualitas tidur buruk dan 79,3% mengalami kualitas tidur yang baik (Bahri. 2021).

Kualitas tidur perawat merupakan suatu hal yang penting untuk diketahui sebab kualitas tidur yang buruk dapat merusak kinerja perawat dan mengancam keselamatan klien (Park et al., 2018). Selain itu pentingnya mengetahui kualitas tidur perawat adalah karena dapat berpengaruh terhadap kegiatan sehari-hari perawat termasuk dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Hal ini sejalan dengan penelitian Yulanda et al. (2021) yang mengatakan bahwa kualitas tidur bisa mengubah sikap *caring* perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit daerah Idaman Kota Banjarbaru. Kemudian penelitian yang

dilakukan oleh Park et al. (2018) mengenai hubungan antara kualitas tidur dan produktivitas perawat di antara perawat klinis Korea disimpulkan bahwa perawat yang mempunyai kualitas tidur buruk dapat menurunkan produktivitas perawat.

Belum ada penelitian sebelumnya yang meneliti mengenai hubungan kualitas tidur perawat ruangan dengan tingkat kepuasan pasien dalam memberikan pelayanan di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh. Dengan penelitian ini akan di ketahui kualitas tidur dan tingkat kepuasan pasien serta hubungan keduanya di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh sehingga pihak manajemen rumah sakit dapat memberikan solusi terkait masalah tersebut. Berdasarkan situasi dan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Kualitas Tidur dengan Kinerja Perawat dalam Memberikan Pelayanan di Ruang Kelas I Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka yang menjadi rumusan masalah pada penelitian ini adalah: Untuk Mengetahui Hubungan Kualitas Tidur dengan Kinerja Perawat dalam Memberikan Pelayanan di Ruang Kelas I Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Hubungan Kualitas Tidur dengan Kinerja Perawat dalam Memberikan Pelayanan di Ruang Kelas I Rumah Sakit

Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dilakukan penelitian ini adalah:

1.4.1 Bagi Tempat Penelitian

Sebagai masukan atau penambah wawasan yang nantinya dapat dilakukan tindakan selanjutnya dan seterusnya.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan Universitas Bina Bangsa Getsampena

Sebagai masukan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan keperawatan di Indonesia khususnya dapat senantiasa berkembang dan meningkatkan pemahaman tentang pentingnya kualitas tidur dengan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan.

1.4.3 Bagi Responden

Dapat menambah pengetahuan dan merasa nyaman dalam memberikan pelayanan.

1.4.4 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan menjadi bahan bacaan atau bahan referensi oleh peneliti selanjutnya yang berhubungan dengan kualitas tidur dan kinerja perawat.

1.4.5 Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini berguna sebagai pengembangan dasar dalam aplikasi ilmu keperawatan khususnya ilmu keperawatan yang dapat dipergunakan seperlunya dan dapat dijadikan sebagai acuan untuk

penelitian lanjutan, khususnya mengenai Hubungan Kualitas Tidur dengan Kinerja Perawat dalam Memberikan Pelayanan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Teori

2.1.1 Konsep Tidur

1. Definisi Tidur

Tidur berasal dari bahasa latin “*somnus*” yang artinya mengalami periode pemulihan, keadaan fisiologi dari istirahat untuk tubuh dan pikiran (Rohayati, 2019). Tidur adalah suatu keadaan tidak sadarkan diri serta keadaan seseorang merasa penuh ketenangan tanpa kegiatan yang berulang dengan urutan siklus yang berulang dan ditandai dengan minim aktivitas memiliki tingkat kesadaran yang bervariasi, adanya proses fisiologis yang berubah, dan terjadinya respons terhadap rangsangan dari luar (Hidayat & Uliyah, 2015).

Pada hierarki kebutuhan Maslow, DeLaune dan Ladner kebutuhan seorang manusia yaitu kebutuhan fisiologis dimana didalamnya terdapat tidur dan istirahat. Walaupun pada saat seseorang kekurangan tidur tidak langsung mengancam jiwa namun jika kekurangan tidur terus berlanjut maka dapat mengakibatkan berbagai macam gangguan atau kondisi yang lebih buruk (Patrisia et al., 2020). Pada tubuh manusia bagian dalam mesensefalon dan bagian atas pons terdapat *Reticular Activating System* (RAS) yang fungsinya untuk mengatur aktivitas tidur

dimana adanya hubungan mekanisme serebral yang secara bergantian untuk mengaktifkan dan menekan pusat otak untuk dapat tidur dan bangun. Selain itu RAS juga dapat memberikan rangsangan visual, pendengaran, nyeri, perabaan serta menerima stimulus dari korteks serebri yaitu rangsangan emosi dan proses pikir. Adanya pelepasan serum serotonin dari sel-sel khusus yang berada di pons dan batang otak tengah yaitu *Bulbar Synchronizing regional* (BSR) pada saat tidur dan pada saat bangun tergantung dari keseimbangan impuls yang diterima dipusat otak dan sistem limbik. Sehingga pada saat tidur RAS dan BSR yang mengatur siklus ataupun perubahan dalam tidur (Hidayat & Uliyah, 2015).

2. Fungsi Tidur

Fungsi dari tidur sampai sekarang belum diketahui jelasnya tetapi diyakini bahwa tidur dapat digunakan untuk menjaga keseimbangan mental, emosional dan kesehatan, dapat mengurangi stress pada pulmonary, kardiovaskular, endokrin dan lainnya. Pada saat tidur energi tersimpan sehingga energi diarahkan kembali pada fungsi seluler yang penting (Hidayat & Uliyah, 2015).

Selain itu fungsi lain yang dirasakan pada saat tidur adalah relaksasi otot sehingga laju metabolik basal akan menurun kemudian tubuh dapat menyimpan lebih banyak energi saat tidur. Energi tersebut dapat digunakan kembali oleh tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Psikologis manusia juga dapat

dipengaruhi oleh tidur (Handiyani et al., 2018).

3. Pola Tidur

a. *Non Rapid Eye Movement (NREM)*

Tidur NREM biasa juga disebut dengan tidur gelombang lambat karena gelombang otaknya sangat lambat dan jenis tidur ini disebabkan oleh menurunnya kegiatan di dalam sistem pengaktivasi reticularis (Hidayat & Uliyah, 2015). Tahapan tidur NREM:

- 1) Tahap I: tahap I merupakan tahap transisi diantara bangun dan tidur yang ditandai dengan relaks, merasa segar dengan lingkungan, merasa mengatuk, bola mata dapat bergerak dari samping ke samping, frekuensi nadi dan napas sedikit menurun, dapat bangun segera selama tahap ini berlangsung selama 5 menit.

Pada tahap ini seseorang sangat sensitif terbangun oleh stimulus sensori seperti suara dan ketika terbangun seseorang tersebut merasa seperti telah melamun (Rohayati, 2019).

- 2) Tahap II: tahap II merupakan tahap tidur ringan dan proses tubuh terus menurun yang ditandai dengan denyut jantung dan frekuensi napas serta suhu tubuh menurun, mata biasanya menetap, metabolisme menurun, berlangsung pendek dan berakhir 10-15 menit. Pada tahap ini juga

terjadi kemajuan relaksasi dan masih relatif untuk bangun.

- 3) Tahap III: merupakan tahap awal tidur yang dalam yang ditandai dengan denyut nadi dan frekuensi napas serta proses tubuh lainnya cenderung melambat, disebabkan adanya dominasi sistem saraf parasimpatis. Seseorang yang sudah mencapai tahap ini sulit untuk dibangunkan dan jarang bergerak.
- 4) Tahap IV: tahap tidur yang paling dalam. Tidur ini ditandai dengan kecepatan jantung dan pernapasan menurun, jarang bergerak dan sulit untuk dibangunkan, sekresi lambung menurun, dan tonus otot menurun. Pada tahap ini tidur sambil berjalan dan enuresis dapat terjadi.

Fungsi dari tidur non-REM adalah berperan untuk mempengaruhi proses *anabolic* dan sintesis *makromolekul* RNA (Thahadi, 2021).

b. *Rapid Eye Movement* (REM)

Tidur REM biasanya juga disebut tidur paradox, tidur ini disebabkan oleh penyaluran abnormal dari isyarat-isyarat dalam otak meskipun kegiatan otak mungkin tidak tertekan secara berarti. Tidur REM berlangsung pada tidur malam yang terjadi selama 5-20 menit, rata-rata timbul 90 menit, dimana periode pertama terjadi 80-100 menit, akan tetapi apabila kondisi orang sangat lelah maka awal tidur sangat cepat bahkan

jenis tidur REM hampir tidak ada. Ciri-ciri dari tidur paradoks yaitu biasanya disertai mimpi aktif, lebih sulit dibangunkan daripada selama tidur NREM, tonus otot selama tidur nyenyak sangat tertekan yang menunjukkan inhibisi kuat proyeksi spinal atas sistem pengaktivasi retikularis, frekuensi napas dan jantung menjadi tidak teratur, mata cepat tertutup dan terbuka, nadi cepat dan irregular serta tekanan darah meningkat atau berfluktuasi sekresi gaster meningkat dan metabolisme meningkat, (Hidayat & Uliyah, 2015). Pada tidur REM seseorang mengalami mimpi penuh warna dan tampak hidup serta sulit dibangunkan (Rohayati, 2019).

Fungsi pada tahap tidur REM adalah perbaikan kembali sel-sel organ tubuh yang telah rusak serta pemulihan kondisi tubuh yang lelah. Selain itu tidur REM juga berfungsi untuk mempengaruhi pembentukan koneksi-koneksi baru pada korteks dan sistem *neuroindokrin* menuju otak sehingga terjadi pemulihan mental untuk lebih siap belajar dan peningkatan adaptasi psikologis dan ingatan yang lebih baik (Thahadi, 2021).

Salah satu kelompok pekerja yang mengalami kekurangan tidur malam adalah kelompok tenaga kesehatan karena bekerja dalam *shift*. Sebanyak 10% tenaga kesehatan yang bekerja *shift* mengalami masalah tidur. Masalah tersebut

diantaranya insomnisa, mudah mengantuk dan kesusahan untuk tetap terjaga di tempat kerja (Handiyani et al., 2018).

4. Kualitas Tidur

Kualitas Tidur adalah suatu keadaan seseorang mempertahankan tidur hingga merasakan rileks keesokan harinya (Septadina et al., 2021). Kualitas tidur adalah kepuasan seseorang terhadap tidur sehingga seseorang tersebut tidak memperlihatkan perasaan lelah, mudah tersinggung dan gelisah, lesu dan apatis. Kualitas tidur di katakan baik apabila seseorang tersebut tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan tidur (Vina. W.A at al, 2020). Kualitas tidur merupakan fenomena kompleks serta melibatkan domain diantaranya kualitas tidur subjektif, *sleep* latensi, durasi tidur, gangguan tidur, efesiensi kebiasaan tidur, penggunaan obat tidur, dan disfungsi tidur pada siang hari. Penurunan kualitas tidur dapat terjadi apabila salah satu dari domain tersebut terganggu (Indrawati, 2012).

Setiap individu mempunyai kebutuhan tidur yang berbeda-beda. Menurut Hidayat & Uliyah (2015) kebutuhan tidur manusia dibedakan berdasarkan usianya. Pada usia 18-40 tahun jumlah kebutuhan tidur yaitu 7-8 jam/hari dan pada usia 40-60 tahun jumlah kebutuhan tidurnya adalah 7 jam.

5. Faktor yang Mempengaruhi Tidur

a. Penyakit

Pada individu yang sedang sakit membutuhkan durasi tidur yang lebih lama dari normal. Namun sebagian pasien seperti pasien dengan gangguan pernafasan (asma, bronchitis), penyakit kardiovaskuler dan penyakit persarafan mengalami kesulitan tidur.

b. Lingkungan

Lingkungan yang gaduh dapat menghambat tidur, sebaliknya lingkungan yang tenang dan nyaman dapat membuat tidur lebih nyenyak.

c. Motivasi

Motivasi dapat mempengaruhi tidur dan dapat menimbulkan keinginan untuk tetap terbangun dan waspada menahan kantuk.

d. Kelelahan

Kelelahan dapat memperpendek periode pertama dari tahap REM.

e. Kecemasan

Individu yang mengalami ansietas dapat meningkatkan saraf simpatis sehingga mengganggu tidurnya.

f. Alkohol

Alkohol menekan REM secara normal, seseorang

tahan minum alkohol dapat mengakibatkan insomnia dan lekas marah.

g. Obat-obatan

Beberapa jenis obat yang dapat menimbulkan gangguan tidur antara lain:

- Diuretik: menyebabkan nokturia
- Anti depresan: menekan REM, menurunkan total waktu REM
- Kafein: meningkatkan saraf simpatis/mencegah orang lain tidur
- Beta bloker: menimbulkan insomnia, mimpi buruk
- Narkotika: menyuspensi REM, meningkatkan kantuk siang hari (Indryani et al., 2021).

Menurut Hidayat & Uliyah (2015) faktor-faktor yang mempengaruhi tidur yaitu penyakit, latihan, kelelahan, stress, obat-obatan, nutrisi, lingkungan, motivasi dan lain sebagainya.

6. Masalah Kebutuhan Tidur

a. Insomnia, adalah suatu keadaan tidur yang hanya sebentar atau susah untuk tidur sehingga terjadi ketidakmampuan pada kualitas dan kuantitas tidur yang adekuat. Ada tiga insomnia yaitu:

- Initial insomnia adalah suatu keadaan seseorang tidak mampu untuk mengawali tidur.

- Intermitten insomnia adalah ketidakmampuan seseorang untuk tetap tidur disebabkan selalu terbangun pada malam hari.
 - Terminal insomnia yaitu suatu keadaan dimana seseorang tidak mampu untuk tidur kembali setelah bangun tidur pada malam.
- b. *Hypersomnia*, merupakan salah satu gangguan tidur karena tidur yang berlebihan yaitu pada umumnya lebih dari 9 jam pada malam hari.
 - c. *Parasomnia*, merupakan kumpulan dari beberapa penyakit yang dapat mengganggu tidur, seperti somnambulisme (berjalan-jalan dalam tidur), biasanya banyak terjadi pada anak-anak dalam tahap III dan IV dari tidur NREM.
 - d. *Enuresis*, merupakan buang air kecil yang tidak disengaja pada waktu tidur, enuresis terbagi menjadi dua yaitu enuresis nokturnal (mengompol diwaktu tidur) dan enuresis diurnal (mengompol diwaktu bangun tidur).
 - e. Tidur apnea, merupakan keadaan dimana terjadinya penghentian napas disaat tidur.
 - f. *Narcolepsi*, merupakan suatu keadaan dimana seseorang tidak dapat mengendalikan untuk tidur, seperti orang yang tidur dalam keadaan berdiri atau tertidur pada saat mengemudikan kendaraan, dan lainnya (Hidayat & Uliyah, 2015).

2.1.2 Konsep Perawat

1. Definisi Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan studi atau pendidikan perawat dan mempunyai kemampuan serta kewenangan dalam melakukan tindakan dan memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan profesional untuk individu sehat maupun sakit (Maria et al., 2019). Dalam peraturan pelaksanaan Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang keperawatan menyebutkan perawat adalah seseorang yang diakui oleh pemerintah yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan karena telah selesai dalam pendidikan tinggi Keperawatan. Praktik Keperawatan adalah pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Kemenkes, 2019). Pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan dari perawat dalam bentuk pelayanan profesional kepada individu, kelompok, atau masyarakat dalam keadaan sehat ataupun sakit yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan (Primadi, 2021).

2. Tugas Perawat

- a. *Care giver*: perawat harus memperhatikan kebutuhan dari klien dengan menggunakan *nursing proses* sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan diagnosa masalah yang terjadi.
- b. *Client advocate*: perawat bertanggung jawab dalam

memberikan penjelasan kepada klien dan/atau keluarga klien mengenai informasi yang diperlukan untuk persetujuan (*inform concent*) atas tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada klien. Serta perawat harus mempertahankan dan melindungi hak-hak klien.

- c. *Conselor*: perawat memberikan konseling kepada klien maupun keluarga klien dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu.
- d. *Educator*: perawat memberikan penjelasan sehingga diharapkan klien ataupun keluarga klien mempunyai pengetahuan yang lebih luas baik mengenai kesehatan penyakit, dan sebagainya.
- e. *Coordinator*: perawat mengarahkan dan merencanakan pelayanan dari semua anggota tim kesehatan. Misalnya tindakan pemenuhan nutrisi pada klien, disini perawat harus menjelaskan mengenai jenisnya, jumlahnya, cara memberikan, monitoring, motivasi, dan sebagainya.
- f. *Collaborator*: perawat bersama klien, keluarga klien dan tim kesehatan lainnya sama-sama mempunyai tujuan untuk menentukan pelayanan kesehatan yang diperlukan.
- g. *Consultan*: pada peran ini secara tidak langsung berkaitan dengan permintaan klien terhadap informasi terhadap tujuan atau tindakan keperawatan yang diberikan. Oleh karena itu

perawat harus mengetahui kondisi spesifik klien agar dapat memberikan informasi yang tepat.

- h. *Change agen*: perawat melakukan perencanaan dan kerja sama dengan klien dan bagaimana cara pemberian keperawatan kepada klien (Maria et al., 2019).

3. Peran Perawat

- a. Pelaksana: perawat bertugas dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan keperawatan secara menyeluruh kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat. Dalam hal ini perawat memberikan asuhan keperawatan yang professional, serta menerapkan ilmu, prinsip, konsep dan menguji kebenarannya pada saat implementasi tindakan.
- b. Pengelola: perawat harus dapat mengatur, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan yang diberikan kepada klien.
- c. Pendidik: perawat berperan untuk memberikan pengajaran atau informasi keperawatan kepada klien, keluarga, maupun ke tenaga kesehatan lainnya.
- d. Peneliti: perawat dituntut untuk memiliki kreativitas, inisiatif, mengikuti perkembangan zaman yang terjadi agar dapat menjadi inovator dalam ilmu keperawatan (Maria et al., 2019).

2.1.3 Konsep Kinerja

1. Definisi Kinerja

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) kinerja adalah sesuatu yang dicapai, prestasi yang diperlihatkan dan kemampuan kerja (tentang peralatan). Kinerja atau sering juga disebut dengan *performance* merupakan target atau hasil yang harus dicapai (Chairina, 2019). Kinerja adalah upaya individu atau kelompok untuk mencapai hasil yang diharapkan dengan melakukan suatu kegiatan disertai rasa tanggung jawab (Bessie et al., 2021).

Kinerja perawat adalah penerapan ilmu pengetahuan yang telah didapatkan selama mengikuti pendidikan guna memberikan pelayanan serta memiliki tanggung jawab kepada pasien sesuai dengan tugas, fungsi dan kompetensi yang dimiliki (Hasibuan & Sinurat, 2020).

2. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah proses menilai hasil kerja yang telah dicapai dengan menggunakan instrumen ataupun penilaian kinerja (Budiana et al., 2021). Penilaian kinerja dilakukan untuk memberikan petunjuk agar perawat dapat memberikan pelayanan yang berkualitas sehingga mutu pelayanan kesehatan juga ikut serta meningkat selanjutnya manfaat dari adanya penilaian kinerja perawat yaitu untuk memperbaiki proses kerja, prestasi kerja, peningkatan

kompensasi, dan mengevaluasi hasil kerja dengan menggunakan standar yang telah ditetapkan berdasarkan tempat kerja (Hasibuan & Sinurat, 2020). Berdasarkan Depkes RI tahun 2002 dalam Hasibuan & Sinurat (2020), prinsip-prinsip penilaian kinerja perawat dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Pelaksanaan evaluasi kerja dilaksanakan sesuai dengan standar pelaksanaan pekerjaan dan posisi bertugas dari tenaga perawat.
- b. Melakukan pengamatan tingkah laku dari sampel perawat sebaiknya dilakukan dalam rangka evaluasi pelaksanaan kerja sehari-hari.
- c. Perawat dan supervisi sebaiknya diberikan salinan dari tugas dan fungsi perawat, standar kerja yang dilaksanakan dan evaluasi yang akan dilakukan sehingga pada saat dilakukan penilaian kinerja mempunyai kerangka pemikiran yang sama.
- d. Manajer perlu menjelaskan pada saat pertemuan dan evaluasi skala serta area prioritas yang penting untuk dilaksanakan sesuai dengan standar keperawatan untuk meningkatkan pelaksanaan kerja.
- e. Pada laporan evaluasi dibuatkan dan disusun dengan baik dan teratur sesuai dengan instrumen evaluasi sehingga perawat tidak mengetahui bahwa dirinya sedang dilakukan pengamatan dan penilaian kinerjanya.

3. Standar Penilaian Kinerja Perawat

Menurut Kewuan (2017), petunjuk yang telah terstandarisasi yang dapat digunakan perawat saat implementasi untuk mengukur kualitas layanan keperawatan:

a. Perilaku

Perilaku merupakan sikap nyata menunjukkan kondisi yang harus ada sinkronisasi akibat dari respon tertentu dalam kehidupan sehari-hari yang merupakan reaksi emosi dikarenakan adanya rangsangan sosial. Reaksi tersebut dapat ditunjukkan dari gaya komunikasi perawat, partisipasi, kejujuran, tanggung jawab, sopan santun, kedisiplinan dari segi absensi, busana dan peraturan rumah sakit, kepedulian dalam memelihara seluruh sarana dan prasarana, loyal dan memiliki sifat empati kepada pasien dan keluarga.

b. Keterampilan Profesional

Keterampilan profesional adalah kemahiran perawat untuk memberi layanan pada pasien secara profesional. Penilaian keterampilan tersebut dilihat dari cara perawat melakukan pekerjaan yang sudah dilakukan dengan aspek ketelitian, tidak ada keterlambatan, disesuaikan dengan metode yang ditetapkan, menggunakan alat pelindung diri, layanan yang diberikan pada pasien disesuaikan dengan standar prosedur, memiliki keterampilan mempersiapkan peralatan, pasien dan

lingkungan kerja serta tanggap dan peduli terhadap keselamatan pasien (*patient safety*).

c. Proses Keperawatan

Unsur dari proses keperawatan adalah berfikir kritis agar implementasi dan evaluasi dilakukan secara logis. Proses keperawatan memiliki tujuan mengidentifikasi seluruh hal yang dibutuhkan klien, menetapkan prioritas, membuat tujuan serta hasil asuhan yang diharapkan, membuat perencanaan tindakan yang berpusat pada pasien kemudian melaksanakan perencanaan dan mengevaluasi hasil akhir yang diinginkan.

4. Standar Praktik Perawat

Dalam keperawatan terdapat standar instrumen penilaian kinerja perawat dalam melaksanakan tugas utamanya yaitu melaksanakan asuhan keperawatan. Standar praktik keperawatan yang telah ditentukan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada tahun 2000 (Triwijayanti et al., 2020):

a. Standar I: Pengkajian

Pada tahap pengkajian perawat mengumpulkan data mengenai status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Tujuan dari pengkajian yaitu menetapkan data dasar mengenai tingkat kesehatan klien yang digunakan untuk merumuskan masalah klien dan rencana tindakan. Pengumpulan data dilakukan dengan cara

wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang serta catatan lain. Data yang diperoleh harus dicatat dan dianalisis sesuai standar format yang ada.

b. Standar II: Diagnosa keperawatan

Perawat menganalisa data dari hasil pengkajian kemudian merumuskan diagnosa keperawatan. Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi diagnosa data, identitas masalah klien dan perumusan diagnosa keperawatan. Komponen keperawatan terdiri dari masalah (*problem*), penyebab (*Etiology*), gejala/tanda atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE).

c. Standar III: Perencanaan

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan klien. Perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan. Perawat menyusun rencana tindakan keperawatan dengan melibatkan klien atau keluarga klien.

d. Standar IV: Implementasi

Perawat melaksanakan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Perawat berkolaborasi dengan profesi kesehatan lainnya serta bekerja sama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan dengan tujuan

untuk mengatasi masalah klien.

e. Standar V: Evaluasi

Perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam mencapai tujuan dan merevisi data dasar dan perencanaan. Perawat menyusun rencana evaluasi hasil tindakan secara kompherensif, tepat waktu dan terus-menerus.

Dokumentasi adalah segala informasi tertulis atau yang dihasilkan secara elektronik mengenai klien yang berisi tentang perawatan atau layanan yang diberikan kepada klien (Rahmi, 2019). Dokumentasi keperawatan memiliki landasan atau dasar praktik yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PERIII/2008 tentang rekam medis, dijelaskan bahwa setiap pasien mendapat pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan harus memiliki catatan medis atau rekam medis (Sepang et al., 2021).

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat

a. Faktor internal

Faktor internal yang dapat mempengaruhi kinerja perawat berupa faktor yang berhubungan dengan sifat-sifat seseorang. Misalnya seseorang mempunyai kinerja yang baik karena memiliki sifat pekerja keras, sedangkan seseorang mempunyai kinerja yang kurang baik dikarenakan memiliki kemampuan rendah dan malas untuk berupaya memperbaiki kemampuannya.

b. Faktor eksternal

Faktor eksternal mencakup lingkungan dari perawat. Seperti perilaku, sikap, dan tindakan-tindakan rekan kerja, bawahan ataupun pimpinan, fasilitas kinerja dan iklim organisasi (Hasibuan & Sinurat, 2020). Menurut Sutrisno et al. (2017) beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kinerja seorang perawat diantaranya beban kerja, kepemimpinan, insentif dan kesempatan promosi.

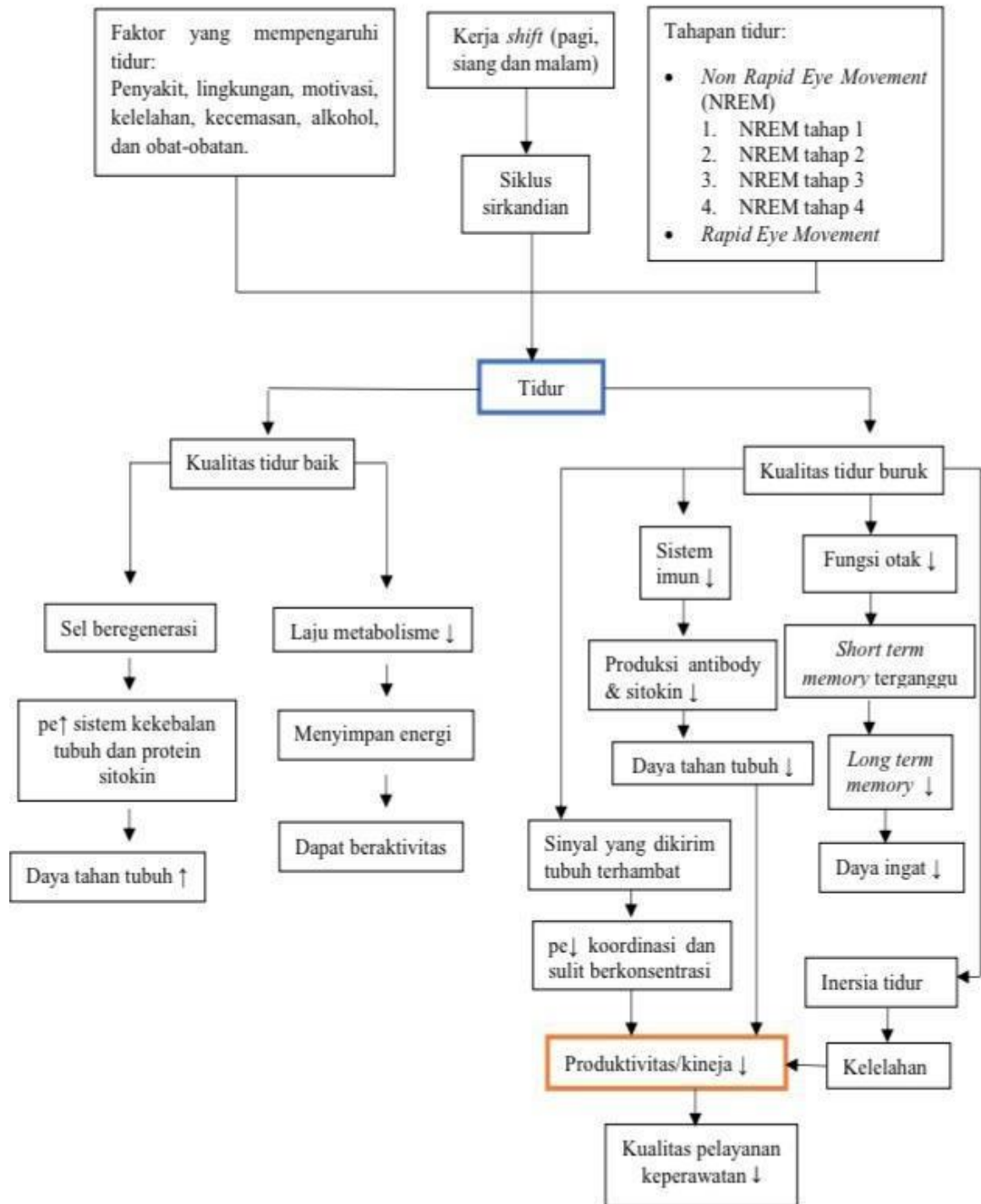
2.1.4 Hubungan Kualitas Tidur Perawat dengan Kinerja

Perawat adalah salah satu profesi di rumah sakit yang memberikan sumbangsi besar terhadap baik buruknya mutu pelayanan di rumah sakit (Simamora et al., 2019). Hal ini dikarenakan perawat merupakan profesi kesehatan yang memiliki waktu paling lama mendampingi klien di rumah sakit (Jufrizen, 2017). Pelayanan keperawatan dibutuhkan sepanjang waktu di rumah sakit oleh karena itu dalam praktik perawat memiliki pembagian kerja yang terbagi dalam tiga *shift* yaitu pagi, sore dan malam (Syakura, 2019). Perawat yang bekerja dengan *shift* malam dapat menyebabkan gangguan tidur serta dapat juga mengakibatkan *Sleep Work Disorder* (Muzakir & Fitriani, 2021).

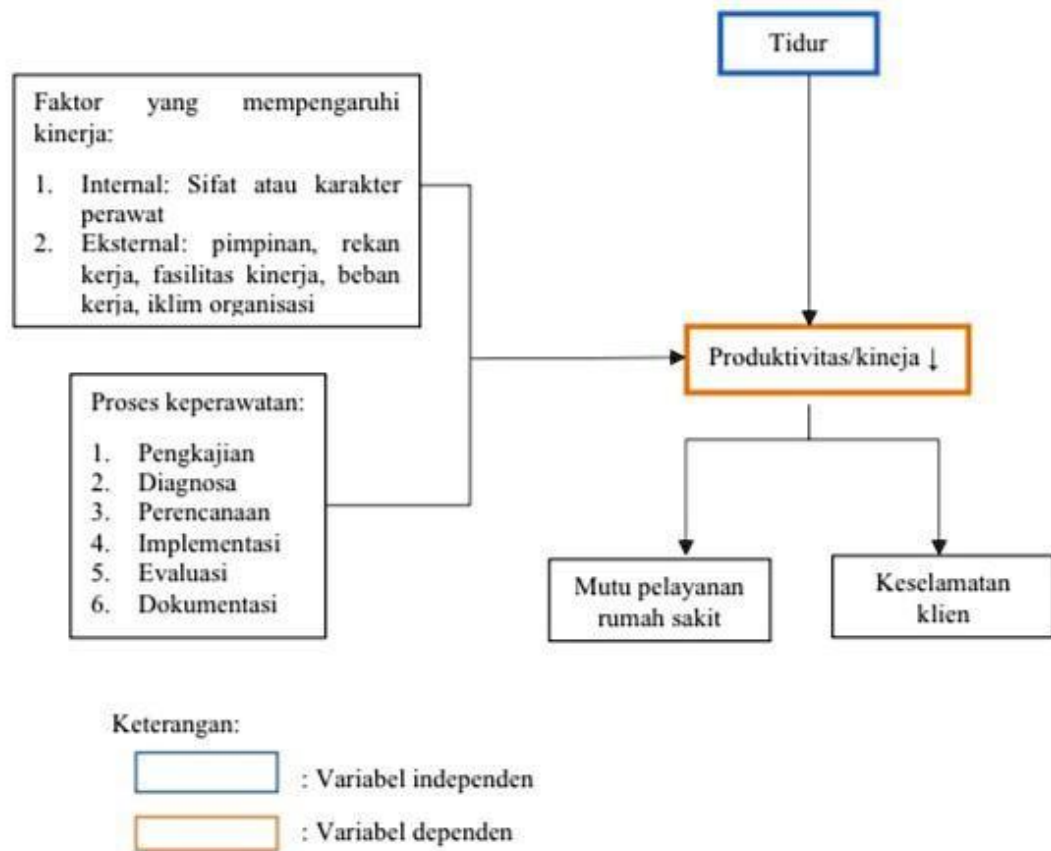
Beberapa dampak dari kesulitan tidur adalah penurunan kinerja, ingatan, kemampuan kognitif, peningkatan ansietas dan penurunan kesejahteraan (Christiana, 2021). Perawat dengan durasi tidur kurang dari jumlah rata-rata sebelum datang bekerja dapat

menurunkan kualitas pelayanan perawatan dan keselamatan pasien serta dapat mengakibatkan penurunan kinerja perawat (Stimpfel et al., 2019). Dalam penelitian didapatkan hasil terdapat hubungan kualitas tidur perawat dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit X Depok (Christiana, 2021).

Berikut merupakan kerangka teori dalam penelitian ini, sebagai berikut:



Lanjutan

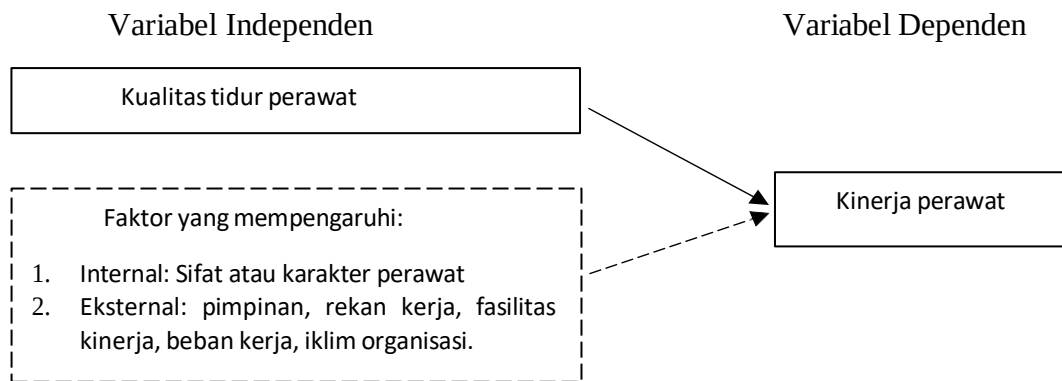


Bagan 2.1 kerangka teori

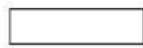
Sumber: (Indryani et al., 2021; Hasibuan & Sinurat, 2020; Aprilia, 2017; Safitrie & Ardani, 2017; Park et al. 2018; Hidayat & Uliyah, 2015).

2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah variabel-variabel penelitian berdasarkan dengan tujuan penelitian serta menunjukkan antara keterkaitan antara variabel tersebut sehingga harus didasari oleh teori-teori yang relevan dan sesuai dengan bidang penelitian tersebut (Norfai, 2021).



Bagian 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan:

: diteliti



: tidak diteliti



: diteliti



: tidak diteliti

2.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan terhadap yang dirumuskan berdasarkan teori yang relevan, yang kebenarannya masih harus diuji melalui pengumpulan dan analisa data (Candra et al., 2021). Hipotesis pada penelitian ini adalah pengaruh terdapat hubungan kualitas tidur perawat ruangan dengan kinerja di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, dengan desain analitik menggunakan pendekatan subjek penelitian yang tidak sama secara berulang dalam pengukuran data dan pengukuran di lakukan sekaligus (Muhammad R. 2021). Melalui metode ini peneliti ingin mengetahui “Hubungan Kualitas Tidur dengan Kinerja Perawat dalam Memberikan Pelayanan di Ruang Kelas I Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh.”

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini di lakukan di Ruang Kelas I Az-Zahrah Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini di lakukan pada 05 s/d 10 Agustus 2024.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Menurut Sugiyono (2020), populasi adalah wilayah generalisasi yang terjadi atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang di tetapkan oleh peneliti untuk di pelajari dan kemudia di tarik kesimpulannya. Populasi pada penelitian ini di tetapkan

sebagai langkah awal dalam menentukan sampel penelitian. (Bi Ervandi. 2021).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Perawat Ruang Az-Zahrah Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh.

3.3.2 Sampel Penelitian

Menuru Sugiyono (2020), dalam penelitian kuantitatif, sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang di miliki oleh populasi tersebut. Sampel pada penelitian ini merupakan bagian dari jumlah populasi, penentuan sampel pada penelitian ini sangat di butuhkan untuk kejelasan penyebaran kuesioner yang akan di lakukan. (Bi Ervandi. 2021).

Total sampel yang akan peneliti ambil adalah semua populasi yang memenuhi kriteria inklusi berjumlah 71 sampel.

1. Kriteria Inklusi

- a. Perawat yang bersedia mejadi responden
- b. Perawat yang bekerja dengan tiga shift

2. Kriteria Ekskulasi

- a. Perawat yang tidak bersedia menjadi respondent
- b. Perawat yang tidak bekerja dengan tiga shift

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang di rumuskan oleh peneliti tentang istilah-istilah yang ada pada masalah penelitian dengan

maksud untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan orang-orang yang terkait dengan penelitian. (Wina Sanjaya. 2018).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur
1	Kualitas Tidur	Perasaan kepuasan seseorang terhadap tidur selama 1 bulan terakhir	Kuisisioner	1. Baik 2. Tidak Baik
2	Kinerja Perawat	Hasil kerja yang di capai dalam melaksanakan tugas sebagai perawat sesuai dengan tanggung jawab yang telah di berikan	Kuisisioner	1. Efektif 2. Tidak Efektif

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan suatu alat yang di gunakan untuk memperoleh, mengolah, menginterpretasikan, informasi yang di peroleh dari para responden yang di lakukakn dengan menggunakan pola ukur yang sama. (Nani Agustina. 2017).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner, yang terdiri dari 3 bagian sebagai berikut:

1. Data demografi, yang berisi inisial nama responden (nama inisial perawat), umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, masa kerja.
2. Kuesioner tentang kualitas tidur adalah skor yang diperoleh dari responden yang telah menjawab pertanyaan-pertanyaan pada *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh Setyowati (2016). Terdapat 9 pertanyaan yang dikategorikan menjadi 7 (tujuh) komponen,

yaitu kualitas tidur subyektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur sehari-hari, gangguan tidur, penggunaan obat tidur, dan disfungsi aktivitas siang hari. Masing- masing komponen memiliki kisaran nilai 0 – 3 dengan 0 menunjukkan tidak adanya kesulitan tidur dan 3 menunjukkan kesulitan tidur yang berat. Skor dari ketujuh komponen tersebut dijumlahkan menjadi 1 (satu) skor global dengan kisaran nilai 0 – 21. Semakin tinggi skor yang didapat, mengidentifikasikan semakin buruk kualitas tidurnya. Ada dua interpretasi pada PSQI versi bahasa Indonesia ini adalah kualitas tidur baik jika skor ≤ 5 dan kualitas tidur buruk jika skor > 5 .

3. Kuesioner kinerja perawat, menggunakan kuesioner dari penelitian sebelumnya (Royani, 2010) yang dikembangkan dari konsep standar praktik profesional Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2010). Terdiri dari 25 pertanyaan yang dibagi menjadi pernyataan positif (*favorable*) dan pernyataan negatif (*unfavorable*). Kuesioner ini menggunakan empat alternatif jawaban yang merupakan rentang skala kinerja paling rendah yaitu: 1=TP (tidak pernah), apabila pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali; 2=J (jarang), apabila pernyataan tersebut jarang dilakukan (lebih sering tidak dilakukan); 3=S (sering), apabila pernyataan tersebut sering dilakukan (jarang tidak dilakukan); 4=SL (selalu), apabila pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan). Hasil skor dalam rentang 25 – 100, dengan interpretasi (1) kinerja perawat baik jika skor $\geq \text{mean}$, (2) kinerja perawat buruk jika skor $< \text{mean}$.

3.6 Validitas dan Reabilitas

Kedua kuesioner yang akan digunakan pada penelitian ini telah diuji validitas dan realibilitasnya. PSQI versi bahasa Indonesia yang akan dipakai pada penelitian ini telah diuji validitas dan realibilitasnya oleh Setyowati (2016) dengan hasil *content validity* adalah 0,89. Sehingga semua item pertanyaan kuesioner adalah valid. Sedangkan hasil *alpha Cronbach's* adalah 0,79 sehingga kuesioner reliabel. Hal yang sama untuk kuesioner kinerja perawat, hasil uji validitas yang dilakukan oleh Royani (2010) didapatkan r hasil (*corrected item-total correlation*) lebih dari r table (0,361), sehingga dapat disimpulkan bahwa pernyataan tersebut adalah valid. Dan hasil uji reabilitas didapatkan bahwa hasil *alpha Cronbach's* 0,8486 sehingga kuesioner tersebut adalah reliabel.

3.7 Prosudur Pengumpulan Data

3.7.1 Data Primer

Data primer menurut Sugiyono (2020), merupakan sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Dalam penelitian ini yang menjadi data primer adalah data yang di peroleh dari hasil wawancara kemudian di isikan kedalam suvey kuesioner berupa pertanyaan-pertanyaan tentang responden. Pertanyaan berupa tentang Kualitas Tidur Perawat Ruangan.

3.7.2 Data Skunder

Menurut Sugiyono (2020), data skunder merupakan sumber data

yang tidak langsung memberikan data pada pengumpul data. Dalam penelitian ini yang menjadi data skunder adalah profil lokasi penelitian.

3.8 Pengolahan dan Analisa Data

3.8.1 Pengolahan Data

Sebelum melaksanakan analisis terhadap data, maka diperlukan pengolahan data terlebih dahulu (Moh Pabundu Tika. 2013), Adapun tahap pengolahan adalah sebagai berikut:

1. *Editing* data (memeriksa) yaitu memeriksa kesalahan-kesalahan dalam pengambilan data. Pada tahap ini, setelah kuesioner dikembalikan oleh responden lalu dilakukan pengecekan identitas responden dan kelengkapan isian. Semua kuesioner telah diisi lengkap.
2. *Coding* data (memberikan kode) yaitu memberi tanda kode pada setiap kuesioner pertanyaan wawancara yang dibagikan ke responden. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahan dan memudahkan dalam pengolahan dan analisa data.
3. *Trasfering*, adalah pada tahap ini data yang telah penulis beri kode secara berurutan mulai dari responden pertama sehingga responden yang terakhir untuk dimasukkan kedalam program pengolahan data.
4. *Tabulating* data, adalah melakukan klarifikasi data yaitu mengelompokkan data variabel masing-masing berdasarkan kuisisioner untuk dimasukkan ke dalam tabel.

3.8.2 Analisa Data

Menurut Universitas Islam Nergi Lampung (2023), analisa data adalah mengeksplorasi, menginterpretasi, dan menarik kesimpulan dari data dengan menggunakan metode statistik, matematika, logik, atau teknik lainnya. Dalam penelitian ini analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui dua variabel yang di anggap berhubungan.

1. Analisis *Univariate*

Sebelum dilakukan analisis hubungan, maka dilakukan analisis untuk masing-masing variabel yaitu kualitas tidur dan kinerja perawat, kemudian diklasifikasikan dalam bentuk presentasi dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$N = \frac{SP}{SM} \times 100\%$$

Keterangan :

N : Nilai

SP : Skor yang didapat dari pengamatan peneliti

SM : Skor tertinggi yang diharapkan

Setelah data tersebut terkumpul dan dianalisis, data dapat diinterpretasikan sebagai berikut:

100% = Seluruhnya

76 – 99% = Hampir seluruhnya

51 – 75% = Sebagian besar

50% = Setengahnya

26 – 49% = Hampir setengahnya

1 – 25% = Sebagian kecil

0% = Tidak satupun

2. **Analisa Bivariat**

Peneliti menganalisi data menggunakan uji *Chi-Square* dengan tingkat kepatuhan 95% dan α 5%. Uji *Chi-Square* digunakan untuk mencari hubungan atau untuk menguji signifikansi hipotesis asosiatif bila masing-masing variabel yang dihubungkan berbentuk nominal, dan sumber data antar variabel tidak harus sama. Uji *Chi-Square* pada penelitian ini dilakukan dengan bantuan program komputer SPSS.

Pada hasil *output*, intepretasi hasil uji statistik bila:

- 1) $p\text{ value} > \alpha$ (0,05) maka H_0 diterima atau H_1 ditolak, yang berarti tidak ada hubungan kualitas tidur dengan kinerja perawat di Ruang Kelas I Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh
- 2) $p\text{ value} < \alpha$ (0,05) maka H_0 ditolak atau H_1 diterima, yang berarti ada hubungan kualitas tidur dengan kinerja perawat di Ruang Kelas I Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh.

Arah korelasi ditentukan oleh tanda koefisien korelasi. Apabila (+) maka arah hubungan adalah positif, yaitu semakin besar nilai satu variabel, maka semakin besar nilai variabel lainnya.

Interpretasi nilai koefisien sebagai berikut:

- | | | |
|----|-------------|-----------------|
| 1. | 0,800-1,000 | : sangat kuat |
| 2. | 0,600-0,799 | : kuat |
| 3. | 0,400-0,599 | : sedang |
| 4. | 0,200-0,399 | : rendah |
| 5. | 0,000-0,199 | : sangat rendah |

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHAN

4.1 Hasil Penelitian

Pengumpulan data penelitian dilakukan dari tanggal 05 s/d 10 Agustus 2024 pada Perawat Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh. Jumlah sampel yang didapat adalah 71 responden. Sampel diambil dengan teknik *Total Sampling*, teknik pengumpulan data dilakukan dengan survey mengedarkan kuesioner.

4.1.1 Analisa Univariat

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan lama bekerja yang disajikan dalam tabel 4.1

Tabel 4.1 Data demografi partisipan			
No	Data Demografi	Frekuensi	Presentase
1.	Usia		
	- 20-35 tahun	44	62
	- 36-50 tahun	27	38
2.	Jenis Kelamin		
	- Laki-laki	30	42,3
	- Perempuan	41	57,7
3.	Pendidikan terakhir		
	- DIII	45	63,4
	- DIV	4	5,6
	- S1	20	28,2
	- S2	2	2,8
4.	Lama kerja sebagai perawat		
	- 1-10 tahun	38	53,5
	- 11-20 tahun	19	26,8
	- > 20 tahun	14	19,7

Tabel 4.1 menggambarkan bahwa usia responden sebagian besar 20-35 tahun yaitu 44 orang atau 62%. Jenis kelamin responden

sebagian besar adalah wanita yaitu 41 orang atau 57,7%, sisanya adalah laki-laki yaitu 30 orang atau 42,3%. Pendidikan terakhir sebagian besar adalah DIII Keperawatan yaitu 45 orang atau 63,4% dan lebih dari setengah responden memiliki lama bekerja 1-10 tahun yaitu 38 orang atau 53,5%.

2. Kualitas Tidur

Pada penelitian ini, kualitas tidur dinilai dengan menggunakan PSQI yang terdiri dari 7 komponen. Hasil penilaian 7 komponen tersebut dapat dilihat pada table 4.2 berikut.

Tabel 4.2 Komponen Kualitas Tidur

Komponen Kualitas Tidur	Mean	Standart Deviasi
1. Kualitas tidur subyektif	1,01	0,521
2. Latensi tidur	0,73	0,956
3. Durasi tidur	1,35	1,057
4. Efisiensi kebiasaan tidur	1,21	0,893
5. Gangguan saat tidur	1,21	0,445
6. Penggunaan obat tidur	0,10	0,419
7. Disfungsi aktifitas tiap hari	0,77	0,680

Hasil analisis data kualitas tidur dari 7 komponen PSQI didapatkan nilai rata-rata tertinggi ditemukan pada komponen durasi tidur dengan nilai mean 1,35 dan standar deviasi 1,057, yang artinya nilai mean lebih besar daripada nilai standar deviasi yang mengindikasikan hasil cukup baik. Standar deviasi adalah cerminan penyimpangan yang sangat tinggi, sehingga penyebaran data menunjukkan hasil yang normal dan tidak bias. Dari data diatas dapat diketahui bahwa komponen kualitas tidur yang paling baik adalah komponen penggunaan obat tidur, dengan nilai mean 0,10 dan standart deviasi 0,419 yang artinya responden yang

menggunakan obat tidur untuk memenuhi kebutuhan tidurnya sangat rendah sedangkan komponen kualitas tidur yang paling buruk adalah durasi tidur, dengan nilai mean 1,35 dan standart deviasi 1,057 yang artinya sebagian besar responden mengalami jumlah waktu tidur antara 5-6 jam dalam satu harinya.

Dari total skor ketujuh komponen tersebut, responden terbagi menjadi 2 tingkat yaitu kualitas tidur baik dan kualitas tidur buruk yang dapat dilihat dari table 4.3 berikut.

Tabel 4.3 Distribusi Kualitas Tidur

Kualitas Tidur	Jumlah	Presentase
- Buruk	44	62
- Baik	27	38
Total	71	100

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari skor PSQI didapatkan responden yang memiliki kualitas tidur buruk sejumlah 44 responden atau 62%. Sedangkan responden yang memiliki kualitas tidur baik sebanyak 27 responden atau 38%.

Pada penelitian ini, peneliti mengidentifikasi kualitas tidur responden dikaitkan dengan karakteristik demografi yang dapat dilihat pada table 4.4 berikut.

Tabel 4.4 Frekuensi Kualitas Tidur berdasarkan Karakteristik Responden

Data Demografi	Kualitas tidur baik		Kualitas tidur buruk	
	N	%	n	%
<u>Usia</u>				
- 20 – 35 tahun	18	25,3	26	36,6
- 36 – 50 tahun	9	12,7	18	25,4

<u>Jenis Kelamin</u>				
- Laki-laki	10	14,1	20	28,2
- Perempuan	17	23,9	24	33,8
<u>Pendidikan Terakhir</u>				
- D III	18	25,4	27	38,0
- D IV	-	-	1	1,4
- S1	5	7,0	15	21,1
- S2	1	1,4	1	1,4

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat bahwa kualitas tidur buruk paling banyak dialami perawat pada usia 20-35 tahun yaitu sebanyak 24 orang atau 33,8%, dan pada usia 36-50 tahun sebanyak 18 orang atau 25,4%. Kualitas tidur buruk lebih banyak dialami perawat dengan jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 24 orang atau 33,8%. Sedangkan menurut jenjang pendidikan, kualitas tidur buruk banyak terjadi pada lulusan DIII Keperawatan yaitu sebanyak 27 orang atau 38%.

3. Kinerja Perawat

Pada penelitian ini, kinerja perawat dinilai dengan menggunakan kuesioner kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang terdapat 5 sub variabel. Dari hasil penilaian 5 sub variabel tersebut dapat dilihat dari table 4.5 berikut.

Tabel 4.5 Sub Variabel Kinerja Perawat

Sub variabel	Mean	Standart Deviasi	Rentang Skor	%
1. Pengkajian	18,73	3,312	6-24	78
2. Diagnosa Keperawatan	9,80	1,864	3-12	82
3. Perencanaan	12,35	2,105	4-16	77
4. Pelaksanaan	23,59	3,192	7-28	84
5. Evaluasi	16,44	2,745	5-20	82

Hasil analisis data Kinerja perawat berdasarkan 5 sub variabel didapatkan nilai prosentase tertinggi kinerja perawat ada pada sub variabel pelaksanaan yaitu 84%. Sedangkan prosentase terendah

kinerja perawat ada pada sub variabel perencanaan yaitu 77%. Artinya bahwa frekuensi kinerja berdasarkan asuhan keperawatan yang paling banyak dilakukan adalah tahap pelaksanaan dan paling sedikit adalah tahap perencanaan.

Dari total skor kelima sub variabel tersebut responden menjadi dua tingkat yaitu kinerja baik dan kinerja buruk yang dapat di lihat pada tabel 4.6 berikut.

Tabel 4.6 Kinerja Perawat

Kinerja Perawat	Jumlah	Presentase
- Buruk	35	49,3
- Baik	36	50,7
Total	71	100

Berdasarkan Tabel 4.6 dapat dilihat bahwa kinerja perawat yang baik lebih banyak dibandingkan kinerja perawat yang buruk, yaitu sebesar 50,7% atau 36 responden.

Pada penelitian ini, peneliti mengidentifikasi kinerja responden dikaitkan dengan karakteristik demografi yang dapat dilihat dari table 4.7 berikut.

Tabel 4.7 Frekuensi Kinerja Perawat berdasarkan Karakteristik Responden

Data Demografi	Kinerja baik		Kinerja buruk	
	n	%	n	%
<u>Usia</u>				
- 20 – 35 tahun	19	26,7	25	35,2
- 36 – 50 tahun	16	22,5	11	15,5
<u>Jenis Kelamin</u>				
- Laki-laki	16	22,5	14	19,7
- Perempuan	22	31,0	19	26,8
<u>Pendidikan Terakhir</u>				
- D III	22	31	26	36,6
- D IV	-	-	1	1,4
- S 1	12	16,9	8	11,3

- S2	1	1,4	1	1,4
<u>Lama kerja sebagai perawat</u>				
- 1 – 10 tahun	15	21,1	23	32,4
- 11 – 20 tahun	10	14,1	4	5,6
- > 20 tahun	10	14,1	9	12,7

Dari table diatas dapat diketahui bahwa kinerja perawat jika dilihat dari usia, perawat dengan kinerja buruk lebih banyak terjadi pada perawat yang berusia 20-35 tahun yaitu sebesar 23 orang (35,2%). Dari tabel tersebut juga dapat diketahui bahwa mayoritas perawat perempuan mempunyai kinerja yang baik yaitu sebanyak 22 orang (31,0%). Sedangkan menurut pendidikan terakhir perawat dengan kinerja yang buruk paling banyak pada perawat DIII Keperawatan yaitu 26 orang (36,6%). Menurut lama bekerja perawat dengan kinerja yang buruk paling banyak pada perawat dengan masa kerja 1-10 tahun yaitu 23 orang (32,4%).

4.1.2 Analisa Bivariat

Hubungan antara kualitas tidur dengan kinerja perawat ditentukan dengan menggunakan uji *chi-square* dapat dilihat pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8 Cross tabulasi Analisa Bivariat			
Kualitas Tidur	Kinerja		p-value
	Baik	Buruk	
Baik	15	12	0,409
Buruk	20	24	

Tabel 4.8 menunjukkan signifikansi 0,409, karena nilai p-value > 0,05 maka tidak ada hubungan antara variabel kualitas tidur dan kinerja perawat di RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh.

4.2 Pembahasan Penelitian

4.2.1 Kualitas Tidur Perawat

Berdasarkan hasil analisis univariat didapatkan skor PSQI pada perawat yang memiliki kualitas tidur buruk sejumlah 44 responden atau 62%. Sedangkan perawat yang memiliki kualitas tidur baik sebanyak 27 responden atau 38%. Hal ini menunjukkan bahwa perawat yang memiliki kualitas tidur buruk lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang memiliki kualitas tidur baik. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD), Intensive Care Unit (ICU), dan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bitung dan Rumah Sakit Budi Mulia Bitung sebanyak 69,7% perawat yang mengalami kualitas tidur buruk (Dimkatni et al. 2020). Kemudian penelitian Agustina (2022), didapatkan hasil sebagian besar perawat mengalami kualitas tidur buruk yaitu sebanyak 63,3%. Sementara itu penelitian yang dilakukan di Sulawesi Selatan mendapatkan hasil 20,7% mengalami kualitas tidur buruk dan 79,3% mengalami kualitas tidur yang baik (Bahri. 2021).

Hasil analisis data kualitas tidur dari 7 komponen PSQI didapatkan nilai rata-rata terendah adalah penggunaan obat tidur yaitu 0,10 dengan standar deviasi 0,419, yang artinya perawat yang menggunakan obat tidur untuk memenuhi kebutuhan tidurnya sangat rendah. Penelitian lain pada perawat IGD oleh Thayeb, Kembuan, & Khosama (2015) juga menyatakan bahwa komponen ke-6

(penggunaan obat tidur) ditemukan hasil sebagian besar perawat tidak menggunakan obat tidur yaitu sebanyak 69,24%. Hal ini dapat disebabkan karena gangguan kualitas tidur pada masing-masing perawat yang berbeda-beda dan dapat juga disebabkan karena perawat merupakan tenaga kesehatan sehingga mengerti bahwa mengkonsumsi obat tidur dapat menimbulkan efek yang tidak baik (Thayeb et al., 2015).

Berdasarkan data demografi, kualitas tidur yang buruk paling banyak berada pada perawat dengan usia 20-35 tahun, hal ini tidak sesuai dengan penelitian Kazemi et al., (2015) di Iran yang menyatakan bahwa semakin meningkatnya usia perawat maka kualitas tidur akan semakin menurun (skor ≥ 5), dengan kata lain bahwa kualitas tidur perawat menurun seiring dengan bertambahnya usia.

Kualitas tidur yang buruk pada perawat jika dilihat dari tingkat usia, banyak dialami pada perawat dengan usia antara 20-35 tahun, hal ini dimungkinkan karena pada tingkat usia tersebut perawat mempunyai kebiasaan buruk yang dapat mengurangi nilai dari kualitas tidurnya. Kebiasaan yang sering dilakukan adalah dengan bermain gadget sebelum tidur dan dilakukan dalam durasi waktu yang sangat lama, yang artinya durasi tidur pada perawat tidak maksimal atau kurang dari 7 jam dalam setiap harinya. Selain itu kualitas tidur yang buruk pada perawat juga dialami pada perawat dengan jenis kelamin perempuan. Hal ini juga dimungkinkan karena perawat perempuan

yang sebagian besar juga berprofesi sebagai ibu rumah tangga memiliki banyak kegiatan dirumah, sehingga secara tidak langsung akan berpengaruh pada durasi tidur, gangguan saat tidur dan disfungsi aktifitas disetiap harinya yang mengakibatkan kualitas tidurnya menjadi menurun.

4.2.2 Kinerja Perawat

Hasil penelitian ini menemukan bahwa kinerja perawat yang baik lebih banyak dibandingkan kinerja perawat yang buruk, yaitu sebesar 50,7% atau 36 responden, akan tetapi selisih dengan kinerja perawat yang buruk tidak jauh berbeda yaitu sebanyak 35 perawat. Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian lain yang dilakukan di rumah sakit Bhayangkara Palembang sebanyak 75% perawat (30 orang) memiliki kinerja kurang baik (Wisuda & Putri, 2019). Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Gurning et al. (2021) didapatkan hasil 61 perawat (53,5%) di Rumah Sakit Umum Bina Kasih Medan memiliki kinerja rendah. Sementara itu penelitian yang dilakukan di rumah sakit Islam Faisal Makassar terdapat 45 perawat (59,2%) yang memiliki kinerja kurang baik dan selebihnya memiliki kinerja yang baik (40,8%) (Malawat et al., 2019).

Berdasarkan karakteristik responden, didapatkan bahwa kinerja baik lebih banyak pada perawat berjenis kelamin perempuan, namun pada penelitian ini juga didapatkan bahwa mayoritas perawat yang mempunyai kinerja buruk adalah berjenis kelamin perempuan yaitu

sebanyak 19 orang (26,8%). Hal ini dikarenakan jenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki.

Kinerja yang buruk perawat pada penelitian ini dimungkinkan dipengaruhi oleh usia dan lama kinerja. Kinerja yang buruk pada perawat jika dilihat dari tingkat usia, banyak dialami pada perawat dengan usia antara 20- 35 tahun. Hal ini dimungkinkan karena pada tingkat usia tersebut termasuk dalam kategori usia belum dewasa penuh yang artinya pada usia tersebut belum mempunyai tingkat motivasi kerja yang tinggi. Selain itu kinerja buruk pada perawat juga dialami pada perawat dengan lama kerja sebagai perawat antara 1-10 tahun. Hal ini juga dimungkinkan karena perawat pada lama kerja 1-10 tahun tersebut belum mempunyai tingkat tanggung jawab yang tinggi dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada setiap pasien.

4.2.3 Hubungan Kualitas Tidur Dengan Kinerja Perawat

Hasil analisis bivariat didapatkan bahwa interpretasi nilai koefisien 0,409 berada pada rentang sedang (0,400 – 0,599) yang artinya berada di tengah-tengah. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Yulanda et al. (2021) yang mengatakan bahwa kualitas tidur bisa mengubah sikap *caring* perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit daerah Idaman Kota Banjarbaru. Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Park et al. (2018) mengenai hubungan antara kualitas tidur dan produktivitas perawat di antara perawat klinis Korea disimpulkan bahwa perawat yang mempunyai

kualitas tidur buruk dapat menurunkan produktivitas perawat.

Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa interpretasi nilai koefisien 0,409 berada pada rentang sedang (0,400 – 0,599) yang artinya berada di tengah-tengah, menunjukkan adanya faktor lain yang bisa mempengaruhi kinerja perawat. Menurut Wirawan (2019), kinerja perawat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya faktor internal, seperti bakat, sifat pribadi, kreativitas, keadaan fisik serta psikologis; faktor lingkungan internal organisasi meliputi kebijakan organisasi, sistem manajemen, strategi komunikasi organisasi, kepemimpinan, kompetensi; faktor eksternal seperti keadaan ekonomi, kehidupan publik, sosial, budaya.

4.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan dan kekurangan, diantaranya adalah tidak memasukkan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas tidur dan kinerja perawat, diantaranya riwayat penyakit, stress emosional dan gaya hidup.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Kualitas tidur perawat di Ruang Kelas I RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh dari skor PSQI didapatkan sebagian besar memiliki kualitas tidur buruk yaitu sejumlah 44 perawat (62%)
2. Kinerja perawat di Ruang Kelas I RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh jika dilihat dari pelaksanaan asuhan keperawatan didapatkan lebih dari separuh mempunyai kinerja yang baik yaitu sejumlah 36 perawat (50,7%)
3. Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa interpretasi nilai koefisien 0,409 berada pada rentang sedang (0,400 – 0,599) yang artinya berada di tengah-tengah.

5.2 Saran

1. Bagi peneliti

Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk meneliti tentang faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kinerja perawat, atau dengan menggunakan alat ukur kinerja yang lain sehingga akan didapatkan gambaran selain dari sisi asuhan keperawatan. Sehingga akan terlihat bagaimana kualitas tidur yang tidak memiliki hubungan dengan kinerja perawat.

2. Bagi perawat

Bagi perawat disarankan untuk mengidentifikasi adanya gangguan kualitas tidur yang dialami ataupun faktor lain yang dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam asuhan keperawatan.

3. Bagi tempat penelitian

Bagi tempat penelitian disarankan untuk memperhatikan optimalisasi pelayanan asuhan keperawatan terkait dengan kualitas tidur perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina M. 2022. *Kualitas Tidur Perawat dapat di Pengaruhi oleh Tingkat Stres Kerja Perawat*. Journal of Managemen Nursing.
- Agustina, M. (2022). Kualitas tidur perawat dapat di pengaruhi oleh tingkat stres kerja perawat. *Journal of Management Nursing*, vol. 1(2), p. 52–59.
- Aprilia, F. (2017). Pengaruh beban kerja, stress kerja dan motivasi kerja terhadap kinerja perawat rumah sakit islam ibnu sina pekanbaru, *JOM Fekon*. Vol. 4(1), p. 87-100.
- Bahri R. S. 2021. *Gambaran Kualiatas Tidur, Kecemasan, Gejala Depresi Perawat Selama Merawat Pasien Covid-19 di Sulawesi Selatan*. Skripsi. Makassar: Keperawatan, Universitas Hasanuddin.
- Bahri, R. S. (2021). *Gambaran kualitas tidur, kecemasan, gejala depresi perawat selama merawat pasien covid-19 di sulawesi selatan*. Skripsi. Makassar: Keperawatan, Universitas Hasanuddin.
- Bessie, V., Buntoro, I., & Damanik, E. M. B. (2021). Hubungan tingkat stres dengan kualitas tidur pada perawat selama pandemi COVID-19 di RSUD Prof. Dr. W Z Johannes Kupang. *Cendana Medical Journal*, vol. 9(1), p. 16–23. <http://ejurnal.undana.ac.id/index.php/CMJ/article/view/4928/2844>
- Bi Ervandi. 2021. *Pengaruh Fasilitas Ruang Tunggu Terhadap Kenyamanan Penumpang di Bandar Udara Internasional Supadio Pontianak (Doctoral Dissertation, STTKD Sekolah Tinggi Teknologi Kedirgantaraan)*. Skripsi Thesis
- Budiana, I., Supinganto, A., & Purqoti, D. N. S. (2021). *Budaya kerja kaizen pada perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) pendekatan siklus PDCA (Plan, Do, Check dan Action)*. Media Sains Indonesia: Bandung.
- Candra, V., Simarmata, N. I. P., Purba, M. B., Purba, S., Hasibuan, A., Siregar, T., Karwanto, S., Romindo, & Jamaluddin. (2021). *Pengantar metodologi penelitian*. Yayasan Kita Menulis: Medan.
- Chairina, R. R. L. (2019). *Analisis manajemen sumber daya manusia (studi kasus kinerja perawat rumah sakit)*. Zifatama Jawa: Sidoarjo.
- Christiana, M. (2021). Pengaruh kualitas tidur perawat shift malam terhadap kinerja perawat dalam asuhan keperawatan. *Journal of Management Nursing*, vol. 1(02), p. 46–51. <https://doi.org/https://doi.org/10.53801/jmn.v1i02.19>

- Dimkatni at. al. 2020. *Apakah Beban Kerja, Stres Kerja dan kualitas Tidur Mempengaruhi Kelelahan Kerja pada Perawat di Rumah Sakit?* Journal of Publik Health.
- Dimkatni, N. W., Sumampouw, O. J., & Manampiring, A. (2020). Apakah beban kerja, stres kerja dan kualitas tidur mempengaruhi kelelahan kerja pada perawat di rumah sakit? *Journal of Public Health*, vo. 1(1), p. 9–14.
- Dong at. al. 2020. *Sleep Quality of Nurses in the Emergency Departement of Publik Hospital in China and its Influencing Factor: a Cross-Sectional Study.* Healt and Quality of Life Outcomes. Vol. 8
- Dong, H., Zhang, Q., Zhu, C., & Lv, Q. (2020). Sleep quality of nurses in the emergency department of public hospitals in China and its influencing factors: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 18(1), p. 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12955-020-01374-4>
- Gurning, Y., Syam, B., & Setiawan. (2021). Kohesivitas dan kecerdasan emosional perawat terhadap kinerja perawat pelaksana. *Journal of Telenursing*, vol. 3(2), p. 440–455. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/joting.v3i2.2390>
- KOHESIVITAS
- Handiyani, H., Hariyati, T. S., Yetti, K., & Indracahyani, A. (2018). *Healthy nurse: napping sehat bagi perawat dan tenaga kesehatan.* UI Publishing: Jakarta.
- Hanif. 2023. *Profil Kesehatan Aceh 2022*
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2015). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia* (Aulia (ed.)). Health Books Publishing: Surabaya.
- Indrawati, N. (2012). *Perbandingan kualitas tidur mahasiswa yang mengikuti ukm pada mahasiswa reguler FIK UI.* Skripsi. Jakarta: Keperawatan, Universitas Indonesia.
- Jufrizen. (2017). Pengaruh kemampuan dan motivasi terhadap kinerja perawat: studi pada rumah sakit umum madani medan. *Jurnal Riset Sains Manajemen*, vol. 1(1), p. 27–34. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1036809>
- Kazemi, M., Hosieni, F., Rezaeian, M., Fasihharandi, T., & Akbary, A. (2015). *Factors associated with quality of sleep of nurses at Rafsanjan University of Medical Sciences, Iran*, in 2013, 4(1), 26–33.
- Kemenkes RI. (2019). *Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 26 tahun 2019.* Kementrian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2020). *Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI: Situasi Tenaga Keperawatan Indonesia*, Indonesia.

- Manalu, N. V., Masruroh, Maramis, J. R., Mardiana, S. S., Ulfa, A. F., Suwanto, T., Pragholapati, A., Muniroh, S., Lenny, E., Sihombing, R. M., & Kurniawati. (2021). *Kepemimpinan & manajemen pelayanan keperawatan*. Yayasan Kita Menulis: Medan.
- Maria, I., Zubaidah, Rusdiana, Pusparina, Ii., & Norfitri, R. (2019). *Caring dan comfort perawat dalam kegawatdaruratan*. Deepublish: Yogyakarta.
- Miftahul Hidayah. 2022. *Hubungna Kualitas Tidur dengan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Massenrempulu Enrekang*. Skripsi. Makassar: Keperawatan, Universitas Hasanuddin.
- Muzakir, H., & Fitriani, A. (2021). Hubungan karakteristik individu, beban kerja dan status gizi dengan kualitas tidur pada perawat di rumah sakit swasta. *Seminar Nasional LPPM UMP*, p. 125–130.
- Norfai. (2021). *Kesulitan dalam menulis karya tulis ilmiah kenapa bingung?* (D. Soetopo (ed.)). Lakeisha: Jawa Tengah.
- Park, E., Lee, H. Y., & Park, C. S. Y. (2018). Association between sleep quality and nurse productivity among korean clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, vol. 26(8), p. 1051–1058. <https://doi.org/10.1111/jonm.12634>
- Patrisia, I., Juhdeliena, Kartika, L., Pakhpahan, M., Khusniyah, Z., Sihombing, R. M., Togatorop, M. L. B., & Sitanggang, Y. F. (2020). *Asuhan keperawatan pada kebutuhan dasar manusia*. Yayasan Kita Menulis: Medan.
- Primadi O. 2021. *Profii Kesehatan Indonesia 2020*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Primadi, O. (2021). *Profil kesehatan Indonesia 2020*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Rohayati, E. (2019). *Keperawatan dasar I*. LovRinz Publishing: Cirebon.
- Sepang, J., Damayanti, D., Malisa, N., Sari, Y. I. P., Agustina, A. N., Mukhoirotin, Andriyani, S., Paula, V., Indaryati, S., Suwanto, T., Mardiana, S. S., & Jainurakhma, J. (2021). *Pengantar dokumentasi keperawatan*. Yayasan Kita Menulis: Medan.
- Septadina, I. S., Prananjaya, B. A., Roflin, E., Rianti, K. I., & Shafira, N. (2021). *Terapi murotal al-quran untuk menurunkan ansietas dan memperbaiki kualitas tidur*. NEM.
- Simamora, R. H., Purba, J. M., Bukit, E. K., & Nurbaiti. (2019). Penguatan peran perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan melalui pelatihan layanan

- prima. *Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat*, vol. 3(1), p. 25–31.
- Sri Roani M. 2021. *Metodelogi Penelitian*. Bandung: Widina Bhakti Persada Bandung.
- Stimpfel, A. W., Fatehi, F., & Kovner, C. (2019). Nurses sleep, work hours, and patient care quality, and safety. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation*, vol. 6(3), p. 314–320. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.11.001>
- Sugiyono. 2020. *Metode Penelitian Kualitatis*. Bandung: Alfabeta.
- Syakura, R. A. (2019). *A tribute for you*. Guepedia Publisher: Bogor.
- Thahadi, M. (2021). *Smart learning skill 4.0*. Deepublish: Yogyakarta.
- Thayeb, R. R. T. A., Kembuan, M. A. H. N., & Khosama, H. (2015). Gambaran Kualitas Tidur Pada Perawat Dinas Malam. *Jurnal E-Clinic (eCl)*, 3.
- Triwijayanti, R., Romiko, & Dewi, S. S. (2020). Hubungan masalah tidur dengan kinerja perawat di rumah sakit. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, vol. 11(1), p. 95–99. <https://doi.org/10.26751/jikk.v11i1.572>
- Universitas Islam Negeri Lampung. 2023. *Analisa Data*
- Vina, W. A., et al. (2020). Kualitas Tidur Mahasiswa Program Studi Diploma III Analis Kimia Jurusan Teknik Kimia. *Jurnal Kesehatan Siliwangi Vol. 1 No. 1*, p. 101
- Wisuda, A. C., & Putri, D. O. (2019). Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di instalasi rawat inap. *Jurnal Aisyiah Medika*, vol. 4(2), p. 230–238.
- Yulanda, E., Setiawan, H., & Rizany, I. (2021). Hubungan kualitas tidur dengan perilaku caring dengan pelayanan asuhan keperawatan di RSD idaman kota banjarbaru. *Jurnal Keperawatan Reflesia*, vol. 3(2), p. 23–32.

Lampiran 1

KUESIONER PENELITIAN KUALITAS TIDUR (PSQI)**No. Responden :.....****A. Identitas Umum**

1. Nama (Inisial) :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Pendidikan terakhir :
5. Lama Bekerja di Rumah Sakit :

B. Pertanyaan Kualitas Tidur

1. Jam berapa biasanya anda mulai tidur malam?
 - 20.00 – 21.59 = 0
 - 22.00 – 23.59 = 1
 - 24.00 – 01.59 = 2
 - ≥ 02.00 = 3
2. Berapa lama anda biasanya baru bisa tertidur tiap malam?
 - ≤ 15 menit = 0
 - 16-30 menit = 1
 - 31-60 menit = 2
 - >60 menit = 3
3. Jam berapa anda biasanya bangun pagi?
 - 03.00 – 03.59 = 0
 - 04.00 – 05.59 = 1
 - 06.00 – 07.59 = 2
 - ≥ 08.00 = 3
4. Berapa lama anda tidur dimalam hari?
 - < 7 jam = 0
 - 6-7 jam = 1
 - 5-6 jam = 2
 - < 5 jam = 3

Berilah tanda *checklist* (√) atau *cross* (x) pada setiap aspek kinerja perawat pada alternatif jawaban yang tersedia

5	Seberapa sering masalah-masalah dibawah ini mengganggu tidur anda?	Tidak pernah	1x seminggu	2x seminggu	≥3x seminggu
a)	Tidak mampu tertidur selama 30 menit sejak berbaring				
b)	Terbangun ditengah malam atau terlalu dini				
c)	Terbangun untuk ke kamar mandi				
d)	Tidak mampu bernafas dengan leluasa				
e)	Batuk atau mengorok				
f)	Kedinginan dimalam hari				
g)	Kepanasan dimalam hari				
h)	Mimpi buruk				
i)	Terasa nyeri				
j)	Alasan lain				
6	Seberapa sering anda menggunakan obat tidur				
7	Seberapa sering anda mengantuk ketika melakukan aktifitas disiang hari				
		Tidak antusias	Kecil	Sedang	Besar
8	Seberapa besar antusias anda ingin menyelesaikan masalah yang anda hadapi				
		Sangat baik	Baik	kurang	Sangat kurang
9	Pertanyaan preintervensi: Bagaimana kualitas tidur anda selama sebulan yang lalu				
	Pertanyaan postintervensi: Bagaimana kualitas tidur anda selama seminggu yang lalu				

Muhibin Syah, 2006. Psikologi Belajar, Rajawali Pers: Bandung

Miftahul H. 2022. Hubungan Kualitas Tidur Dengan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Massenrempulu Enkerekang