

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS
TIDUR PERAWAT SAAT PANDEMI *COVID-19*
DI RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



Oleh:

Dais Darma Vidyana Andika
NIM. 191.1010

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS
TIDUR PERAWAT SAAT PANDEMI *COVID-19*
DI RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh:

Dais Darma Vidyana Andika

Nim. 191.1010

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dais Darma Vidyana Andika

NIM : 191.1010

Tanggal lahir : 06 Januari 1998

Program studi : S-1 Keperawatan

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, Maret 2021

Dais Darma Vidyana Andika
NIM. 191.1010

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, kami selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Dais Darma Vidyana Andika

NIM : 191.1010

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat
Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

Surabaya, Maret 2021

Pembimbing I

Pembimbing II



Dini Mei W, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP: 03.011

Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp., M.Kep
NIP: 04.014

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : Maret 2021

HALAMAN PENGESAHAN

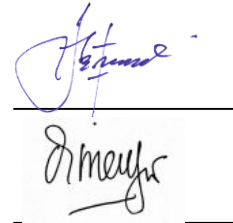
Proposal dari :
Nama : Dais Darma Vidyana Andika
NIM : 191.1010
Program studi : S-1 Keperawatan
Judul : Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Skripsi STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep.**
NIP. 03.001

Penguji II : **Dini Mei W, S.Kep., Ns., M.Kep**
NIP. 03.011

Penguji III : **Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp., M.Kep**
NIP. 04.014



Handwritten signatures of the examiners: Dr. Setiadi, Dini Mei W, and Wiwiek Liestyaningrum.

**Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KAPRODI S-1 KEPERAWATAN**

Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03.010

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal :

ABSTRAK

Pandemi *Covid-19* menimbulkan efek pada kesehatan mental perawat yang termasuk didalamnya adalah kecemasan. Kecemasan akan membuat seseorang kesulitan memulai tidur dan mengakibatkan terjadinya gangguan kualitas tidur. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisa hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19*.

Metode yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah perawat Ruang *Covid* RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya sebanyak 48 perawat dan dengan menggunakan teknik sampling total sampling. Variabel independen penelitian ini adalah tingkat kecemasan dan variabel dependen pada penelitian ini adalah kualitas tidur. Kuesioner yang digunakan adalah *Zung Self Rating Anxiety Scale* (ZRAS) dan *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Analisa data menggunakan uji korelasi *Spearman* dengan nilai $p < 0,05$.

Hasil penelitian menunjukkan seluruh perawat mengalami kecemasan ringan dan sebagian perawat memiliki kualitas tidur yang buruk dan ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat ($p \text{ value} = 0,000$; $r = 0,583$).

Kecemasan dalam tingkatan ringan masih dapat mempengaruhi kualitas tidur perawat karena perasaan takut dan stressor yang tetap dirasakan oleh perawat merupakan faktor pencetus buruknya kualitas tidur.

Implikasi penelitian bahwa perawat perlu memastikan ada waktu istirahat selama bekerja atau diantara jadwal bekerja, makan makanan yang cukup dan sehat, melakukan kegiatan fisik, dan tetap berhubungan dengan keluarga dan teman.

Kata Kunci: Tingkat Kecemasan, Kualitas Tidur, Perawat, Pandemi *Covid-19*.

ABSTRACT

The *Covid-19* pandemic has an effect on the mental health of nurses, which includes anxiety. Anxiety will make it difficult for a person to start sleeping and lead to sleep quality disturbances. The purpose of this study was to analyze the relationship between anxiety levels and the sleep quality of nurses during the *Covid-19* pandemic.

The method used was analytic observational with cross sectional approach. The population in this study were nurses in the *Covid* Room RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya as many as 48 nurses and using a total sampling technique. The independent variable of this study is the level of anxiety and the dependent variable in this study is the quality of sleep. The questionnaires used were the *Zung Self Rating Anxiety Scale (ZRAS)* and the *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*. Data analysis used the Spearman correlation test with p value <0.05 .

The results showed that all nurses experienced mild anxiety and some nurses had poor sleep quality, so it could be concluded that there was a relationship between the level of anxiety and sleep quality of nurses (p value = 0.000; $r = 0.583$).

Anxiety in a mild level can still affect the quality of sleep for nurses because the feelings of fear and stressors that are still felt by nurses are factors that trigger poor sleep quality.

The research implication is that nurses need to ensure that there is time to rest during work or between work schedules, eat adequate and healthy food, do physical activities, and keep in touch with family and friends.

Keywords: Anxiety Level, Sleep Quality, Nurses, The *Covid-19* Pandemic.

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya pada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya” dengan tepat waktu.

Skripsi ini diajukan untuk memenuhi syarat menyelesaikan diselesaikan pendidikan di Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan penulis dalam menyelesaikan skripsi ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi atas bantuan, kerja sama, dan dukungan dari berbagai pihak, bersama ini perkenankan penulis mengucapkan rasa hormat dan terima kasih yang mendalam kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp. KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya atas pemberian izin untuk melakukan penelitian di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
2. Dr. A.V. Sri Suhardningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi S-1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.

4. Ibu Dini Mei W, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing I yang telah memberikan dorongan, masukan, dan motivasi untuk menyelesaikan skripsi penelitian ini.
5. Ibu Wiwiek Liestyningrum, S.Kp., M.Kep selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, pengajaran, kritik serta saran demi kelancaran skripsi penelitian ini.
6. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku penguji I terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan skripsi ini.
7. Seluruh dosen dan staff STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing selama menuntut ilmu di STIKES Hang Tuah Surabaya.
8. Para perawat di RSPAL dr. Ramelan Surabaya selaku responden penelitian yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
9. Orang tua dan adik penulis yang senantiasa memberikan dukungan secara material dan non material kepada penulis.
10. Afif Bahrn Ni'am yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi serta bantuan kepada penulis.
11. Teman-teman dan semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi penelitian ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan. Penulis menyadari masih banyak ketidaksempurnaan dalam penulisan skripsi ini, maka kritik dan saran diharapkan oleh penulis. Penulis berharap skripsi penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membaca.

Surabaya, Maret 2021

Penulis

DAFTAR ISI

COVER LUAR	i
COVER DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep <i>Covid-19</i>	7
2.1.1 Definisi <i>Covid-19</i>	7
2.1.2 Etiologi	7
2.1.3 Patofisiologi	8
2.1.4 Faktor Resiko	10
2.1.5 Manifestasi Klinis	10
2.1.6 Penegakkan Diagnosis	13
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.8 Tatalaksana Umum.....	16
2.1.9 Komplikasi	18
2.1.10 Prognosis	19
2.1.11 Pengaruh Pandemi <i>Covid-19</i> Pada Perawat	19
2.2 Konsep Kecemasan	20
2.2.1 Definisi Kecemasan	20
2.2.2 Penyebab Kecemasan.....	21
2.2.3 Sumber Kecemasan.....	23
2.2.4 Neurofisiologi Kecemasan	24
2.2.5 Tanda dan Gejala.....	25
2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi	26
2.2.7 Tingkat Kecemasan	27
2.2.8 Rentang Respon Kecemasan.....	31
2.2.9 Dampak Kecemasan.....	32
2.2.10 Penatalaksanaan Kecemasan.....	32
2.2.11 Pengukuran Tingkat Kecemasan.....	33
2.3 Konsep Tidur.....	34
2.3.1 Definisi	34
2.3.2 Fisiologi Tidur.....	35

2.3.3 Fungsi Tidur	36
2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi	37
2.3.5 Kualitas Tidur.....	38
2.3.6 Perencanaan Tenaga Keperawatan.....	40
2.3.7 Pengukuran Kualitas Tidur	41
2.4 Model Konsep dan Teori Keperawatan.....	42
2.5 Hubungan Antar Konsep.....	48
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	51
3.1 Kerangka Konseptual	51
3.2 Hipotesis.....	52
BAB IV METODE PENELITIAN	53
4.1 Desain Penelitian.....	53
4.2 Kerangka Kerja	54
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian	55
4.4 Populasi, Sampel, Teknik Sampling	56
4.4.1 Populasi Penelitian	56
4.4.2 Sampel Penelitian.....	56
4.4.3 Teknik Sampling	56
4.5 Identifikasi Variabel.....	56
4.6 Definisi Operasional.....	57
4.7 Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisa Data.....	57
4.7.1 Pengumpulan Data	57
4.7.2 Pengelolaan Data.....	60
4.7.3 Analisa Data	61
4.8 Etika Penelitian	63
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	63
5.1 Hasil Penelitian	63
5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	63
5.1.2 Gambaran Umum Subyek Penelitian	64
5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian.....	64
5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian.....	69
5.2 Pembahasan.....	71
5.2.1 Tingkat Kecemasan Perawat Saat Pandemi <i>Covid-19</i>	71
5.2.2 Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi <i>Covid-19</i>	75
5.2.3 Hubungan Tingkat Kecemasan dan Kualitas Tidur Perawat	78
5.3 Keterbatasan	81
BAB VI PENUTUP	82
6.1 Kesimpulan	82
6.2 Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA	84
LAMPIRAN	87

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tingkat Kecemasan.....	30
Tabel 2.2	Perhitungan Jumlah Perawat	41
Tabel 2.3	Kisi-Kisi Kuesioner <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> (PSQI).....	42
Tabel 4.1	Definisi Operasional	57
Tabel 4.2	Indikator Kuesioner <i>Zung Self Rating Anxiety Scale</i> (ZRAS)	58
Tabel 4.3	Indikator Kuesioner <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> (PSQI).....	59
Tabel 4.4	Kisi-Kisi Kuesioner <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> (PSQI).....	59
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	65
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	65
Tabel 5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	66
Tabel 5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Kepegawaian	66
Tabel 5.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan	67
Tabel 5.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Tempat Tinggal	67
Tabel 5.7	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Vaksinasi	67
Tabel 5.8	Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Dinas.....	68
Tabel 5.9	Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Keluarga.....	68
Tabel 5.10	Karakteristik Responden Berdasarkan Konsumsi Obat	69
Tabel 5.11	Tingkat Kecemasan Perawat.....	69
Tabel 5.12	Kualitas Tidur Perawat.....	70
Tabel 5.13	Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Siklus Hidup <i>SARS-CoV-2</i>	8
Gambar 2.2	Rentang Respon Kecemasan	31
Gambar 2.3	Model Adaptasi Calista Roy	46
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual	51
Gambar 4.1	Bagan Penelitian.....	53
Gambar 4.2	Kerangka Kerja Penelitian	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar <i>Informed Consent</i>	87
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP)	88
Lampiran 3. Kuesioner Karakteristik Responden	91
Lampiran 4. Kuesioner Tingkat Kecemasan <i>Zung Self Rating Anxiety Scale</i>	92
Lampiran 5. Kuesioner Kualitas Tidur <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>	94
Lampiran 6. Surat Pengantar Penelitian	96
Lampiran 7. Security Clearance	97
Lampiran 8. Hasil Perhitungan SPSS	98
Lampiran 9. <i>Curriculum Vitae</i>	104

DAFTAR SINGKATAN

ACE-2	: Angiotensin-Converting Enzyme 2
ACTH	: Adrenocorticotropin Hormone
APD	: Alat Pelindung Diri
ARB	: Angiotensin Receptor Blocker
ARDS	: Acute Respiratory Distress Syndrome
BMR	: Basal Metabolic Rate
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
<i>COVID-19</i>	: Coronavirus Disease 2019 adalah coronavirus jenis baru
CPR	: Cardiopulmonary Resuscitation
CRH	: Corticotrophin Releasing Hormone
CT Scan	: Computed Tomography Scan
ICTV	: International Committee on Taxonomy of Viruses
ICU	: Intensive Care Unit
ISPA	: Infeksi Saluran Pernapasan Akut
KID	: Koagulasi Intravaskular Diseminata
LED	: Laju Endap Darah
NREM	: Non-Rapid Eye Movement
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
PSQI	: Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
REM	: Rapid Eye Movement
RNA	: Ribonukleat Asam
RT-PCR	: Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction
SARI	: Saverage Acute Respiratory Infection
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome
<i>SARS-CoV-2</i>	: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
TRH	: Thiotropic Releasing Hormone
TTH	: Thiotopic Hormone
WHO	: World Health Organization
ZRAS	: Zung Self Rating Anxiety Scale

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Corona virus disease 2019 (COVID-19) adalah corona virus jenis baru yang disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)* yang digolongkan sebagai penyakit menular yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia (Kemenkes, 2020). Peningkatan jumlah kasus yang pesat membuat *World Health Organization (WHO)* menetapkannya sebagai pandemi (WHO, 2020). Pandemi ini menyebabkan tekanan yang luar biasa pada perawat. Peningkatan beban kerja, kelelahan fisik, alat pelindung diri yang tidak memadai, tranmisi nosokomial, dan tuntutan untuk menentukan keputusan dapat memiliki efek pada kesehatan fisik dan mental perawat. Oleh karena itu, perawat sangat rentan terhadap masalah kesehatan mental yang termasuk gangguan tidur (insomnia) dan kecemasan (Pappa, 2020). Kecemasan mempunyai dampak yang merugikan pada pikiran serta tubuh bahkan dapat menimbulkan penyakit fisik (Dinah, 2020). Kozier (2010) mengatakan kondisi cemas akan meningkatkan norepinefrin darah melalui sistem saraf simpatis. Zat ini akan mengurangi tahap IV NREM dan REM. Oleh karena hal tersebut banyak perawat yang mengeluh mengalami kualitas tidur yang buruk karena kecemasan yang mereka alami saat pandemi *Covid-19*. Tingkat kecemasan dalam tingkat apapun masih dapat mempengaruhi buruknya kualitas tidur pada tenaga kesehatan khususnya perawat karena rasa takut yang terus menerus dirasakan serta stressor yang tidak kunjung selesai dapat menimbulkan kualitas tidur yang buruk (Korkmaz, 2020).

Penyakit ini menyebar dengan cepat dan terus bertambah setiap harinya. Saat ini, per 19 September 2020, data WHO mencatat adanya 30.055.710 kasus. Amerika Serikat menempati posisi pertama dengan 6.571.119 kasus, sedangkan Indonesia berada pada posisi ke-23 dengan jumlah 232.628 kasus dan angka kematian sebanyak 9.222 (WHO, 2020). Jawa Timur menduduki peringkat kedua setelah DKI Jakarta dengan 39.993 (16,9%) kasus dan di Kota Surabaya sendiri saat ini berstatus sebagai resiko sedang dengan 16.977 kasus positif dan 1212 kasus meninggal dunia (Pemrov, 2020). Penyebaran yang sangat cepat ini menyebabkan perawat sebagai garda terdepan semakin tertekan. Akibatnya, peningkatan rasa cemas dan gangguan kualitas tidur tidak bisa dihindari. Menurut Huang (2020) kesehatan mental dari 1.257 perawat di 34 rumah sakit di Tiongkok mengalami gejala kecemasan 45% dan gangguan tidur sebanyak 34%. Penelitian lain dari Sevda Korkmaz (2020) menyatakan bahwa 44,6% perawat mengalami kecemasan dan 34% mengalami gangguan tidur serta terdapat korelasi positif antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur yang dialami oleh perawat. Di Indonesia sendiri, berdasarkan hasil penelitian FIK-UI dan IPKJI (2020) sebanyak 70% perawat merasakan kecemasan (Dinah, 2020). Dalam wawancara singkat dengan perawat di salah satu rumah sakit menyebutkan bahwa merasa cemas dan mengalami kesulitan untuk memulai tidur karena belum adanya vaksin yang teruji secara klinis, alat pelindung diri yang terbatas, serta rasa takut tertular oleh penyakit itu sendiri, khususnya mereka yang memiliki anak kecil.

Santoso (2020) mengatakan bahwa memberikan asuhan keperawatan pada pasien *COVID-19* dapat berdampak negatif pada psikologis perawat. Dampak negatif psikologis yang dialami oleh perawat yakni gangguan tidur dan kecemasan.

Kecemasan adalah status emosional negatif yang dipersepsikan secara individual dan merupakan salah satu gangguan psikologis yang sering dialami oleh perawat. Penyebab perawat mengalami kecemasan yaitu dikarenakan dalam kondisi pandemi *COVID-19* seperti ini tuntutan kerja perawat semakin tinggi, waktu kerja semakin lama, jumlah pasien terus meningkat, sulit mendapat dukungan sosial karena stigma masyarakat terhadap petugas kesehatan, alat pelindung diri yang membatasi gerak, kurang informasi tentang paparan jangka panjang pada orang-orang yang terinfeksi, dan rasa takut akan menularkan *COVID-19* pada teman dan keluarga karena bidang pekerjaannya. Hasil penelitian terkait mengatakan bahwa perawat lebih memilih bekerja 6 jam terus menerus dalam 1 *shift* dengan tumpang tindih 1 jam diakhir *shift* karena dapat menurunkan tingkat kecemasan perawat (Astuti, 2020). Kecemasan ini pula dapat menjadi faktor resiko terjadinya gangguan kualitas tidur pada perawat. Kualitas tidur yang buruk dan tidak segera diatasi dapat menimbulkan menurunnya tingkat konsentrasi, menurunnya kemampuan berpikir kritis, mudah lelah sehingga meningkatkan resiko cedera untuk diri sendiri maupun pasien, dan ketidakstabilan tanda-tanda vital. Dampak jangka panjang dalam hal kesehatan fisik yang dapat dialami akibat kualitas tidur yang buruk ialah hipertensi, serangan jantung, stroke, dan diabetes (Trisnawati, 2017). Sedangkan untuk kesehatan psikologis dampak jangka panjang yang bisa diakibatkan oleh tingkat kecemasan yang tinggi dan kualitas tidur yang buruk dapat menyebabkan daya tahan tubuh atau imunitas seseorang menjadi menurun, sehingga para tenaga medis ini berisiko untuk tertular corona virus (IASC, 2020).

Intervensi atau perencanaan solusi yang sesuai sangat penting untuk meningkatkan ketahanan psikososial dari perawat dan dapat memperkuat sistem

pelayanan kesehatan (Dinah, 2020). Untuk itu solusi yang bisa ditawarkan adalah perawat dapat bekerja dengan prinsip *safety*, menggunakan alat pelindung diri sesuai dengan standart yang diberikan rumah sakit, meminimalkan kontak dengan pasien, tetap menjalin hubungan dengan keluarga dan teman sebagai *support system*, membuat *support group* antar perawat (IASC, 2020). Tidak kalah penting juga pelatihan khusus bagi perawat untuk penanganan pasien *Covid-19* dan pengelolaan tenaga perawat seperti kapasitas tenaga dan jumlah shift yang seimbang (Astuti, 2020). Pemberlakuan *Napping* (tidur dengan durasi sebentar kurang dari 30 menit meski sesingkat 6 hingga 10 menit) dapat juga dijadikan sebagai solusi untuk meningkatkan kualitas tidur perawat (Kemenkes, 2020). Mengajarkan teknik distraksi dapat juga membuat pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus kecemasan yang mengakibatkan lebih sedikit stimulus kecemasan yang ditransmisikan ke otak (Potter, 2010). Deteksi dini untuk dari tingkat kecemasan dan kualitas tidur perawat pun perlu dilakukan. Dengan dilakukannya deteksi dini maka persoalan tersebut dapat segera ditangani sebelum menjadi lebih berat. Oleh karena itu peneliti ingin mengambil topik mengenai hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisa hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat kecemasan perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Mengidentifikasi kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya
3. Menganalisa hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai sumber informasi dan pengetahuan untuk mengantisipasi terjadinya kecemasan pada perawat sehingga tidak mengganggu kualitas tidurnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran kepada perawat mengenai bagaimana tingkat kecemasan dapat mempengaruhi kualitas tidur dan pentingnya mempunyai kualitas tidur yang baik agar dapat menjaga imunitas untuk mencegah tertularnya *Covid-19*.

2. Bagi Institusi STIKES Hang Tuah Surabaya

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk penambahan materi tertentu yang berhubungan dengan dampak psikologi sehingga setiap individu memiliki kemampuan untuk mengolah manajemen kopingnya.

3. Bagi Lahan Penelitian RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi dan data untuk mengetahui bagaimana tingkat kecemasan dapat mempengaruhi kualitas tidur perawat sehingga pelayanan kesehatan yang bersangkutan mampu memberikan dukungan dan bantuan untuk anggotanya.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi yang berguna bagi pembaca dan para peneliti yang akan melakukan penelitian selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 tinjauan pustaka ini membahas mengenai konsep, landasan teori, dan berbagai aspek yang berhubungan dengan topik penelitian yang akan dilakukan meliputi: Konsep *Covid-19*, Konsep Kecemasan, Konsep Kualitas Tidur, Konsep Model Teori Keperawatan, dan Hubungan Antar Konsep.

2.1 Konsep *Covid-19*

2.1.1 Definsi *Covid-19*

Covid-19 adalah penyakit menular yang disebabkan oleh tipe baru coronavirus dengan gejala umum demam, kelemahan, batuk, kejang dan diare (WHO, 2020). Pada Desember 2019, sejumlah pasien dengan pneumonia misterius dilaporkan untuk pertama kalinya di Wuhan, Cina. Virus ini telah dinamai sindrom pernapasan akut parah *coronavirus 2 (SARS-CoV-2)* dan dapat bergerak cepat dari manusia ke manusia melalui kontak langsung (Li, 2020).

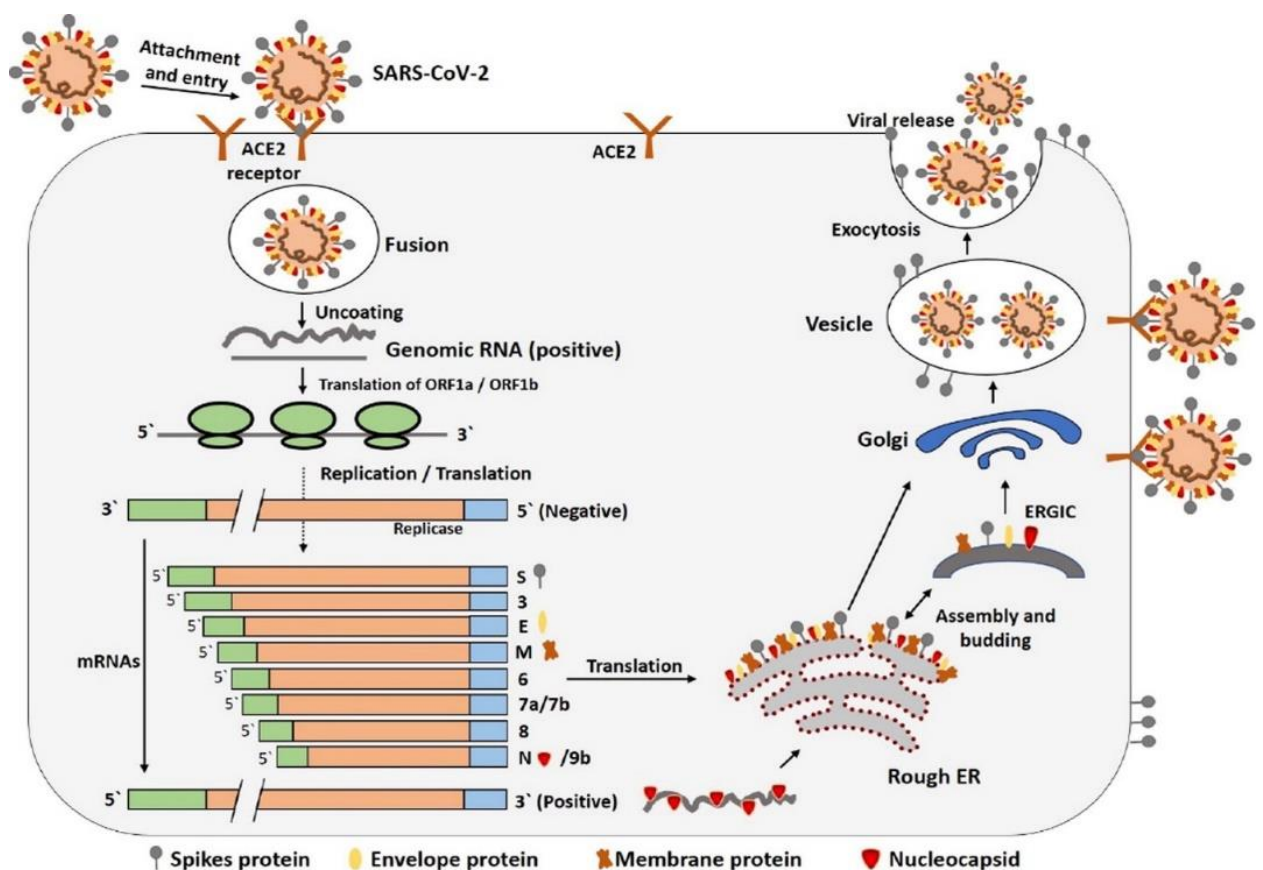
2.1.2 Etiologi

Penyebab *COVID-19* adalah virus yang tergolong dalam family *coronavirus*. *Coronavirus* merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. Terdapat 4 struktur protein utama pada *Coronavirus* yaitu: protein N (*nukleokapsid*), *glikoprotein M* (membran), *glikoprotein spike S* (spike), protein E (selubung).

Corona virus yang menjadi etiologi *COVID-19* termasuk dalam genus betacoronavirus, umumnya berbentuk bundar dengan beberapa pleomorfik, dan

berdiameter 60-140 nm. Hasil analisis filogenetik menunjukkan bahwa virus ini masuk dalam subgenus yang sama dengan coronavirus yang menyebabkan wabah SARS pada 2002-2004 silam, yaitu *Sarbecovirus*. Atas dasar ini, *International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV)* memberikan nama penyebab *COVID-19* sebagai *SARS-CoV-2* (Kemenkes, 2020)

2.1.3 Patofisiologi



Gambar 2.1 Siklus Hidup *SARS-CoV-2* (Shereen, 2020).

Corona virus hanya bisa memperbanyak diri melalui sel host-nya. Virus tidak bisa hidup tanpa sel host. Pada manusia, *SARS-CoV-2* terutama menginfeksi sel-sel pada saluran napas yang melapisi alveoli. *SARS-CoV-2* akan berikatan dengan reseptor-reseptor dan membuat jalan masuk ke dalam sel. Glikoprotein yang

terdapat pada envelope spike virus akan berikatan dengan reseptor selular berupa ACE-2 (*Angiotensin-Converting Enzyme 2*). ACE-2 dapat ditemukan pada mukosa oral dan nasal, nasofaring, paru, lambung, usus halus, usus besar, kulit, sum-sum tulang, timus, limpa, hati, ginjal, otak, sel epitel alveolar paru, sel enterosit usus halus, sel endotel arteri vena, dan sel otot polos. Di dalam sel, *SARS-CoV-2* melakukan duplikasi materi genetik dan mensintesis protein-protein yang dibutuhkan, kemudian membentuk virion baru yang muncul di permukaan sel (Liu, 2020)

Sama dengan *SARS-CoV*, pada *SARS-CoV-2* diduga setelah virus masuk ke dalam sel, genom RNA virus akan dikeluarkan ke sitoplasma sel dan ditranslasikan menjadi dua poliprotein dan protein struktural. Selanjutnya, genom virus akan mulai untuk bereplikasi. Glikoprotein pada selubung virus yang baru terbentuk masuk ke dalam membran retikulum endoplasma atau Golgi sel. Terjadi pembentukan nukleokapsid yang tersusun dari genom RNA dan protein nukleokapsid. Partikel virus akan tumbuh ke dalam retikulum endoplasma dan Golgi sel. Pada tahap akhir, vesikel yang mengandung partikel virus akan bergabung dengan membran plasma untuk melepaskan komponen virus yang baru.

Setelah terjadi tranmisi, virus masuk ke saluran napas atas kemudian bereplikasi di sel epitel saluran nafas atas (melakukan siklus hidupnya). Setelah itu menyebar ke saluran napas bawah. Pada infeksi akut terjadi peluruhan virus dari saluran pernafasan dan virus dapat berlanjut meluruh beberapa waktu di sel gastrointestinal setelah penyembuhan. Masa inkubasi virus sampai muncul penyakit sekitar 3-7 hari (Yuliana, 2020).

2.1.4 Faktor Resiko

Penyakit komorbid seperti hipertensi dan diabetes melitus, serta jenis kelamin laki-laki, dan perokok aktif dapat digolongkan menjadi faktor resiko dari infeksi *SARS-CoV-2*. Laki-laki ditemukan lebih banyak prevalensinya karena banyak diantaranya menjadi perokok aktif. Pada perokok, hipertensi, dan diabetes melitus diduga ada peningkatan ekspresi reseptor ACE-2 (Susilo, 2020). Penelitian (Diaz, 2020) mengatakan bahwa pengguna penghambat ACE (ACE-1) atau angiotensin receptor blocker (ARB) berisiko mengalami *COVID-19* lebih berat.

Faktor risiko lain yang telah ditetapkan oleh *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* antara lain kontak erat, termasuk didalamnya tinggal satu rumah dengan pasien *Covid-19*, memiliki riwayat perjalanan ke area terjangkit, berada dalam satu lingkungan meskipun tidak kontak dekat (dalam radius 2 meter). Tenaga medis juga menjadi salah satu populasi yang berisiko tinggi tertular. (Susilo, 2020)

2.1.5 Manifestasi Klinis

1. Gejala Klinis

Gejala yang ditimbulkan oleh *Covid-19* dapat digolongkan menjadi gejala ringan, sedang atau berat. Gejala klinis utama yang muncul ialah demam (suhu 38°C), batuk, dan kesulitan bernafas. Selain hal-hal yang sudah disebutkan tadi, dapat disertai dengan sesak yang memberat, fatigue, mialgia, gejala gastrointestinal seperti diare dan gejala saluran nafas lain. Setengah dari pasien muncul sesak dalam satu minggu. Pada kasus berat perburukan secara cepat dan progresif, seperti ARDS, syok septik, asidosis metabolik yang sulit dikoreksi dan perdarahan atau disfungsi sistem koagulasi dalam beberapa hari. Pada beberapa pasien, gejala

yang muncul ringan, bahkan tidak disertai dengan demam. Kebanyakan pasien memiliki prognosis baik, dengan sebagian kecil dalam kondisi kritis bahkan meninggal (Wang, 2020)

2. Klasifikasi Klinis

a. Tidak Berkomplikasi

Kondisi teringan yang disertai dengan gejala yang tidak spesifik. Gejala utama tetap muncul seperti demam, batuk, dapat disertai dengan nyeri tenggorokan, malaise, kongesti hidung, sakit kepala, dan nyeri otot. Pada pasien lanjut usia dan pasien immunocompromises gejala menjadi tidak khas atau atipikal. Selain itu, pada beberapa kasus tidak disertai dengan demam dan gejala relatif ringan. Pada kondisi ini pasien tidak memiliki gejala komplikasi diantaranya dehidrasi, sepsis, atau nafas pendek.

b. Pneumonia Ringan

Gejala utama yang muncul seperti demam, batuk, dan sesak namun tidak ditemui gejala pneumonia berat. Pada anak-anak dengan pneumonia tidak berat ditandai dengan batuk atau susah bernafas atau tampak sesak disertai nafas cepat atau takipneu tanpa adanya pneumonia berat.

Definisi takipnea pada anak:

- 1) < 2 bulan : ≥ 60 x/menit
- 2) 2-11 bulan : ≥ 50 x/menit
- 3) 1-5 tahun : ≥ 40 x/menit

c. Pneumonia Berat

Pada pasien dewasa, gejala yang muncul diantaranya adanya demam atau curiga infeksi saluran nafas sedangkan untuk tanda yang muncul yaitu takipnea (frekuensi nafas $> 30x$ /menit), distress nafas berat.

d. *Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)*

Onset: baru atau perburukan gejala respirasi dalam 1 minggu setelah diketahui kondisi klinis. Derajat ringan beratnya ARDS berdasarkan kondisi hipoksemia. Hipoksemia didefinisikan tekanan oksigen arteri (PaO_2) dibagi fraksi oksigen inspirasi (FIO_2) kurang dari < 300 mmHg.

Pemeriksaan penunjang yang penting yaitu pencitraan toraks seperti foto toraks, CT Scan toraks atau USG paru. Pada pemeriksaan pencitraan dapat ditemukan: opasitas bilateral, tidak menjelaskan oleh karena efusi, lobar atau kolaps paru atau nodul. Sumber dari edema tidak sepenuhnya dapat dijelaskan oleh gagal jantung atau kelebihan cairan, dibutuhkan pemeriksaan objektif lain seperti ekokardiografi untuk mengeksklusi penyebab hidrostatik penyebab edema jika tidak ada faktor risiko. Penting dilakukan analisis gas darah untuk melihat tekanan oksigen darah dalam menentukan tingkat keparahan ARDS serta terapi.

e. Sepsis

Kondisi respons disregulasi tubuh terhadap suspek infeksi yang terbukti dengan disertai disfungsi organ merupakan pengertian dari sepsis. Disfungsi organ memiliki tanda diantaranya adalah perubahan status mental, susah bernapas atau frekuensi napas cepat, saturasi oksigen rendah, keluaran urin berkurang, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba

lemah, akral dingin atau tekanan darah rendah, kulit mottling atau terdapat bukti laboratorium koagulopati, trombositopenia, asidosis, tinggi laktat atau hiperbilirubinemia.

f. Syok Septik

Syok septik adalah hipotensi persisten setelah resusitasi volum adekuat sehingga diperlukan vasopressor untuk mempertahankan MAP \geq 65 mmHg dan serum laktat > 2 mmol/L (PDPI, 2020).

2.1.6 Penegakkan Diagnosis

1. Pasien dalam pengawasan atau kasus suspek / *possible*

Seseorang yang mengalami salah satu dari kriteria berikut:

- 1) Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) DAN pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal.
- 2) Orang dengan salah satu gejala/tanda ISPA DAN pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi/probable *COVID-19*.
- 3) Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit DAN tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.

2. Kasus Probable

Kasus suspek dengan ISPA berat / ARDS / meninggal dengan hasil gambaran klinis yang meyakinkan *COVID-19* dan belum ada hasil pemeriksaan laboratorium RT-PCR.

3. Kasus Konfirmasi

Orang yang dinyatakan positif terinfeksi *COVID-19* dan dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium RT-PCR

Kasus konfirmasi digolongkan menjadi dua:

- a. Kasus konfirmasi dengan gejala atau simptomatik
- b. Kasus konfirmasi tanpa gejala atau asimtomatik

4. Kontak erat

Orang yang memiliki riwayat kontak dengan kasus probable atau konfirmasi *COVID-19*. Riwayat kontak yang dimaksud antara lain:

- a. Kontak tatap muka/berdekatan dengan kasus probable atau kasus konfirmasi dalam radius 1 meter dan dalam jangka waktu 15 menit atau lebih.
- b. Sentuhan fisik langsung dengan kasus probable atau konfirmasi (seperti bersalaman, berpegangan tangan, dan lain-lain).
- c. Orang yang memberikan perawatan langsung terhadap kasus probable atau konfirmasi tanpa menggunakan APD yang sesuai standar.
- d. Situasi lainnya yang mengindikasikan adanya kontak berdasarkan penilaian risiko lokal yang ditetapkan oleh tim penyelidikan epidemiologi setempat (penjelasan sebagaimana terlampir).

Pada kasus probable atau konfirmasi yang bergejala (simptomatik), untuk menemukan kontak erat periode kontak dihitung dari 2 hari sebelum kasus timbul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus timbul gejala. Pada kasus konfirmasi yang tidak bergejala (asimptomatik), untuk menemukan kontak erat periode kontak dihitung dari 2 hari sebelum dan 14 hari setelah tanggal pengambilan spesimen kasus konfirmasi

5. *Discarded*

Discarded apabila memenuhi salah satu kriteria berikut:

- a. Seseorang dengan status kasus suspek dengan hasil pemeriksaan RT-PCR 2 kali negatif selama 2 hari berturut-turut dengan selang waktu >24 jam.
- b. Seseorang dengan status kontak erat yang telah menyelesaikan masa karantina selama 14 hari.

6. Selesai Isolasi

Selesai isolasi dinyatakan apabila memenuhi salah satu kriteria berikut:

- a. Kasus konfirmasi tanpa gejala yang tidak dilakukan pemeriksaan follow up RT-PCR dengan ditambah 10 hari isolasi mandiri sejak pengambilan spesimen diagnosis konfirmasi
- b. Kasus probable/kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik) yang tidak dilakukan pemeriksaan follow up RT-PCR dihitung 10 hari sejak tanggal onset dengan ditambah minimal 3 hari setelah tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan.
- c. Kasus probable/kasus konfirmasi dengan gejala (simptomatik) yang mendapatkan hasil pemeriksaan follow up RT-PCR 1 kali negatif, dengan ditambah minimal 3 hari setelah tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pernapasan (Kemenkes, 2020)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan radiologi: CT-scan toraks, USG toraks
2. Pemeriksaan spesimen saluran napas atas dan bawah
 - a. Saluran napas atas dengan menggunakan swab tenggorok (nasofaring dan orofaring)

- b. Saluran napas bawah (sputum, bilasan bronkus, bila menggunakan endotrakeal tube dapat berupa aspirat endotrakeal).
3. Pemeriksaan kimia darah
 - a. Darah lengkap, leukosit dapat ditemukan normal atau menurun: hitung jenis limfosit menurun. Pada kebanyakan pasien LED dan CPR meningkat
 - b. Analisa gas darah
 - c. Fungsi hepar (pada beberapa pasien enzim liver dan otot meningkat)
 - d. Fungsi ginjal
 - e. Gula darah sewaktu
 - f. Elektrolit
 - g. Faal hemostasis
 - h. Prokalsitonin (bila dicurigai bakterialis)
 - i. Laktat (bila dicurigai sepsis)
4. Bronkoskopi
5. Pungsi pleura sesuai kondisi
6. Biakan mikroorganisme dan uji kepekaan dari bahan saluran napas (sputum, bilasan bronkus, cairan pleura) dan darah. Kultur darah untuk terapi antibiotik.
7. Pemeriksaan feses dan urin (Kemenkes, 2020)

2.1.8 Tatalaksana Umum

1. Isolasi pada semua kasus. Sesuai dengan gejala klinis yang muncul, baik ringan maupun sedang.
2. Implementasi pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI).
3. Foto toraks untuk menilai perkembangan penyakit.

4. Suplementasi oksigen.

Pemberian terapi oksigen segera kepada pasien dengan distress napas, hipoksemia atau syok. Terapi oksigen pertama sekitar 5l/menit dengan target SpO₂ ≥90% pada pasien tidak hamil dan ≥ 92-95% pada pasien hamil. Tidak ada napas atau obstruksi, distress respirasi berat, sianosis sentral, syok, koma dan kejang merupakan tanda gawat pada anak. Kondisi tersebut harus diberikan terapi oksigen selama resusitasi dengan target SpO₂ ≥ 94%, jika tidak dalam kondisi gawat target SpO₂ ≥ 90%.

5. Kenali kegagalan napas hipoksemia berat.

Pasien dengan distress napas yang gagal dengan terapi standar oksigen termasuk gagal napas hipoksemia berat. Pasien masih menunjukkan usaha napas yang berat walaupun sudah diberikan oksigen dengan masker dengan reservoir (kecepatan aliran 10-15 liter/menit).

6. Terapi cairan

Terapi cairan konservatif diberikan jika tidak ada bukti syok. Pasien dengan SARI harus diperhatikan dalam terapi cairannya, karena jika pemberian cairan terlalu agresif dapat memperberat kondisi distress napas atau oksigenasi.

7. Antibiotik empiris

8. Terapi simptomatik

Terapi simptomatik diberikan sesuai dengan tanda gejala yang muncul seperti antipiretik, obat batuk dan lainnya jika memang diperlukan.

9. Pemberian kortikosteroid

Tidak rutin diberikan pada tatalaksana pneumonia viral atau ARDS selain ada indikasi lain karena disimpulkan kurang efikasi dan kemungkinan berbahaya sehingga pemberian kortikosteroid sistemik sebaiknya dihindari.

10. Observasi ketat

Kondisi pasien perlu diobservasi ketat terkait tanda-tanda perburukan klinis, kegagalan respirasi progresif yang cepat, dan sepsis sehingga penanganan intervensi suportif dapat dilakukan dengan cepat.

11. Pahami komorbid pasien

Selama tatalaksana intensif, tentukan terapi kronik mana yang perlu dilanjutkan dan mana yang harus dihentikan sementara.

Hingga saat ini belum ditemukan penelitian atau bukti tatalaksana spesifik pada *Covid-19*. Pada studi terhadap *SARSCoV*, kombinasi lopinavir dan ritonavir dikaitkan dengan memberi manfaat klinis. Saat ini penggunaan lopinavir dan ritonavir masih diteliti terkait efektivitas dan keamanan pada infeksi *COVID-19*. Tatalaksana yang belum teruji / terlisensi hanya boleh diberikan dalam situasi uji klinis yang disetujui oleh komite etik atau melalui Monitored Emergency Use of Unregistered Interventions Framework (MEURI), dengan pemantauan ketat. Selain itu, saat ini belum ada vaksin untuk mencegah pneumonia *COVID-19* ini (PDPI, 2020)

2.1.9 Komplikasi

Susilo (2020) mengatakan bahwa komplikasi utama pada pasien *COVID-19* adalah ARDS, tetapi penelitian lain (Yang, et al) menunjukkan data dari 52 pasien kritis bahwa komplikasi pada pasien *COVID-19* tidak terbatas pada ARDS namun

juga dapat komplikasi lain seperti gangguan ginjal akut (29%), jejas kardiak (23%), disfungsi hati (29%), dan pneumothorax (2%). Komplikasi lain yang dilaporkan adalah syok septis, koagulasi intravaskular diseminata (KID), rabdomiolisis, hingga pneumomediastrium.

2.1.10 Prognosis

Prognosis *COVID-19* dipengaruhi oleh banyak faktor. Yang (2020) melaporkan tingkat mortalitas pasien *COVID-19* berat mencapai 38% dengan median lama perawatan di ruang ICU hingga meninggal selama 7 hari. Peningkatan jumlah kasus yang cepat dapat membuat rumah sakit kewalahan. Hal ini meningkatkan mortalitas di fasilitas kesehatan tersebut. Penelitian lain mengatakan perbaikan nilai eosinofil pada pasien yang awalnya eosinofil rendah diduga dapat menjadi prediktor kesembuhan (Susilo, 2020)

2.1.11 Pengaruh Pandemi Covid-19 Pada Perawat

Natasha Shaukat (2020) mengatakan bahwa adanya pandemi *COVID-19* ini dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik dan psikologis perawat. Dampak psikologis yang dialami oleh perawat diantaranya yakni kecemasan dan gangguan tidur. Sedangkan untuk dampak kesehatan fisik yang dirasakan antara lain kerusakan kulit akibat penggunaan alat pelindung diri yang berlapis-lapis dalam jangka waktu yang lama, demam, batuk, dan kelelahan.

Santoso (2020) mengatakan bahwa memberikan asuhan keperawatan pada pasien *COVID-19* dapat berdampak negatif pada psikologis perawat. Dampak negatif psikologis yang dialami oleh perawat yakni gangguan tidur dan kecemasan. Kecemasan adalah status emosional negatif yang dipersepsikan secara individual dan merupakan salah satu gangguan psikologis yang sering dialami oleh perawat.

Penyebab perawat mengalami kecemasan yaitu dikarenakan dalam kondisi pandemi *COVID-19* seperti ini tuntutan kerja perawat semakin tinggi, waktu kerja semakin lama, jumlah pasien terus meningkat, sulit mendapat dukungan sosial karena stigma masyarakat terhadap petugas kesehatan, alat pelindung diri yang membatasi gerak, kurang informasi tentang paparan jangka panjang pada orang-orang yang terinfeksi, dan rasa takut akan menularkan *COVID-19* pada teman dan keluarga karena bidang pekerjaannya. Tingkat kecemasan yang tinggi dapat menyebabkan daya tahan tubuh atau imunitas seseorang menjadi menurun, sehingga para tenaga medis ini berisiko untuk tertular corona virus (IASC, 2020).

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan atau *anxiety* adalah salah satu bentuk emosi individu yang berkenaan dengan adanya rasa terancam oleh sesuatu, biasanya objek ancamannya tidak begitu jelas. Kecemasan dengan intensitas yang wajar dapat dianggap memiliki nilai positif sebagai motivasi individu, tetapi apabila intensitasnya tinggi dan bersifat negatif dapat menimbulkan kerugian dan dapat mengganggu keadaan fisik maupun psikis individu yang bersangkutan (Gustiar, 2010).

Maisaroh (2011) menyatakan bahwa kecemasan dapat timbul jika ego menghadapi ancaman impuls yang tidak dapat dikendalikan. Kecemasan tidak selalu berdasarkan atas kenyataan namun juga dapat berdasarkan imajinasi individu. Kecemasan yang tidak rasional ini biasanya disebabkan oleh ketakutan individu akan ketidakmampuan diri sendiri. Selain itu, pengalaman manusiawi yang universal dan respon emosional yang tidak menyenangkan serta penuh kekhawatiran dan juga rasa takut yang tidak terarah karena sumber ancaman atau

pikiran tentang sesuatu yang akan datang tidak jelas dan tidak terdefiniskan dapat menyebabkan munculnya rasa cemas.

2.2.2 Penyebab Kecemasan

Stuart (2015) menjelaskan kecemasan disebabkan oleh:

1. Faktor Predisposisi

- a. Menurut pandangan *psikoanalitis*, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian: id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani serta dikendalikan oleh norma budaya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari kedua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi kecemasan adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya.
- b. Menurut pandangan *interpersonal*, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang akan menimbulkan kerentanan khusus. Individu dengan harga diri yang rendah rentan mengalami kecemasan yang berat.
- c. Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Kecemasan dapat dijadikan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan.
- d. Kajian keluarga mempengaruhi adanya gangguan kecemasan.
- e. Kajian biologis menunjukkan bahwa otak memiliki reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi

asam gama-aminobutirat (GABA) yang berperan dalam mekanisme biologi yang berhubungan dengan kecemasan.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart (2015) menjelaskan faktor yang termasuk dalam faktor presipitasi adalah:

a. Faktor Eksternal

1. Ancaman terhadap integritas fisik yaitu penurunan kemampuan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari misalnya berkaitan dengan penyakit atau trauma.

2. Ancaman terhadap sistem diri yaitu ancaman terhadap identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada seseorang.

b. Faktor Internal

1. Usia, gangguan kecemasan lebih mudah dialami oleh usia yang lebih muda.

2. Jenis kelamin, wanita lebih mudah mengalami cemas dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini dikarenakan wanita terlalu peka terhadap emosinya sehingga dapat menyebabkan sebuah kecemasan.

3. Tingkat pengetahuan, individu yang memiliki tingkat pengetahuan lebih tinggi biasanya dapat mempersepsikan sesuatu berdasarkan informasi maupun dari pengamalan yang pernah dialami oleh individu tersebut.

4. Tipe kepribadian

5. Lingkungan dan situasi, individu yang berada pada lingkungan atau situasi yang baru akan lebih mudah mengalami kecemasan. Caillet

(2020) mengatakan bahwa bekerja di Ruang ICU sudah menjadi beban kerja tersendiri yang dapat berpengaruh pada tingkat kecemasan perawat karena tuntutan yang begitu tinggi dan ditambah lagi dengan kondisi pandemi saat ini.

2.2.3 Sumber Kecemasan

1. Frustrasi (Tekanan Perasaan)

Frustrasi adalah kegagalan memperoleh kepuasan, rintangan terhadap aktivitas yang diarahkan untuk mencapai tujuan tertentu, keadaan emosional yang diakibatkan oleh rasa terkekang, kecewa, dan kekalahan.

2. Konflik

Ketidakpastian di dalam suatu pendapat emosi dan tindakan orang lain. Keadaan mental merupakan hasil implus-impuls, hasrat-hasrat, keinginan, dan sebagainya yang saling bertentangan namun bekerja pada saat yang sama.

3. Ancaman

Nugroho (2011) mengemukakan bahwa ancaman merupakan peringatan yang harus diperhatikan dan diatasi agar tidak terjadi.

4. Harga Diri

Harga diri bukan merupakan faktor yang dibawa sejak lahir, tetapi merupakan faktor yang dipelajari dan terbentuk berdasarkan pengalaman individu. Individu yang kurang mempunyai harga diri akan menganggap bahwa dirinya tidak cakap atau cenderung kurang percaya pada kemampuan dirinya dalam menghadapi lingkungan secara efektif dan akhirnya akan mengalami berbagai kegagalan

5. Lingkungan

Lingkungan didefinisikan sebagai semua kondisi, keadaan, dan faktor lain yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu atau kelompok. Kondisi pandemi *Covid-19* saat ini dapat berdampak pada meningkatnya rasa cemas itu sendiri (Dinah, 2020).

2.2.4 Neurofisiologi Kecemasan

Molina (2010) menjelaskan neurofisiologi kecemasan dimuali dengan adanya respon sistem saraf otonom terhadap rasa takut dan menimbulkan aktivitas involunter pada tubuh yang termasuk dalam mekanisme pertahanan diri. Dalam keadaan seperti ini hipotalamus akan diaktifkan dan selanjutnya akan mengaktifkan dua jalur utama yaitu sistem endokrin (korteks adrenal) dan sistem saraf otonom (simpatis dan parasimpatis).

Sistem endokrin akan aktif setelah hipotalamus menerima stimulus kecemasan, bagian anterior hipotalamus akan melepaskan *Corticotrophin Releasing Hormone (CRH)* yang akan menginstruksikan kelenjar hipofisis bagian anterior untuk mensekresikan *Adrenocorticotropin Hormone (ACTH)*. Dengan disekresikannya hormon ACTH ke dalam darah maka hormon ini mengaktifkan zona fasikulata korteks adrenal untuk mensekresikan hormon glukokortikoid yaitu kortisol. Hormon kortisol berperan dalam proses umpan balik negatif yang dihantarkan ke hipotalamus dan kemudian diteruskan ke amigdala untuk memperkuat pengaruh cemas terhadap emosi seseorang. Selain itu, umpan balik negatif ini merangsang hipotalamus bagian anterior untuk melepas hormon *Thirotropic Releasing Hormone (TRH)* dan akan menginstruksikan kelenjar hipofisis anterior untuk melepaskan *Thirotopic Hormone (TTH)*. TTH ini akan menstimulasi kelenjar tiroid

untuk mensekresikan hormon tiroksin yang mengakibatkan perubahan tekanan darah, frekuensi nadi, peningkatan *Basal Metabolic Rate (BMR)*, peningkatan asam lemak bebas, dan juga tingkat ansietas. Menurut Aida (2018) terdapat bagian di otak bagian belakang yang didalamnya terdapat hormone endorphine yang mengatur pusat kesenangan dan kenyamanan sehingga membantu individu untuk melakukan coping positif untuk kecemasan yang dirasakan.

2.2.5 Tanda dan Gejala

Menurut Nasir (2011) gejala umum yang sering muncul ketika seseorang mengalami kecemasan yaitu:

1. Perasaan ketakutan
2. Konsentrasi terganggu
3. Tegang dan gelisah
4. Antisipasi yang memburuk
5. Cepat marah dan resah
6. Merasakan adanya tanda-tanda bahaya
7. Merasa seperti hilang dan pikiran kosong

Sedangkan untuk gejala fisik yang dirasakan antara lain:

1. Jantung berdebar
2. Berkeringat
3. Mual-mual dan pusing
4. Peningkatan frekuensi BAB atau diare
5. Sesak nafas, tremor, dan kejang
6. Ketegangan otot
7. Sakit kepala

8. Kelelahan insomnia

2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi

Blacburn & Davidson (dalam Annisa, 2016) menyebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan, seperti pengetahuan yang dimiliki dalam menyikapi suatu situasi yang mengancam serta mampu mengetahui kemampuan mengendalikan diri dalam menghadapi kecemasan tersebut.

Kemudian Adler dan Rodman (dalam Annisa, 2016) menyatakan terdapat dua faktor yang dapat menimbulkan kecemasan, yaitu:

a. Pengalaman negatif pada masa lalu. Penyebab utama munculnya kecemasan yaitu adanya pengalaman traumatis yang terjadi pada masa kanak-kanak. Peristiwa tersebut mempunyai pengaruh pada masa yang akan datang. Ketika individu menghadapi peristiwa yang sama, maka ia akan merasakan ketegangan sehingga menimbulkan ketidaknyamanan. Sebagai contoh yaitu ketika individu pernah gagal dalam menghadapi suatu tes, maka pada tes berikutnya ia akan merasa tidak nyaman sehingga muncul rasa cemas pada dirinya.

b. Pikiran yang tidak rasional

Pikiran yang tidak rasional terbagi dalam empat bentuk, yaitu:

1) Kegagalan ketastropik, individu beranggapan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi dan menimpa dirinya sehingga individu tidak mampu mengatasi permasalahannya.

2) Kesempurnaan, individu mempunyai standar tertentu yang harus dicapai pada dirinya sendiri sehingga menuntut kesempurnaan dan tidak ada kecacatan dalam berperilaku.

3) Persetujuan

4) Generalisasi yang tidak tepat, yaitu generalisasi yang berlebihan, ini terjadi pada orang yang memiliki sedikit pengalaman. Terdapat beberapa hal yang dapat menyebabkan kecemasan.

Menurut Iyus, (2010) menyebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan seseorang meliputi

a. Usia dan tahap perkembangan, faktor ini memegang peran yang penting pada setiap individu karena berbeda usia maka berbeda pula tahap perkembangannya, hal tersebut dapat mempengaruhi dinamika kecemasan pada seseorang.

b. Lingkungan, yaitu kondisi yang ada disekitar manusia. Faktor lingkungan dapat mempengaruhi perilaku baik dari faktor internal maupun eksternal. Terciptanya lingkungan yang cukup kondusif akan menurunkan resiko kecemasan pada seseorang.

c. Pengetahuan dan pengalaman, dengan pengetahuan dan pengalaman seorang individu dapat membantu menyelesaikan masalah-masalah psikis, termasuk kecemasan.

d. Peran keluarga, keluarga yang memberikan tekanan berlebih pada anaknya yang belum mendapat pekerjaan menjadikan individu tersebut tertekan dan mengalami kecemasan selama masa pencarian pekerjaan.

2.2.7 Tingkat Kecemasan

Peplau (dalam Suliswati, 2014) membagi tingkatan kecemasan menjadi empat yaitu:

1. Kecemasan Ringan

Dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari. Individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indera. Dapat

memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah serta efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

2. Kecemasan Sedang

Individu berfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, mengalami penyempitan lapang persepsi, namun masih dapat melakukan sesuatu dengan orang lain.

3. Kecemasan Berat

Kecemasan berat menyebabkan lapang persepsi individu menjadi sangat sempit. Pusat perhatiannya tertuju pada detail yang kecil dan spesifik dan tidak dapat berfikir hal-hal lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah atau arahan untuk berfokus pada hal lain.

4. Panik

Terjadi hilang kendali dan detail perhatian hilang. Karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang di sekitarnya, penyimpangan persepsi, hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif. Tidak jarang juga ditemukan disorganisasi kepribadian.

Videbeck (2011) juga membagi tingkat kecemasan menjadi empat dan terdapat masing-masing perubahan secara psikologis dan fisiologis yang dijabarkan sebagai berikut:

1. *Mild Anxiety* (Kecemasan Ringan)

Kecemasan yang terjadi akibat kejadian dalam sehari-hari dimana seseorang akan merasa waspada dan stimulasi sensorik akan meningkat.

Seseorang menjadi lebih peka dalam melihat, mendengar, dan merasakan. Kecemasan ringan sering memotivasi orang untuk melakukan perubahan atau melakukan kegiatan untuk mencapai tujuan. Manifestasi klinis yang muncul adalah iritabel, peningkatan motivasi, efektif pemecahan masalah dan peningkatan kemampuan belajar. Secara fisik muncul kegelisahan, kesulitan tidur, dan hipersensitif terhadap keributan.

2. *Moderate Anxiety* (Kecemasan Sedang)

Seseorang akan lebih fokus terhadap urusan yang akan dilakukan termasuk mempersempit pandangan perseptual sehingga apa yang dilihat, didengar, dan dirasakan menjadi lebih sempit. Jadi lebih fokus terhadap sumber kecemasan yang dihadapi namun masih bisa melakukan hal lainnya. Manifestasi klinis yang muncul adalah denyut jantung, pernafasan, dan ketegangan otot meningkat. Disertai dengan bicara cepat dengan volume tinggi, kemampuan konsentrasi menurun, mulut kering, sakit kepala, dan sering buang air kecil.

3. *Severe Anxiety* (Kecemasan Berat)

Pengurangan yang signifikan terhadap pandangan konseptual dimana seseorang akan menjadi fokus pada sumber kecemasan yang dirasakan dan tidak berpikir mengenai hal lain. Manifestasi klinis yang muncul adalah merasa ketakutan, berteriak, berperilaku ritualistik, sakit kepala berat, mual, muntah, diare, gemetar, kaku, pucat, takikardi, dan nyeri dada. Semua perilaku yang muncul bertujuan untuk mengurangi kecemasan.

4. *Panic* (Panik)

Panik ditandai dengan bidang persepsi semakin sempit dan tidak bisa memproses rangsangan lingkungan sehingga mengalami kehilangan kendali terhadap dirinya yang mungkin tidak mampu berpikir rasional. Manifestasi klinis yang muncul tidak dapat ditentukan dengan batas waktunya namun dapat berlangsung selama 5 – 30 menit dengan gejala susah nafas, dilatasi pupil, palpitasi, pucat, pembicaraan inkoheren, berteriak, menjerit, bahkan mengalami halusinasi dan delusi serta keinginan bunuh diri.

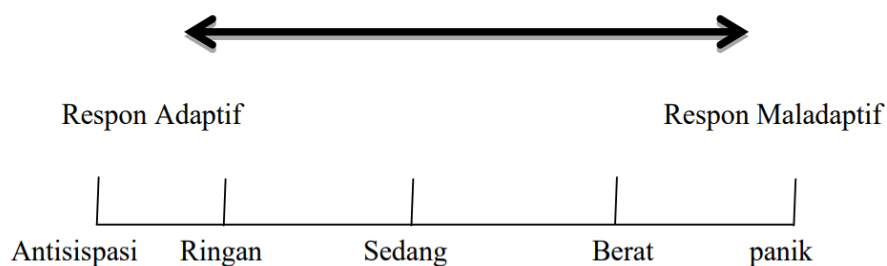
Setiap tingkat kecemasan menghasilkan respon psikologis dan fisiologis yang berbeda (Videbeck, 2011), antara lain:

Tabel 2.1 Tingkat Kecemasan

No	Tingkat Kecemasan	Respon Psikologis	Respon Fisiologis
1.	Ringan	Pandangan persepsi luas Indera yang tajam Peningkatan motivasi Pemecahan masalah efektif Peningkatan kemampuan belajar Iritabilitas	Resah Gelisah Perut tidak enak Sulit tidur Hipersensitivitas terhadap bunyi
2.	Sedang	Pandangan persepsi terbatas pada tugas mendesak Perhatian selektif Tidak dapat menghubungkan pikiran atau kejadian secara independen Peningkatan otomatisasi	Tegang otot Diaforesis Jantung berdebar Sakit kepala Mulut kering Nada suara tinggi Berbicara lebih cepat Gangguan gastrointestinal
	Berat	Pandangan persepsi pada satu detail Tidak dapat menyelesaikan tugas Tidak dapat menyelesaikan masalah Perilaku untuk menenangkan kecemasan dan biasanya tidak efektif Tidak respon terhadap pengalihan arah Merasa kagum, takut, atau ngeri	Sakit kepala berat Mual, muntah, diare Menggigil Cara berdiri rigid Vertigo Pucat Takikardi Nyeri dada

		Menangis / terisak Perilaku ritualistik	
	Panik	Pandangan persepsi fokus pada diri sendiri Tidak dapat memproses stimulus lingkungan Persepsi terdistorsi Kehilangan pikiran rasional Tidak mengenal potensi bahaya Tidak dapat berkomunikasi secara verbal Delusi dan halusinasi mungkin terjadi Dapat bunuh diri	Bisa melarikan diri atau tidak bergerak dan diam Pupil dilatasi Peningkatan tekanan darah dan denyut nadi Respon <i>flight, fight, or freeze.</i>

2.2.8 Rentang Respon Kecemasan



Gambar 2.2 Rentang Respon Kecemasan (Stuart, 2016)

1. Respon Adaptif

Individu yang dapat menerima dan mengatur kecemasan akan mendapatkan hasil yang positif. Kecemasan dapat menjadi tantangan, motivasi untuk menyelesaikan masalah, dan dapat menjadi sarana untuk mendapatkan penghargaan yang tinggi. Berbicara dengan orang lain, menangis, tidur, latihan, melakukan teknik relaksasi dapat menjadi strategi adaptif yang digunakan seseorang untuk mengatur kecemasannya.

2. Respon Maladaptif

Jika kecemasan tidak dapat diatur atau diatasi, individu menggunakan mekanisme koping yang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya. Perilaku agresif, bicara tidak jelas, isolasi diri, banyak makan, konsumsi alkohol, berjudi, penyalahgunaan obat terlarang termasuk dalam koping maladaptif (Stuart, 2016).

2.2.9 Dampak Kecemasan

Kecemasan dalam jangka pendek dapat meningkatkan respon sistem kekebalan tubuh, namun kecemasan dalam jangka panjang dapat memiliki efek sebaliknya. Dampak lain yang mungkin muncul yaitu depresi, gangguan pola tidur, nyeri kronis, kehilangan minat dalam seksual, pikiran untuk bunuh diri (Pieter, 2010)

2.2.10 Penatalaksanaan Kecemasan

Penatalaksanaan kecemasan dibagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi menurut Isaac dalam Umamah (2018):

1. Penatalaksanaan Farmakologi

Pengobatan yang dapat diberikan utamanya benzodiazepine yang digunakan untuk jangka pendek dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini dapat menyebabkan ketergantungan. Sedangkan obat nonbenzodiazepine seperti buspiron (buspar) dan berbagai anti depresan juga dapat digunakan.

2. Penatalaksanaan Non Farmakologi

a. Distraksi, mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga dapat melupakan kecemasan yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan

menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus kecemasan yang mengakibatkan lebih sedikit stimulus kecemasan yang ditransmisikan ke otak (Potter, 2010)

- b. Relaksasi, dapat berupa teknik relaksasi nafas dalam, mendengarkan musik, dan dengan masase, tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan kendali dan kepercayaan diri serta mengurangi stress dan kecemasan yang dirasakan.

2.2.11 Pengukuran Tingkat Kecemasan

Untuk pengukuran tingkat kecemasan terdapat beberapa skala yang dapat digunakan antara lain:

1. *Zung Self Rating Anxiety Scale (ZRAS)*

William W.K.Zung merancang penilaian kecemasan pada pasien dewasa dan dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)*. *Zung Self Rating Anxiety Scale* (dalam Hotijah, 2019) merupakan alat ukur untuk meneliti tingkat kecemasan secara kuantitatif yang memiliki tujuan untuk menilai kecemasan sebagai kelainan klinis dan menentukan gejala kecemasan. Di dalamnya terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan diberi skor antara 1-4 (1=tidak pernah, 2=kadang-kadang, 3=sering, 4=selalu)

Skor 20 - 44 : Kecemasan ringan

Skor 45 - 59 : Kecemasan sedang

Skor 60 - 74 : Kecemasan Berat

Skor 75 - 80 : Panik

2. *Beck Anxiety Inventory* (BAI)

Mengukur frekuensi gejala kecemasan yang dialami seseorang. Instrumen penilaian menggunakan kuisisioner, yang diberi skor pada skala tiga poin (0–3) dan terdiri dari 21 item pertanyaan. Skala ini dikembangkan oleh Beck et al. Semakin tinggi skor, semakin tinggi pula tingkat kecemasan yang dialami oleh individu tersebut (Korkmaz, 2020).

Untuk rentang pembagiannya sendiri meliputi:

Skor 0 - 7 : kecemasan minimal

Skor 8 - 15 : kecemasan ringan

Skor 16 - 25 : kecemasan sedang

Skor 26 - 63 : kecemasan berat

2.3. Konsep Tidur

2.3.1 Definisi

Kualitas tidur adalah ukuran dimana seseorang dapat dengan mudah dalam memulai tidur dan untuk mempertahankan tidur. Kualitas tidur seseorang dapat digambarkan dengan lama waktu tidur, dan keluhan-keluhan yang dirasakan saat tidur ataupun setelah bangun tidur. Kebutuhan tidur yang cukup ditentukan oleh faktor kualitas tidur dan jumlah jam tidur (kuantitas tidur). Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas tidur dan kuantitas tidur adalah faktor fisiologis, faktor psikologis, lingkungan dan gaya hidup. Dari faktor fisiologis berdampak dengan penurunan aktivitas sehari-hari, rasa lemah, lelah, daya tahan tubuh menurun, dan ketidakstabilan tanda-tanda vital, sedangkan dari faktor psikologis berdampak depresi, cemas, dan sulit untuk konsentrasi. (Potter, 2010).

2.3.2 Fisiologi Tidur

Tidur merupakan suatu istirahat bagi tubuh manusia berdasarkan atas kemauan serta kesadaran dan secara utuh atau sebagian fungsi tubuh yang akan dihambat atau dikurangi. Tidur juga digambarkan sebagai suatu tingkah laku yang ditandai dengan karakteristik pengurangan gerakan tetapi bersifat reversible terhadap rangsangan dari luar.

Tidur dibagi menjadi dua tahapan yaitu fase *Rapid Eye Movement* (REM) atau disebut juga *active sleep* dan fase *Non Rapid Eye Movement* (NREM) yang disebut juga *quiet sleep* (Sitiatava, 2011)

1. Fase *Non Rapid Eye Movement* (NREM)

a. Tahap 1

Tahap ini meliputi transmisi menuju tidur, dimana seorang individu masih terbangun. Dalam tahap ini individu mengalami pengurangan aktivitas secara fisiologis misalnya metabolisme menurun.

b. Tahap 2

Tahapan tidur ringan, seseorang mengalami proses relaksasi yang sangat besar (Mass, 2011). Biasanya ditemukan tidur bersuara dan berlangsung selama 10-20 menit dan fungsi tubuh seseorang akan mengalami perlambatan.

c. Tahap 3

Fase pertama tidur dalam berlangsung selama 15-30 menit. Saat memasuki tahap ini individu akan mengalami keadaan rileks pada bagian otot-ototnya sehingga individu tersebut akan sulit saat dibangunkan. Terjadi pula penurunan tanda-tanda vital tetapi tetap stabil.

d. Tahap 4

Fase tidur paling dalam dan merupakan sebuah proses pemulihan yang terbesar pada individu, sering kali terjadi enuresis ataupun tidur sambil berjalan.

2. Fase (*Rapid Eye Movement*) REM

Fase REM terjadi disaat kita bermimpi, hal tersebut ditandai dengan tingginya aktivitas mental dan fisik. Ciri-cirinya antara lain; detak jantung, tekanan darah, dan cara bernapas sama dengan yang dialami saat kita terbangun. Masa tidur REM kira-kira dua puluh menit dan terjadi selama empat sampai lima kali dalam sehari.

2.3.3 Fungsi Tidur

Fungsi tidur masih belum diketahui secara pasti. Namun, tidur dapat berfungsi dalam pemeliharaan fungsi jantung, terlihat pada denyut turun 10 hingga 20 kali per menit. Selain itu, selama tidur, tubuh melepaskan hormon pertumbuhan yang berguna untuk memperbaiki dan memperbaharui sel epitel yang khusus seperti sel otak. Otak akan menyaring informasi yang telah terekam selama sehari dan otak mendapatkan asupan oksigen serta aliran darah serebral dengan optimal sehingga selama tidur terjadi penyimpanan memori dan pemulihan kognitif. Fungsi lain yang dirasakan ketika individu tidur adalah reaksi otot sehingga laju metabolik basal akan menurun. Hal tersebut dapat membuat tubuh menyimpan lebih banyak energi saat tidur. Bila individu kehilangan tidur selama waktu tertentu dapat menyebabkan perubahan fungsi tubuh, dalam hal motorik, memori, dan keseimbangan. Jadi, tidur dapat membantu perkembangan perilaku individu karena

individu yang mengalami masalah pada tahap REM akan merasa bingung dan curiga (Potter & Perry 2005, dalam Hotijah, 2019).

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi

Pemenuhan kebutuhan tidur bagi setiap orang berbeda – beda , ada yang yang dapat terpenuhi dengan baik bahkan sebaliknya. Seseorang bisa tidur ataupun tidak, dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut Altena (2017):

1. Status Kesehatan

Seseorang yang kondisi tubuhnya sehat memungkinkan ia dapat tidur dengan nyenyak, sedangkan untuk seseorang yang kondisinya kurang sehat (sakit) dan rasa nyeri , maka kebutuhan tidurnya akan tidak nyenyak.

2. Lingkungan

Lingkungan dapat meningkatkan atau menghalangi seseorang untuk tidur. Pada lingkungan bersih, bersuhu dingin, suasana yang tidak gaduh (tenang), dan penerangan yang tidak terlalu terang akan membuat seseorang tersebut tertidur dengan nyenyak, begitupun sebaliknya jika lingkungan kotor, bersuhu panas, suasana yang ramai dan penerangan yang sangat terang, dapat mempengaruhi kualitas tidurnya.

3. Stress Psikologi

Cemas dan depresi akan menyebabkan gangguan pada frekwensi tidur. Hal ini disebabkan karena kondisi cemas akan meningkatkan norepinefrin darah melalui sistem saraf simpatis. Zat ini akan mengurangi tahap IV NREM dan REM.

4. Diet

Makanan yang banyak mengandung L-Triptofan seperti keju, susu, daging, dan ikan tuna dapat menyebabkan seseorang mudah tidur. Sebaliknya minuman yang mengandung kafein maupun alkohol akan mengganggu tidur.

5. Gaya Hidup

Kelelahan yang dirasakan seseorang dapat pula mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Kelelahan tingkat menengah, orang dapat tidur dengan nyenyak. Sedangkan pada kelelahan yang berlebih akan menyebabkan periode tidur REM lebih pendek.

6. Obat-obatan

Obat-obatan yang dikonsumsi seseorang ada yang berefek menyebabkan tidur, adapula yang sebaliknya mengganggu tidur. Obat dan manipulasi yang meningkatkan pencetusan neuron noradrenergik ini menimbulkan pengurangan nyata tidur REM (neuron REM-off) dan peningkatan keadaan terjaga.

2.3.5 Kualitas Tidur

Kualitas tidur didefinisikan sebagai karakteristik subjektif yang ditentukan oleh perasaan yang dialami oleh seorang individu ketika terbangun dari tidurnya, perasaan itu dapat berupa energik maupun tidak (Kozier, 2010). Rasa puas seseorang terhadap tidurnya sehingga tidak muncul perasaan lelah, sering tersinggung, apatis, dan pada bagian bawah mata tidak mengalami kehitaman, serta kelopak mata tidak mengalami bengkak maupun konjungtiva merah dan terasa perih, tidak mengalami kesusahan dalam memusatkan perhatian, sakit kepala, serta mengantuk.

Kualitas tidur yang baik adalah saat individu mengalami fase NREM dan fase REM empat sampai enam kali secara bergantian selama tidur, serta individu tidak menunjukkan tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami gangguan tidur (Sagala, 2011). Penilaian dalam kualitas tidur seseorang yaitu sebagai berikut:

1. Kualitas tidur subjektif

Penilaian yang berasal dari dalam diri mengenai kualitas tidur yang dialami, akan muncul penilaian kualitas tidur berupa perasaan terganggu atau merasa tidak nyaman.

2. Latensi tidur

Latensi tidur adalah berapa lama waktu yang dibutuhkan individu untuk bisa memulai tidur, hal ini bergantung pada gelombang tidur individu.

3. Efisiensi tidur

Durasi tidur seorang individu dan jumlah jam yang terpenuhi sehingga dikatakan individu tersebut sudah terpenuhi atau tidak.

4. Gangguan tidur

Gangguan yang muncul seperti mengorok, bermimpi buruk, melakukan pergerakan, sehingga dapat mempengaruhi proses tidur itu sendiri.

5. Durasi tidur

Dihitung mulai awal tidur sampai waktu bangun tidur individu tersebut.

6. *Daytimes disfunction*

Gangguan yang biasa muncul saat siang hari atau saat individu melakukan aktivitas akibat dari rasa kantuk karena kualitas tidur yang buruk.

7. Penggunaan obat tidur

Pemberian obat tidur diberikan pada individu yang mempunyai kualitas tidur dan pola tidur yang sangat berat serta dianggap sebagai kebutuhan yang diperlukan oleh seorang individu untuk membantunya tidur. Sebuah tanda berat dalam gangguan tidur.

2.3.6 Perencanaan Tenaga Keperawatan

Penetapan jumlah tenaga keperawatan didasarkan oleh jumlah klien dan sesuai derajat ketergantungan klien. Menurut Douglas (1992) dalam Nurmalasari (2012) klasifikasinya ialah sebagai berikut:

1. Perawatan minimal
 - a. Kebersihan diri, mandi, ganti pakaian dilakukan sendiri
 - b. Makan dan minum dilakukan sendiri
 - c. Ambulasi dalam pengawasan
 - d. Observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap shift
 - e. Pengobatan minimal dengan status psikologis stabil
2. Perawatan parsial
 - a. Kebersihan diri dibantu, makan dan minum dibantu
 - b. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam
 - c. Ambulasi dibantu, pengobatan lebih dari sekali
 - d. Klien dengan kateter urine, *input* dan *output* dicatat
 - e. Klien dengan infus, persiapan pengobatan yang memerlukan prosedur
3. Perawatan total
 - a. Semua keperluan klien dibantu
 - b. Perubahan posisi, observasi tanda-tanda vital dilakukan setiap 2 jam
 - c. Makan melalui selang atau pipa lambung, terapi intravena

- d. Dilakukan pengisapan lendir
- e. Gelisah atau disorientasi

Rumus untuk menentukan jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan saat *shift* pagi, siang, dan malam diklarifikasikan dengan tabel berikut:

Tabel 2.2 Penghitungan jumlah perawat

Jumlah Klien	Klasifikasi Klien								
	Minimal			Parsial			Total		
	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam
1	0,17	0,14	0,10	0,27	0,15	0,07	0,36	0,30	0,20

Nurmalasari, 2012

Contoh

Suatu ruang rawat dengan 22 klien (3 klien dengan klasifikasi minimal, 14 klien dengan klasifikasi parsial, dan 5 klien dengan klasifikasi total) maka jumlah perawat yang dibutuhkan untuk jaga pagi ialah:

$$3 \times 0,17 = 0,51$$

$$14 \times 0,27 = 3,78$$

$$5 \times 0,36 = 1,80$$

$$\text{Jumlah} = 6,09 \longrightarrow 6 \text{ perawat}$$

2.3.7 Pengukuran Kualitas Tidur

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) adalah kuesioner yang mengevaluasi kualitas tidur subjektif dari berbagai aspek tidur selama interval 1 bulan melalui 18 item. Subdimensi skor indeks termasuk kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi kebiasaan tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur, dan disfungsi siang hari. Tanggapan terhadap item dibobotkan pada skala skor antara 0 dan 3 dengan penilaian 0= sangat baik, 1=cukup baik, 2=buruk, 3= sangat buruk. Semua subdimensi dievaluasi secara internal sebagai komponen dan skor

subdimensi ini dijumlahkan untuk menentukan skor indeks keseluruhan. Skor total antara 0 dan 21 dan skor sama atau lebih besar dari 5 menunjukkan gangguan kualitas tidur. PSQI adalah skala yang digunakan secara internasional dan dapat diandalkan untuk mengukur kualitas tidur subjektif (Korkmaz, 2020).

Tabel 2.3 Kisi-Kisi Kuisisioner *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*

Komponen	No. Item	Penilaian		
		Jawaban	Skor	
Kualitas Tidur Secara Subjektif	8	Sangat baik	0	
		Cukup baik	1	
		Cukup buruk	2	
		Sangat buruk	3	
Durasi Tidur	4	> 7 jam	0	
		6 – 7 jam	1	
		5 – 6 jam	2	
		< 5 jam	3	
Latensi Tidur	2	≤ 15 menit	0	
		16 – 30 menit	1	
		31 – 60 menit	2	
		> 60 menit	3	
	5a	Tidak pernah	0	
		1 x seminggu	1	
		2 x seminggu	2	
		≥ 3x seminggu	3	
Skor total komponen 3		0	0	
		1 – 2	1	
		3 – 4	2	
		5 – 6	3	
Efisiensi Tidur Rumus: $\frac{\text{Jumlah lama tidur}}{\text{Jumlah lamanya di tempat tidur}} \times 100$	1+3+4 Lama tidur pertanyaan nomer 4 Lama di tempat tidur = kalkulasi 1 dan 3	> 85 %	0	
		75-84%	1	
		65-74%	2	
		< 65%	3	
Gangguan Tidur Pada Malam Hari	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5j	Tidak pernah	0	
		1x seminggu	1	
		2x seminggu	2	
		≥ 3x seminggu	3	
	Skor total komponen 5		0	0
			1 – 9	1
			10 – 18	2
			19 – 27	3
Disfungsi Tidur Siang Hari	7	0	0	
		< 1	1	

		1 – 2	2
		> 3	3
	9	Tidak ada masalah	0
		Masalah tapi tidak mengganggu	1
		Masalah dan kadang-kadang mengganggu	2
		Sangat mengganggu	3
	Skor total komponen 6	0	0
		1 – 2	1
		3 – 4	2
		5 – 6	3
Penggunaan Obat Tidur	6	0	0
		1 – 2	1
		3 – 4	2
		5 – 6	3

Ishak, 2016 dalam Hotijah, 2019

2.4. Model Konsep dan Teori Keperawatan

Calista Roy mengatakan bahwa masalah keperawatan dikarenakan oleh mekanisme coping yang tidak efektif dan dapat menyebabkan respon yang tidak efektif sehingga dapat merusak integritas individu itu sendiri. Roy berpendapat bahwa ada empat elemen penting dalam model adaptasi keperawatan yakni; keperawatan, tenaga kesehatan, lingkungan, dan sehat (Budiono, 2016).

1. Elemen Manusia

Manusia dalam sistem ini berperan sebagai kognator dan regulator (pengaturan) untuk mempertahankan adaptasi. Terdapat empat cara adaptasi, mencakup adaptasi terhadap fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan terhadap kebutuhan saling ketergantungan. Pada model adaptasi keperawatan, manusia dilihat dari sistem kehidupan yang terbuka, adaptif, melakukan pertukaran energi dengan zat/benda dan lingkungan. Manusia sebagai masukan dalam sistem adaptif, terdiri dari lingkungan eksternal dan internal. Proses

kontrol manusia adalah mekanisme koping yakni sistem regulator dan kognator. Keluaran dari sistem ini dapat berupa respons adaptif atau respons tidak efektif.

2. Elemen Lingkungan

Lingkungan didefinisikan sebagai semua kondisi, keadaan, dan faktor lain yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu atau kelompok.

3. Elemen Sehat dan Kesehatan

Kesehatan didefinisikan sebagai keadaan yang muncul atau proses yang terjadi pada makhluk hidup dan terintegrasi dalam individu seutuhnya.

4. Elemen Keperawatan

Roy berpendapat bahwa keperawatan dijadikan sebagai ilmu dan praktik yang berperan dalam peningkatan adaptasi individu dan kelompok terhadap kesehatan sehingga sikap yang muncul semakin positif dan terjadi mekanisme koping yang baik.

Keperawatan memberikan perbaikan pada individu dan kelompok sebagai sistem, berinteraksi dengan lingkungan melalui mekanisme bio-psiko-sosial-kultural-dan spiritual. Adaptasi ditingkatkan bila terjadi peningkatan atau pengurangan pemenuhan kebutuhan. Dalam menghadapi perubahan atau stimulus dari internal maupun eksternal, manusia harus menjaga integritas dirinya dan beradaptasi secara menyeluruh (holistik adaptive system). Tindakan keperawatan dilakukan untuk mengurangi ataupun mengatasi serta meningkatkan kemampuan adaptasi manusia. Peran perawat ialah memfasilitasi individu untuk beradaptasi dalam menghadapi perubahan kebutuhan dasarnya. Perubahan atau stimulus yang menimbulkan akibat pada manusia dibagi menjadi tiga, antara lain:

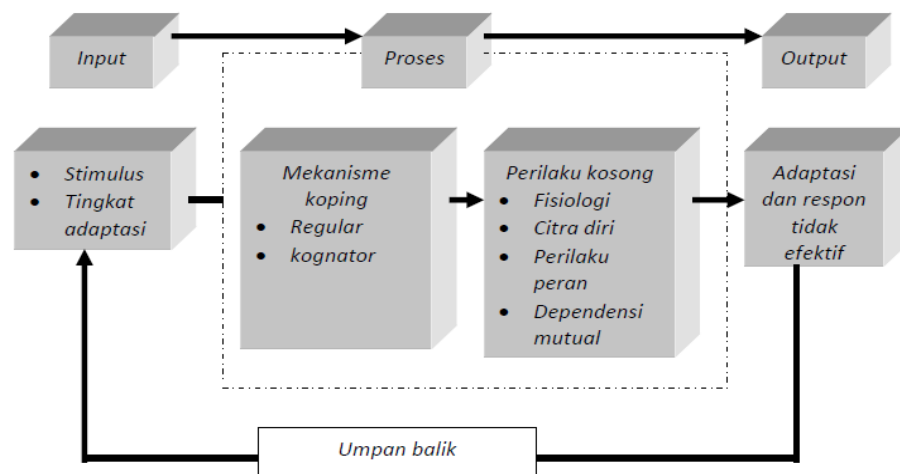
- a. Stimulus fokal, stimulus yang muncul secara tiba-tiba dan langsung berhadapan dengan individu (saat ini).
- b. Stimulus konstektual, stimulus ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal (presifitas).
- c. Stimulus residual, stimulus ini berupa ciri-ciri tambahan yang ada dan revelan dengan situasi yang ada namun susah untuk diobservasi (kepercayaan, sikap, pengalaman masa lalu)

Roy mengatakan bahwa pandangan mengenai manusia sebagai penerima asuhan keperawatan ada kaitannya dengan proses adaptasi bahwa manusia makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual secara utuh (holistik). Adaptasi sendiri memiliki empat faktor yang terdiri dari:

- a. Fisiologis; terdiri dari: kebutuhan oksigenasi, eliminasi, nutrisi, aktivitas dan istirahat, sensori, cairan dan elektrolit, fungsi syaraf, fungsi endokrin dan reproduksi.
- b. Konsep diri; menunjukkan pada nilai, kepercayaan, emosi, cita-cita serta perhatian yang diberikan untuk menyatakan keadaan fisik.
- c. Fungsi peran; menggambarkan interaksi antar individu yang tercermin pada peran primer, sekunder, dan tersier.
- d. Saling ketergantungan (interdependen); mengidentifikasi nilai manusia, cinta, dan keseriusan. Hubungan ini terjadi dalam hubungan manusia dengan individu dan kelompok.

Analisa menganalisis gambaran tingkah laku individu maupun kelompok secara menyeluruh terkait dengan kognator; yaitu poses pikir individu (psiko-sosial-kultural-spiritual) dan regulator; yaitu proses fisiologi tubuh (biologi).

Sehingga pengumpulan data berfokus pada sekumpulan tingkah laku sebagai sistem adaptasi yang berhubungan dengan empat model adaptasi; yaitu: fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan interdependen melalui pendekatan sistem yang memandang manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial-kultural-spiritual secara utuh (holistik) (Salbiah, 2006).



Gambar 2.3 Model Adaptasi Calista Roy (Budiono, 2016)

Roy & Andrews (dalam Raile, Yani, & Ibrahim, 2017) mengatakan system yang berhubungan dalam model adaptasi roy antara lain:

1. Tingkat adaptasi, mengklasifikasikan kondisi dari proses kehidupan pada tingkat terpadu, terkompensasi, dan dikompromikan. Tingkat adaptasi individu ialah “suatu titik yang berubah secara terus-menerus, dibangun dari stimulus fokal, konstektual, dan residual yang mewakili standart seseorang terhadap suatu rentang stimulus dimana seseorang bias berespon dengan respon adaptif.
2. Stimulus fokal, stimulus internal dan eksternal bagi system manusia yang muncul secara tiba-tiba.

3. Stimulus kontekstual, stimulus lain yang muncul akibat dari stimulus fokal atau dapat juga diartikan sebagai semua faktor lingkungan yang muncul bagi individu dari dalam atau dari sesuatu yang bukan pusat perhatian atau energi orang tersebut.
4. Stimulus residual, faktor lingkungan dari dalam ataupun bukan dari dalam individu yang memiliki dampak tidak jelas dalam situasi ini.
5. Proses koping, cara yang baik dan bersifat intrinsik untuk berinteraksi dengan lingkungan yang berubah. Mekanisme koping intrinsik adalah mekanisme koping yang diturunkan secara genetik dan dipandang sebagai proses yang otomatis (manusia tidak perlu berfikir untuk menggunakan cara tersebut).
6. Mekanisme koping yang didapat, dikembangkan melalui strategi tertentu misalnya belajar, pengalaman yang dihadapi.
7. Subsistem regulator, proses koping yang utama dan melibatkan sistem saraf, kimiawi, dan hormonal. Dalam otak bagian belakang terdapat hormon endorphin yang mengatur pusat kesenangan dan kenyamanan yang dapat membantu individu melakukan koping positif (Aida, 2018).
8. Subsistem kognitif, proses koping utama yang melibatkan empat saluran kognitif-emosi yaitu proses persepsi dan informasi, belajar, menilai, dan emosi. Sebagai contoh ialah pembentukan persepsi, komunikasi yang baik, berpartisipasi secara aktif, dan mempunyai tanggung jawab (Aida, 2018).
9. Respon adaptif, respon yang meningkatkan integritas dalam mencapai tujuan dari sistem manusia.
10. Respon inefektif, respon yang tidak ikut meningkatkan integritas dalam mencapai tujuan dari sistem manusia.

11. Mode fisiologi-fisik, berhubungan dengan proses fisik dan kimia. Terlibat dalam fungsi serta aktivitas organisme hidup. Kebutuhan yang diidentifikasi dalam mode fisiologi-fisik yang berhubungan dengan kebutuhan dasar integritas fisiologis yaitu sebuah kebutuhan dasar diantaranya: (1) oksigenasi, (2) nutrisi, (3) eliminasi, (4) aktivitas dan istirahat (tidur), dan (5) perlindungan. Sedangkan mode fisik adalah suatu cara dimana system adaptif manusia secara bersama-sama terwujud dalam hubungan adaptasi dengan sumber-sumber operasional dasar, peserta, fasilitas fisik, dan sumber fiscal. Kebutuhan dasar dari ode fisik ialah integritas operasional.
12. Mode identitas konsep diri-kelompok, satu dari tiga mode psikososial; berfokus pada aspek psikologis dan spiritual sistem manusia. Konsep diri adalah kepercayaan dan perasaan tentang diri sendiri yang terbentuk dari persepsi internal maupun eksternal. Model identitas kelompok adalah bagaimana sebuah kelompok menilai diri mereka sendiri berdasarkan umpan balik dari lingkungan.
13. Mode fungsi peran, satu atau lebih mode sosial yang berfokus pada peran seseorang di masyarakat. Kebutuhan dasar yang mendasari mode fungsi peran adalah integritas sosial. Kebutuhan yang mendasari hubungan seseorang dengan orang lain dan bertindak berdasarkan hubungan tersebut.

2.5 Hubungan Antar Konsep

Perubahan lingkungan secara internal maupun eksternal merupakan stresor tersendiri untuk perawat pada masa pandemi *Covid-19*. Stressor yang muncul jika tidak ditangani dengan baik maka akan timbul kecemasan yang berlebihan (Santoso, 2020). Kecemasan atau anxiety adalah salah satu bentuk emosi individu

yang berkenaan dengan adanya rasa terancam oleh sesuatu biasanya, objek ancumannya tidak begitu jelas (Gustiar, 2010). System saraf otonom akan berespon terhadap sebuah stressor yang menyebabkan rasa cemas yang dapat menimbulkan aktivitas involunter pada tubuh sebagai bentuk pertahanan diri. Serabut saraf simpatis mengaktifkan tanda vital setiap adanya penerimaan stressor. Kelenjar adrenal melepaskan adrenalin (epineprin) yang mampu membuat tubuh membutuhkan lebih banyak oksigen, terjadinya dilatasi pupil, meningkatkan tekanan arteri, dan juga meningkatkan frekuensi jantung. Ketika tidak ada stressor saraf parasimpatis akan mengembalikan tubuh menjadi normal (Videbeck, dalam Hotijah, 2019). Kecemasan menimbulkan adanya respon kognitif, psikomotor, dan fisiologis contohnya, kesulitan berfikir logis, aktivitas motorik meningkat, agitasi, terjadinya peningkatan tanda-tanda vital, serta adanya kesulitan tidur (Videbeck, dalam Hotijah, 2019). Kecemasan berlebihan yang dirasakan oleh seorang individu akan membuat orang tersebut kesulitan dalam mengontrol emosi dan dapat berdampak pada peningkatan ketegangan dan menyebabkan kesulitan saat memulai tidur.

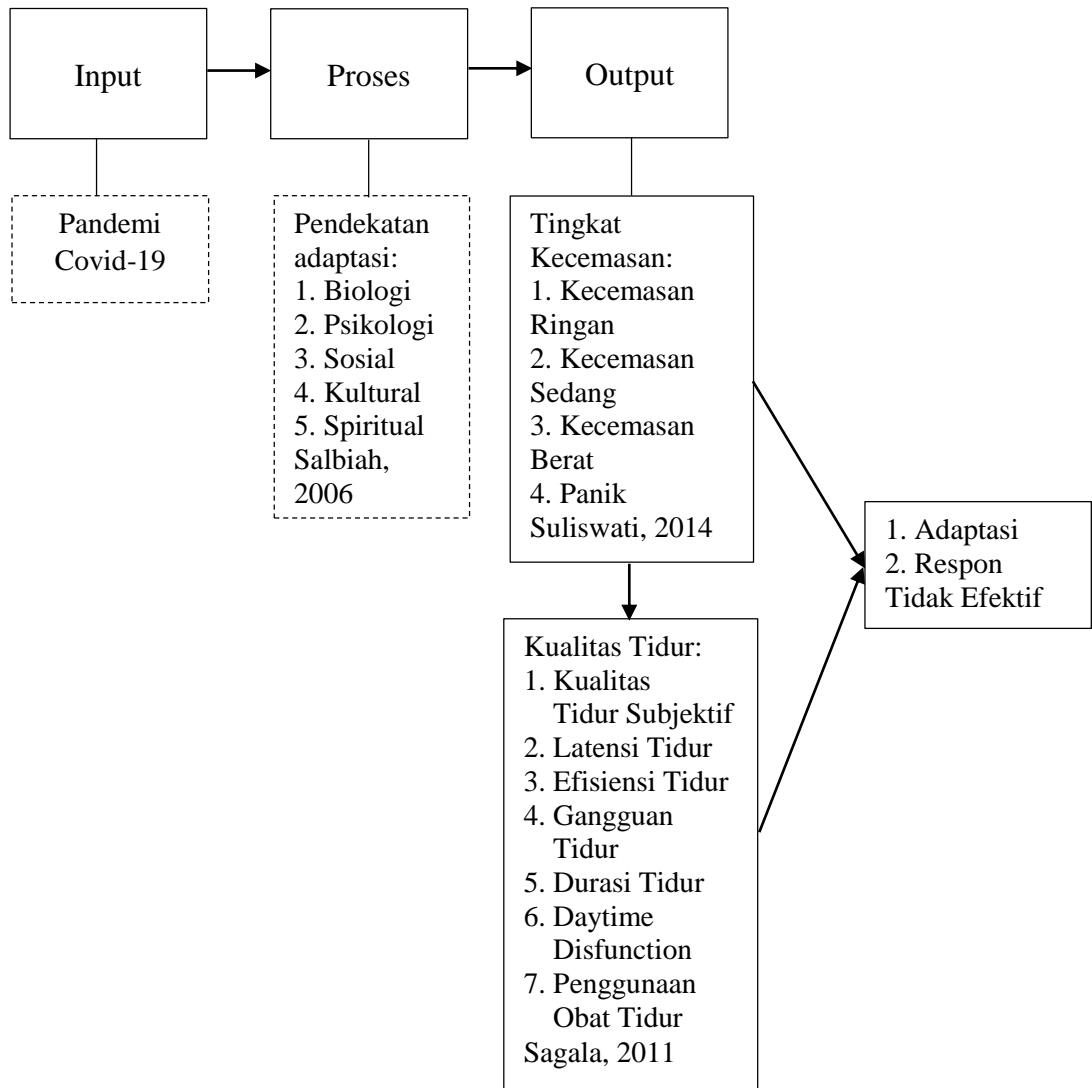
Rafknowlegde (dalam Hotijah, 2019) mengatakan bahwa kecemasan yang dialami individu akan mempengaruhi kebutuhan untuk memenuhi tidurnya sehingga semakin tinggi tingkat kecemasan seorang individu maka kebutuhan untuk tidur juga akan berkurang. Kecemasan meningkatkan kadar norepinephrin di dalam darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis. Zat kimia ini mengakibatkan perubahan pada berkurangnya tahap tidur keempat NREM dan REM serta terbangun. Siklus tidur yang berkurang dan tidak teratur dapat menyebabkan kualitas tidur menjadi buruk (Kozier, 2010).

Roy (dalam Budiono, 2016) mengatakan adanya masalah keperawatan seperti di atas dikarenakan oleh mekanisme coping yang tidak efektif dan dapat menyebabkan respon yang tidak efektif sehingga dapat merusak integritas individu itu sendiri. Roy (dalam Salbiah, 2006) menyebutkan bahwa pandangan mengenai manusia sebagai penerima asuhan keperawatan ada kaitannya dengan proses adaptasi bahwa manusia makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual secara utuh (holistik). Analisa menganalisis gambaran tingkah laku individu maupun kelompok secara menyeluruh terkait dengan kognator; yaitu poses pikir individu (psiko-sosial-kultural-spiritual) dan regulator; yaitu proses fisiologi tubuh (biologi). Sehingga pengumpulan data berfokus pada sekumpulan tingkah laku sebagai sistem adaptasi yang berhubungan dengan empat model adaptasi; yaitu: fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan interdependen melalui pendekatan sistem yang memandang manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial-kultural-spiritual secara utuh (holistik). Keluaran dari sistem ini dapat berupa respons adaptif atau respons tidak efektif.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Keterangan:

= Diteliti

→ = Mempengaruhi

= Tidak diteliti

— = Menghubungkan

3.2 Hipotesis

HI : Ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

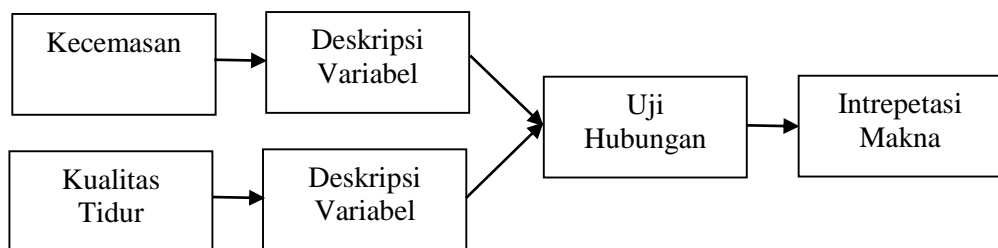
BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab metodologi penelitian ini akan menjelaskan mengenai: 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Waktu dan Tempat Penelitian, 4) Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengelolaan, dan Analisa Data, dan 8) Etika Penelitian.

4.1 Desain Penelitian

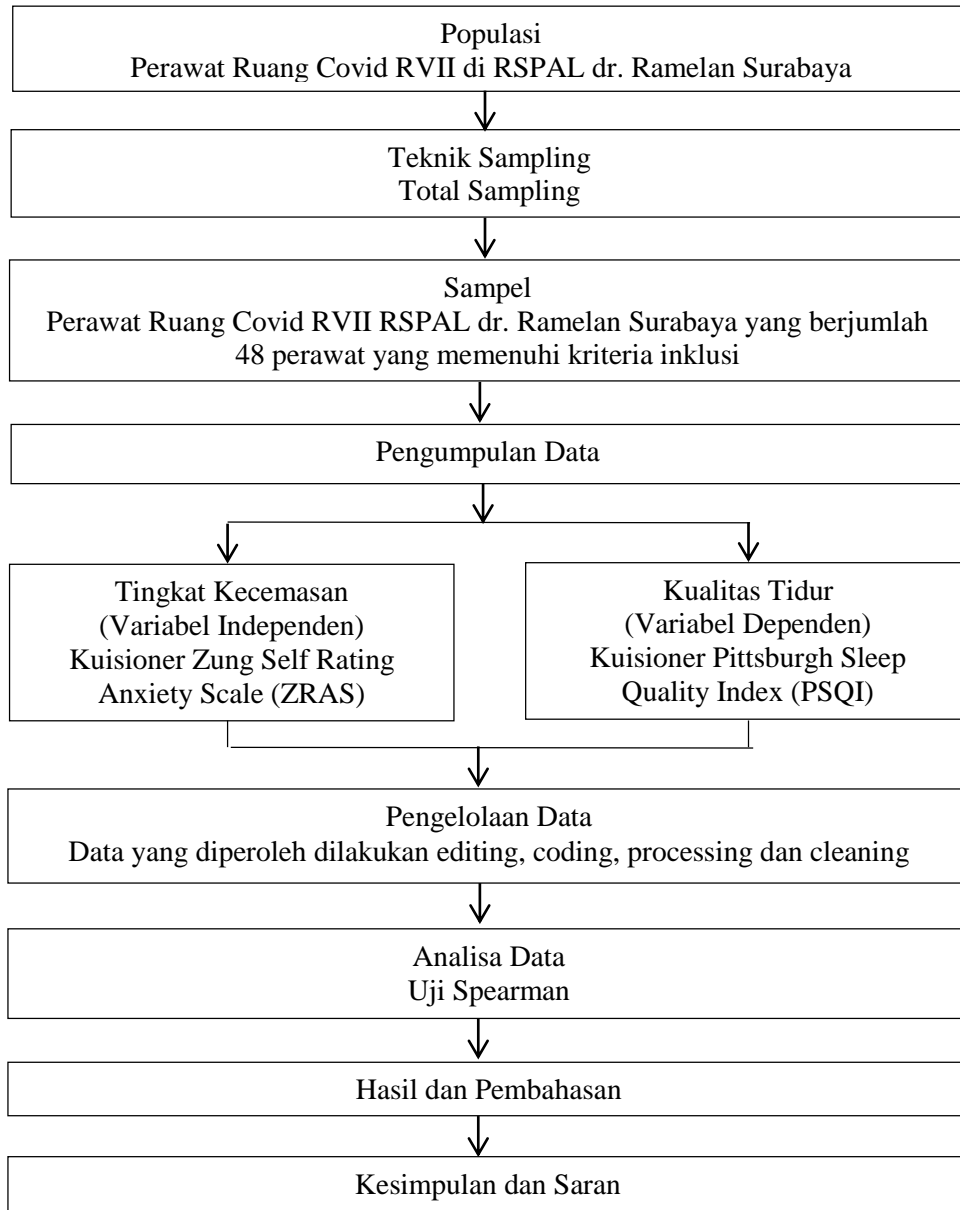
Desain penelitian yang digunakan untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya adalah menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* sendiri merupakan jenis penelitian yang dilakukan dengan menekankan pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat.



Gambar 4.1 Bagan Penelitian Cross-Sectional Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur

4.2 Kerangka Kerja

Langkah kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari 2021 di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

4.4 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian adalah keseluruhan subjek yang akan diteliti dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010). Populasi penelitian ini semua perawat yang berdinasi di Ruang Covid RVII di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

4.4.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian merupakan bagian dari populasi yang menjadi objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili dari populasi itu sendiri (Notoatmodjo, 2010). Sampel pada penelitian ini adalah perawat yang sehat jasmani dan rohani (tidak terkonfirmasi *Covid-19*) yang berdinasi di Ruang Covid RVII di RSPAL dr. Ramelan Surabaya berjumlah 48 perawat dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti.

1. Kriteria Inklusi

- a. Hasil test *Covid-19* non reaktif
- b. Tidak memiliki penyakit penyerta (DM, PJK, Hipertensi)
- c. Bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian

2. Kriteria Eksklusi

- a. Hasil test *Covid-19* reaktif
- b. Perawat yang dipindahkan dari ruangan *Covid-19*
- c. Perawat yang tidak bersedia menjadi responden dalam penelitian

4.4.3 Teknik sampling

Teknik yang digunakan untuk menentukan jumlah sampel disebut juga teknik sampling (Sugiyono, 2012). Teknik sampling dalam penelitian ini adalah Total Sampling. *Total sampling* atau sampel jenuh adalah penentuan sampel dengan menggunakan semua populasi.

4.5 Identifikasi Variabel

Variabel penelitian digunakan untuk mendeskripsikan topik atau tema tertentu yang akan diteliti (Budiman, 2011).

1. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas adalah variabel yang tidak ketergantungan kepada variabel yang lainnya. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan perawat yang berdinasi di ruang *Covid-19*.

2. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat merupakan variabel yang ketergantungan kepada variabel penelitian yang lainnya. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas tidur perawat yang berdinasi di ruang *Covid-19*.

4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Tingkat Kecemasan	Bentuk emosi perawat yang berdinamis di ruang <i>Covid-19</i>	1. Respon Fisiologis 2. Respon Psikologis	Kuisisioner Zung Self Rating Anxiety Scale (ZRAS)	Ordinal	20-44: Kecemasan Ringan 45-59: Kecemasan Sedang 60-74: Kecemasan Berat 75-80: Panik
Kualitas Tidur	Kepuasan tidur perawat yang berdinamis di ruang <i>Covid-19</i>	1. Subjektif 2. Durasi tidur 3. Latensi tidur 4. Efisiensi tidur 5. Gangguan tidur 6. Disfungsi tidur 7. Penggunaan obat tidur	Kuisisioner Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Ordinal	< 5 = baik > 5 = buruk

4.7 Pengumpulan, Pengelolaan, dan Analisa Data

4.7.1 Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data pada penelitian itu ialah berupa kuisisioner yang mana kuisisioner pertama berisi *Zung Self Rating Anxiety Scale* (ZRAS) dan *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI).

1. Kuisisioner *Zung Self Rating Anxiety Scale* (ZRAS)

William W.K.Zung merancang penilaian kecemasan pada pasien dewasa dan dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). *Zung Self Rating Anxiety Scale* (dalam Hotijah, 2019) merupakan alat ukur untuk meneliti tingkat

kecemasan secara kuantitatif yang memiliki tujuan untuk menilai kecemasan sebagai kelainan klinis dan menentukan gejala kecemasan. Di dalamnya terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan diberi skor antara 1-4 (1=tidak pernah, 2=kadang-kadang, 3=sering, 4=selalu). Kuesioner ini telah dilakukan Uji Validitas dan Reabilitas, dinyatakan valid bila r hitung $>$ r table. Pada kuesioner ini nilai terendah 0,339 dan nilai tertinggi 0, 0,719 ($r = 0,279$).

Tabel 4.2 Indikator Kuisisioner *Zung Self Rating Anxiety Scale* (ZRAS)

Variabel	Indikator	Nomor Pertanyaan	Jumlah
Tingkat Kecemasan	Psikologis	1,2,4,5,20	5
	Fisiologis	3,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19	15
	Jumlah		20

2. Kuisisioner *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) adalah kuisisioner yang mengevaluasi kualitas tidur subjektif dari berbagai aspek tidur selama interval 1 bulan melalui 18 item. Subdimensi skor indeks termasuk kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi kebiasaan tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur, dan disfungsi siang hari. Tanggapan terhadap item dibobotkan pada skala skor antara 0 dan 3 dengan penilaian 0= sangat baik, 1=cukup baik, 2=buruk, 3= sangat buruk. Semua subdimensi dievaluasi secara internal sebagai komponen dan skor subdimensi ini dijumlahkan untuk menentukan skor indeks keseluruhan. Skor total antara 0 dan 21 dan skor sama atau lebih besar dari 5 menunjukkan gangguan kualitas tidur. PSQI adalah skala yang digunakan secara internasional dan dapat diandalkan untuk mengukur kualitas tidur subjektif (Korkmaz, 2020). Kuisisioner ini telah

dilakukan Uji Validitas dan Reabilitas, dinyatakan valid bila r hitung $>$ r table.

Pada kuesioner ini nilai terendah 0,288 dan nilai tertinggi 0,575 ($r = 0,279$)

Tabel 4.3 Indikator Kuisisioner *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*

Variabel	Indikator	Nomor Pertanyaan	Jumlah
Kualitas Tidur	1. Subjektif	9	1
	2. Durasi tidur	4	1
	3. Latensi tidur	2, 5a	2
	4. Efisiensi tidur	1, 3	2
	5. Gangguan tidur	5b-j	9
	6. Disfungsi tidur	7,8	2
	7. Penggunaan obat tidur	6	1
	Jumlah		18

Tabel 4.4 Kisi-Kisi Kuisisioner *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*

Komponen	No. Item	Penilaian	
		Jawaban	Skor
Kualitas Tidur Secara Subjektif	8	Sangat baik	0
		Cukup baik	1
		Cukup buruk	2
		Sangat buruk	3
Durasi Tidur	4	> 7 jam	0
		$6 - 7$ jam	1
		$5 - 6$ jam	2
		< 5 jam	3
Latensi Tidur	2	≤ 15 menit	0
		$16 - 30$ menit	1
		$31 - 60$ menit	2
		> 60 menit	3
	5a	Tidak pernah	0
		1 x seminggu	1
		2 x seminggu	2
		≥ 3 x seminggu	3
	Skor total komponen 3	0	0
		1 - 2	1
		3 - 4	2
		5 - 6	3
Efisiensi Tidur Rumus: $\frac{\text{Jumlah lama tidur}}{\text{Jumlah lamanya di tempat tidur}} \times 100$	1+3+4 Lama tidur pertanyaan nomer 4 Lama di tempat tidur = kalkulasi 1 dan 3	$> 85\%$	0
		75-84%	1
		65-74%	2
		$< 65\%$	3
Gangguan Tidur Pada Malam Hari	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5j	Tidak pernah	0

		1x seminggu	1
		2x seminggu	2
		≥ 3x seminggu	3
	Skor total komponen 5	0	0
		1 – 9	1
		10 – 18	2
		19 – 27	3
Disfungsi Tidur Siang Hari	7	0	0
		< 1	1
		1 – 2	2
		> 3	3
	9	Tidak ada masalah	0
		Masalah tapi tidak mengganggu	1
		Masalah dan kadang-kadang mengganggu	2
		Sangat mengganggu	3
	Skor total komponen 6	0	0
		1 – 2	1
		3 – 4	2
5 – 6		3	
Penggunaan Obat Tidur	6	0	0
		1 – 2	1
		3 – 4	2
		5 – 6	3

4.7.2 Pengelolaan Data

Pengelolaan data dimulai setelah mendapatkan surat izin dan persetujuan dari bagian akademik program studi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah disetujui oleh Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya kemudian surat disampaikan pada pihak Bangdiklat RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Setelah mendapat surat pengantar dari institusi maka Bangdiklat RSPAL dr. Ramelan Surabaya akan memberikan surat pengantar untuk pengurusan Security Clearance (SC) ke Lantamal V Surabaya. Setelah surat SC diterbitkan maka melakukan pengajuan laik etik dan pengurusan nota dinas untuk ke ruangan yang dituju. Nota dinas perizinan akan diberikan oleh

Bangdiklat RSPAL dr. Ramelan Surabaya untuk mendapatkan izin penelitian di lahan. Surat izin diserahkan ke ruangan yang bersangkutan untuk mendapatkan perizinan melakukan pengambilan data. Langkah awal penelitian, pendekatan dilakukan kepada responden untuk mendapatkan persetujuan untuk dijadikan objek penelitian. Data dikumpulkan dengan cara membagikan kuisioner data demografi, *Zung Self Rating Anxiety Scale* (ZRAS), dan *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) yang masing-masing sudah melalui proses Uji Validitas dan Reabilitas serta dinyatakan valid untuk setiap pertanyaannya. Pertama-tama peneliti memberikan kuisioner *Zung Self Rating Anxiety Scale* (ZRAS) yang terdiri dari 20 pertanyaan kepada responden yang sudah memenuhi kriteria responden yang telah dipilih peneliti. Responden mengisi kuisioner dengan cara memberikan tanda ceklis (✓) di kolom opsi jawaban yang telah disediakan dimana setiap pertanyaan diberi skor antara 1-4 (1=tidak pernah, 2=kadang-kadang, 3=sering, 4=selalu). Selanjutnya responden mengisi kuisioner *Pittsburgh Sleep Quality Index* dan pemilihan jawaban dengan cara memberikan tanda ceklis (✓) di kolom yang telah disediakan. Waktu yang diberikan oleh peneliti kurang lebih 20 menit untuk mengisi kedua kuisioner.

4.7.3 Analisa Data

1. Pengelolaan data

Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner *Zung Self Rating Anxiety Scale* (ZRAS) dan *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) kemudian data yang telah terkumpul diolah dengan tahap sebagai berikut:

a. Memeriksa data (*editing*)

Memeriksa lembar kuisisioner dengan memperhatikan daftar pertanyaan yang telah diisi dan memeriksa kelengkapan jawaban. Hal ini ditujukan agar dapat mengetahui kelengkapan pengisian kuisisioner.

b. Memberi tanda kode (*coding*)

Mengklarifikasikan hasil jawaban yang telah diperoleh ke dalam kategori yang telah ditentukan dengan cara memberikan kode berbentuk angka pada masing-masing variabel.

c. Pengelolaan data (*processing*)

Meringkas data atau mengelola data berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga dapat menghasilkan informasi yang diperlukan.

d. Cleaning

Kegiatan pengecekan kembali data yang telah diolah ke dalam komputer agar tidak terjadi kesalahan saat pelaksanaan analisa data.

2. Analisa Statistik

a. Analisa Univariat

Dilakukan pada variabel penelitian, bertujuan menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian. Menghasilkan distribusi dan presentase setiap variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Peneliti menggunakan analisa descriptive yang dilakukan untuk menggambarkan data demografi yang diteliti secara terpisah dengan membuat tabel frekuensi dari masing-masing variabel.

b. Analisa Bivariat

Uji yang dilakukan pada variabel yang diduga memiliki hubungan atau korelasi (Notoatmodjo, 2010). Skala pengukuran tingkat kecemasan dan kualitas tidur menggunakan skala ordinal. Analisa data menggunakan uji *Korelasi Spearman's* dengan tingkat signifikan 0,05. Dasar pengambilan keputusan apabila $p < 0,05$ maka H_0 diterima tetapi jika $p > 0,05$ maka H_0 ditolak (Nursalam, 2014).

4.8 Etika Penelitian

Peneliti melakukan ijin etik penelitian di RSPAL dr. Ramelan Surabaya dan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian yang meliputi:

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan pada responden sebelum penelitian dilakukan agar responden mengetahui maksud dan tujuan dari penelitian dan sebagai bukti bahwa responden bersedia dijadikan sebagai objek penelitian.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Peneliti tidak memberikan nama subjek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden.

Lembar kuisioner hanya diberikan kode tertentu.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti menjamin kerahasiaan yang telah dikumpulkan dari responden.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab 5 menjelaskan mengenai hasil penelitian serta pembahasan dari pengumpulan data mengenai hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

5.1 Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 11 Februari sampai 13 Februari 2021 dan didapatkan responden sebanyak 48 responden. Gambaran umum tempat penelitian meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status kepegawaian, status pernikahan, tempat tinggal, status vaksinasi, lama dinas di ruang covid, jumlah keluarga, penyakit komorbid, serta konsumsi obat-obatan. Data khusus meliputi tingkat kecemasan perawat dan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19*.

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Jumlah perawat yang bersedia mengisi informed consent sebanyak 48 perawat. Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya merupakan Rumah Sakit Type A / Tk. 1 TNI yang didirikan pada 7 Agustus 1950 dan beralamatkan di Jl. Gadung No 1 Surabaya, Jawa Timur, Indonesia. Kapasitas Rumah Sakit ini yaitu terdapat 41 jumlah klinik, 692 jumlah tempat tidur yang dibagi dengan beberapa kelas perawatan diantaranya VVIP, VIP Paviliun, VIP Ruangan, I Paviliun, I, II, dan III. Terdapat juga ruang perawatan khusus seperti HCU, ICCU, ICU, NICU, dll. Pada tahun 2017 rumah sakit ini terakreditasi RS

Versi 2012 dengan Lulus “PARIPURNA”. Visi dari rumah sakit ini ialah “Menjadi Rumah Sakit TNI yang terkemuka dalam dukungan dan pelayanan kesehatan serta pendidikan”. Misi yang dimiliki sendiri terdapat 5 misi yaitu:

1. Melaksanakan dukungan kesehatan secara optimal bagi prajurit TNI dalam pelaksanaan tugas operasi dan latihan.
2. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional dan terintegrasi bagi TNI dan masyarakat.
3. Mewujudkan pusat-pusat unggulan pelayanan kesehatan yang handal
4. Menyelenggarakan pendidikan, latihan, dan penelitian yang bermutu
5. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pendidikan berkelanjutan.

5.1.2 Gambaran Umum Subyek Penelitian

Subyek penelitian dalam penelitian ini adalah perawat Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya dengan jumlah responden sebanyak 48 orang. Data demografi diperoleh melalui kuesioner yang diisi oleh responden yaitu perawat Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian

Data umum hasil penelitian merupakan gambaran mengenai responden yang didalamnya meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status kepegawaian, status pernikahan, tempat tinggal, status vaksinasi, lama dinas di ruang covid, jumlah keluarga, serta konsumsi obat-obatan.

1. Karakteristik responden berdasarkan umur.

Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan usia perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Umur	Frekuensi (f)	Presentase (%)
21 – 30 tahun	28	58.3
31 – 40 tahun	7	14.6
41 – 50 tahun	10	20.8
51 – 60 tahun	3	6.3
Total	48	100

Tabel 5.1 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan umur. Dari 48 responden didapatkan perawat dengan usia 21 – 30 tahun sebanyak 28 orang (58.3%), perawat dengan usia 40 – 50 tahun sebanyak 10 orang (20.8%), perawat dengan usia 31 – 40 tahun sebanyak 7 orang (14.6%), dan perawat berusia 51 – 60 tahun sebanyak 3 orang (6.3%).

2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Laki-laki	8	16.7
Perempuan	40	83.3
Total	48	100

Tabel 5.2 menunjukkan hasil dari karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin. Dari 48 responden didapatkan 40 perawat berjenis kelamin perempuan (83.7%), dan sisanya sebanyak 8 perawat berjenis kelamin laki-laki (16.7%).

3. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Tabel 5.3 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Pendidikan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
D3	35	72.9
D4	1	2.1
S1	12	25.0
Total	48	100

Tabel 5.3 menggambarkan hasil dari karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan. Jumlah perawat yang pendidikan terakhirnya D3 terdapat 35 perawat (72.9%), jumlah perawat yang pendidikan terakhirnya S1 terdapat 12 perawat (25.0%), dan untuk perawat yang pendidikan terakhirnya D4 ialah 1 perawat (2.1%).

4. Karakteristik responden berdasarkan status kepegawaian

Tabel 5.4 Karakteristik responden berdasarkan status kepegawaian perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Status Kepegawaian	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Pegawai tetap	17	35.4
Pegawai kontrak	31	64.6
Total	48	100

Tabel 5.4 menjelaskan mengenai hasil dari karakteristik responden berdasarkan status kepegawaian. Sebanyak 31 (64.6%) perawat memiliki status kepegawaian sebagai pegawai kontrak dan sebanyak 17 (35.4%) perawat memiliki status kepegawaian sebagai pegawai tetap.

5. Karakteristik responden berdasarkan status pernikahan

Tabel 5.5 Karakteristik responden berdasarkan status pernikahan perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Status Pernikahan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Belum Menikah	21	43.8
Menikah	27	56.3
Total	48	100

Tabel 5.5 menjelaskan mengenai karakteristik responden berdasarkan status pernikahan, 27 (56.3%) responden berstatus menikah dan 21 (43.8%) responden berstatus belum menikah.

6. Karakteristik responden berdasarkan tempat tinggal

Tabel 5.6 Karakteristik responden berdasarkan tempat tinggal perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Tempat Tinggal	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Rumah pribadi	36	75.0
Kos	12	25.0
Total	48	100

Tabel 5.6 menjelaskan mengenai karakteristik responden berdasarkan tempat tinggal yang mana sebanyak 36 (75.0%) perawat bertempat tinggal di rumah pribadi dan sebanyak 12 (25.0%) perawat bertempat tinggal di kos.

7. Karakteristik responden berdasarkan status vaksinasi

Tabel 5.7 Karakteristik responden berdasarkan status vaksinasi perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Status Vaksinasi	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Sudah	48	100
Belum	0	0
Total	48	100

Tabel 5.7 menggambarkan mengenai karakteristik perawat berdasarkan status vaksinasi, hasil yang didapat sebanyak 48 (100%) responden sudah mendapatkan vaksin dan 0 (0%) responden yang belum mendapatkan vaksin.

8. Karakteristik responden berdasarkan lama dinas di ruang *Covid-19*

Tabel 5.8 Karakteristik responden berdasarkan lama dinas di ruang *Covid-19* perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Lama Dinas di Ruang <i>Covid-19</i>	Frekuensi (f)	Presentase (%)
0 – 3 bulan	9	18.8
4 – 6 bulan	2	4.2
7 – 9 bulan	31	64.6
10 – 12 bulan	6	12.5
Total	48	100

Tabel 5.8 menjelaskan mengenai karakteristik responden berdasarkan lama dinas di ruang *Covid-19*. Dari 48 responden didapatkan 31 (64.6%) responden bekerja selama 7 – 9 bulan, 9 (18.8%) responden bekerja selama 0 – 3 bulan, 6 (12.5%) responden bekerja selama 10 – 12 bulan, 2 (4.2%) responden bekerja selama 4 – 6 bulan.

9. Karakteristik responden berdasarkan jumlah keluarga

Tabel 5.9 Karakteristik responden berdasarkan jumlah keluarga perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Jumlah Keluarga	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	1	2.1
2	5	10.4
3	13	27.1
4	14	29.2
5	14	29.2
> 5	1	2.1
Total	48	100

Tabel 5.9 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan jumlah keluarga. Dari 48 responden terdapat 14 (29.2%) responden yang memiliki 4 anggota keluarga,

14 (29.2%) responden yang memiliki 5 anggota keluarga, 13 (27.1%) responden yang memiliki 3 anggota keluarga, 5 (10.4%) responden memiliki 2 anggota keluarga, 1 (2.1%) responden yang memiliki 1 anggota keluarga, dan 1 (2.1%) responden yang memiliki jumlah keluarga > 5.

10. Karakteristik responden berdasarkan konsumsi obat

Tabel 5.10 Karakteristik responden berdasarkan konsumsi obat perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Konsumsi Obat	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Tidak ada	48	100
Ada	0	0
Total	48	100

Tabel 5.10 menunjukkan karakteristik responden berdasarkan konsumsi obat, sebanyak 48 (100%) tidak mengkonsumsi obat-obatan, dan sebanyak 0 (0%) mengkonsumsi obat-obatan.

5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian

1. Tingkat Kecemasan Perawat di RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Tabel 5.11 Tabel frekuensi tingkat kecemasan perawat perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Tingkat Kecemasan Perawat	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Ringan	48	100
Sedang	0	00
Berat	0	00
Panik	0	00
Total	48	100

Tabel 5.11 menunjukkan hasil dari tingkat kecemasan perawat di RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Sebanyak 48 (100%) perawat mengalami kecemasan ringan,

kecemasan sedang sebanyak 0 (0%) responden, kecemasan berat sebanyak 0 (0%) responden, dan panik sebanyak 0 (0%) responden.

2. Kualitas Tidur Perawat di RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Tabel 5.12 Tabel frekuensi kualitas tidur perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Karakteristik Kualitas Tidur Perawat	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Baik	24	50.0
Buruk	24	50.0
Total	48	100

Tabel 5.12 menunjukkan hasil dari kualitas tidur perawat di RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Sebanyak 24 (50%) responden memiliki kualitas tidur yang baik dan sisanya sebanyak 24 (50%) memiliki kualitas tidur yang buruk.

3. Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi Covid-19 di RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Tabel 5.13 Hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi Covid-19 di RSPAL dr. Ramelan Surabaya, Februari 2021.

Tingkat Kecemasan	Kualitas Tidur						ρ value
	Baik		Buruk		Total		
	F	%	F	%	F	%	
Ringan	24	50	24	50	48	100	$\rho = 0,000$
Sedang	0	0	0	0	0	0	
Berat	0	0	0	0	0	0	
Panik	0	0	0	0	0	0	
Total	24	50	24	50	48	100	
Nilai Uji Statistik <i>Spearman's Rho</i> ($\rho \leq 0,05$) , ($r = 0,583$)							

Tabel 5.13 menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi Covid-19 di RSPAL dr. Ramelan Surabaya dan didapatkan data bahwa dari 48 responden diantaranya sebanyak 24 responden (50%) dengan kecemasan ringan memiliki kualitas tidur yang baik dan

24 responden (50%) dengan kecemasan ringan memiliki kualitas tidur yang buruk. Untuk kecemasan sedang dengan kualitas tidur baik 0 responden (0%) dan kecemasan sedang dengan kualitas tidur yang buruk 0 responden (0%). Untuk kecemasan berat dengan kualitas tidur baik terdapat 0 responden (0%) dan kecemasan berat dengan kualitas tidur buruk terdapat 0 responden (0%). Untuk panik dengan kualitas tidur baik terdapat 0 responden (0%) dan panik dengan kualitas tidur yang buruk terdapat 0 responden (0%). Hasil uji statistik dari data tersebut dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's Rho* didapatkan $p\text{-value} = 0,000$ dimana $\alpha = \leq 0,05$. Maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Koefisien korelasi (nilai r) antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur sebesar 0.583 (0.51 – 0.75) artinya tingkat kecemasan dengan kualitas tidur memiliki hubungan yang kuat.

5.2 Pembahasan

Penelitian ini dilakukan untuk memberikan gambaran mengenai hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19*. Sesuai dengan tujuan dari penelitian ini, maka akan dibahas hal-hal sebagai berikut:

5.2.1 Tingkat Kecemasan Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Hasil penelitian pada tabel 5.11 menunjukkan tingkat kecemasan perawat di RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Sebanyak 48 (100%) perawat mengalami kecemasan ringan, kecemasan sedang sebanyak 0 (0%) responden, kecemasan

berat sebanyak 0 (0%) responden, dan panik sebanyak 0 (0%) responden yang didapat dengan menggunakan kuesioner Zung Self Rating Anxiety Scale (ZRAS).

Data ini dapat dijelaskan karena seluruh responden telah mengenyam pendidikan yang tinggi yakni diantaranya D3 Keperawatan sebanyak 35 responden (72.9%), S1 Keperawatan sebanyak 12 responden (25.0%), dan D4 Keperawatan sebanyak 1 responden (2.1%). Data ini menjelaskan tingkat pendidikan yang tinggi mencerminkan tingkat pengetahuan dan pengalaman yang baik, hal tersebut dapat membantu menyelesaikan masalah-masalah psikis termasuk kecemasan seseorang serta mempengaruhi perilaku pencegahan *Covid-19* pada seorang individu, sehingga perawat mampu melindungi diri saat bekerja dan akan menurunkan tingkat kecemasan yang dialami sehingga semua perawat berada pada tingkat kecemasan ringan. Penyebab seluruh responden masih mengalami kecemasan ringan dapat dikarenakan para perawat dipengaruhi tuntutan pekerjaan yang tinggi dan termasuk didalamnya waktu kerja yang lama dengan jumlah pasien yang terus meningkat serta ketakutan akan berpisah dengan keluarga.

Data dari hasil crosstabulasi antara tingkat kecemasan dengan data demografi yang menyatakan bahwa sebanyak 48 (100%) perawat yang memiliki tingkat kecemasan ringan sudah mendapatkan Vaksin *Covid-19* yang diberikan oleh rumah sakit terkait. Vaksin merupakan salah satu langkah perlindungan diri secara internal dan diharapkan dapat menangkal virus corona sehingga melindungi individu dari infeksi nosokomial yang mungkin terjadi di tempat kerja. Saat ini vaksin masih menjadi salah satu cara yang bisa dilakukan untuk mencegah terjadinya penularan penyakit menular dan juga sebagai cara yang paling efektif

dan ekonomis karena tatalaksana pengobatan *Covid-19* sendiri sampai saat ini belum terstruktur.

Program lain yang disediakan RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang dapat menjadi penyebab rendahnya tingkat kecemasan yang dialami perawat yaitu perawat ruang covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya secara berkala dan bergantian mengikuti pelatihan teori-teori terbaru mengenai *Covid-19* yang diadakan oleh rumah sakit sehingga perawat terus menerus mendapatkan update keilmuan dan pendalaman mengenai *Covid-19* sehingga akan bertambah pula pengetahuan dan cara agar dapat melindungi diri sendiri, keluarga, maupun lingkungannya agar tidak terinfeksi *Covid-19* sehingga dapat membuat tingkat kecemasan yang dirasakan berada pada tingkat kecemasan ringan.

Hasil crosstabulasi silang antara tingkat kecemasan dengan data demografi mengenai tempat tinggal perawat didapatkan sebanyak 36 responden (75.0%) yang mengalami tingkat kecemasan ringan bertempat tinggal di rumah pribadi miliknya, hal tersebut dapat dikarenakan adanya keluarga dapat meredam dan mengurangi respon kecemasan seorang individu, karena dapat berkumpul dengan keluarga maka akan merasa memiliki *support system* yang baik.

Kecemasan merupakan bentuk emosi dari individu yang dikarenakan adanya rasa terancam oleh sesuatu dan objek yang tidak begitu jelas. Kecemasan yang masih bisa dikendalikan atau dengan insensitas yang wajar dapat dianggap sebagai nilai yang positif untuk memotivasi individu, namun apabila intensitasnya tinggi maka hal ini dapat bersifat negatif dan menimbulkan kerugian baik psikis maupun fisik. Kecemasan yang dialami oleh perawat merupakan hal yang normal terhadap

situasi atau lingkungan yang baru di masa pandemi ini, hal tersebut disebabkan perasaan takut tertular *Covid-19* karena pandemi ini masih tergolong baru dan masih belum banyak informasi yang bisa diperoleh, terlebih mengenai bagaimana efek jangka panjang yang dikarenakan paparan terus menerus yang dirasakan oleh perawat. Hal tersebut selaras dengan pernyataan dan hasil ini sejalan dengan penelitian (Rina, 2020) lain yang menyebutkan bahwa perawat memiliki rasa takut tertular dan terinfeksi *Covid-19* yang dilaporkan menjadi faktor resiko masalah psikologis perawat yang diantaranya adalah kecemasan.

Faktor resiko lain yang dapat menyebabkan perawat mengalami kecemasan yang ringan ialah tingkat pendidikan, pendidikan yang tinggi dapat menurunkan tingkat kecemasan seseorang dan pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fadli (2020) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan dapat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan yang dialami perawat dan semakin tinggi tingkat pengetahuan maka semakin baik pula pemahaman mengenai pencegahan *Covid-19* dan stressor kerja dapat menjadi faktor pencetus terjadinya kecemasan yang dialami perawat.

Pelatihan yang disediakan oleh rumah sakit terkair juga menyebabkan rendahnya tingkat kecemasan yang dialami perawat dan hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Astuti (2020) bahwa pelatihan khusus terkait *Covid-19* akan sangat membantu untuk mengurangi dampak kecemasan yang dialami oleh perawat.

Vaksin yang diberikan kepada perawat juga berperan pada tingkat kecemasan yang ringan karena setelah mendapat vaksin para perawat merasa lebih aman

karena pengobatan untuk *Covid-19* sendiri belum ditentukan dan hal tersebut sesuai dengan penelitian (Adji, 2020) yang mengatakan bahwa sampai saat ini belum ada obat-obatan yang diizinkan penggunaannya untuk terapi *Covid-19* karena belum terdapat obat khusus yang direkomendasikan untuk menekan replikasi *SARS-CoV-2*. WHO dan pemerintahan Indonesia saat ini merekomendasikan *supportive therapy* untuk penanganan *Covid-19* antara lain pemberian terapi sesuai gejala yang muncul, pemberian oksigen, penggunaan antibiotik, terapi cairan, dan tindakan medis lain termasuk didalamnya pemasangan ventilator. Penelitian lain (Herb, 2020) juga menyatakan serapan vaksin yang tinggi akan sangat penting untuk mencapai kekebalan tubuh dari seorang individu.

Selain hal-hal tersebut, adanya dukungan psikologi dari keluarga yang berperan sebagai support system dapat menjadi penyebab ringannya tingkat kecemasan perawat dan hal tersebut selaras dengan teori (Stuart, 2015) yang mengatakan adanya kajian dari keluarga terdekat dapat mempengaruhi adanya gangguan kecemasan yang dialami oleh seseorang.

5.2.2 Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* ditunjukkan oleh tabel 5.12, terdapat 24 orang (50.0%) mempunyai kualitas tidur yang baik dan 24 orang (50.0%) mempunyai kualitas tidur yang buruk.

Kondisi ini jelaskan bahwa bekerja dengan sistem giliran atau yang sering disebut dengan *shift work* mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mengalami kualitas tidur yang buruk. Dan salah satu pekerja dengan sistem *shift work* adalah

perawat. Dari hasil crosstabulasi silang dinyatakan usia dapat mempengaruhi kualitas tidur, sebanyak 13 responden (54.2%) yang berusia 21-30 tahun memiliki kualitas tidur yang buruk. Usia dewasa muda merupakan usia yang produktif sehingga akan mempengaruhi gaya hidup yang dijalani, termasuk di dalamnya seperti aktivitas sosial yang berlebihan yang akan mengganggu pola tidur pada dewasa muda.

Jenis kelamin juga menjadi faktor resiko terjadinya gangguan kualitas tidur. Dari hasil crosstabulasi silang didapat perawat berjenis kelamin perempuan sebanyak 19 orang (79.2%) yang memiliki kualitas tidur yang buruk dapat disebabkan karena perempuan lebih peka terhadap emosi yang dialaminya dan dari emosi-emosi negatif tersebut dapat berdampak pada sulitnya memulai tidur karena terlalu banyak hal yang difikirkan.

Penelitian ini mengungkapkan sebanyak 14 responden (58.3%) yang sudah menikah memiliki kualitas tidur yang buruk, dan perawat yang memiliki jumlah keluarga lebih banyak lebih mudah mengalami kualitas tidur yang buruk, ditemukan terdapat 8 responden (33.3%) yang memiliki anggota keluarga sebanyak 5 orang mengalami perburukan kualitas tidur. Status pernikahan menjadi faktor resiko terganggunya kualitas tidur karena saat sudah terjalin ikatan pernikahan maka identitas seseorang akan berubah, akan menjadi seorang suami dan istri serta menjadi orang tua sehingga bertambah pula tanggung jawab yang dimiliki, perawat yang belum menikah lebih bebas memulai tidur kapan saja dikarenakan belum terbebani dengan tugas-tugas tanggung jawab.

Sebanyak 12 responden (50.0%) yang sudah bekerja cukup lama yakni dengan kurun waktu 7 – 9 bulan di ruang *Covid-19* memiliki kualitas tidur lebih baik dibandingkan dengan responden yang lama masa kerjanya 0 – 3 bulan sebanyak 6 responden (25.0%). Lama masa kerja menentukan kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungannya. Lama masa kerja juga bisa menentukan pengalaman yang dimiliki, pada perawat baru, mereka belum memiliki banyak pengalaman dalam merawat pasien infeksius, sehingga dapat menjadi stressor tersendiri yang akan mempengaruhi kualitas tidur mereka.

Kualitas tidur adalah ukuran dimana seseorang dapat dengan mudah untuk memulai tidur dan mempertahankan tidurnya. Pemenuhan kebutuhan istirahat tidur lebih susah pada pekerja dengan sistem *shift work*. Hal ini selaras dengan penelitian (Amalia, 2013) yang melakukan studi komparatif pada kualitas tidur perawat shift dan non shift, hasil yang didapat yaitu sebesar 64.7% perawat rawat inap memiliki kualitas tidur yang buruk.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian (Sri, 2015) yang menyebutkan bahwa usia yang lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan tidur dan penelitian lain (Ricky, 2015) juga menyebutkan kualitas tidur pada dewasa muda dikaitkan dengan hubungan dengan keluarga serta kebiasaan aktivitas sosial yang dilakukan. Serta penelitian (Zuriati, 2016) lain yang menyebutkan bahwa perawat perempuan lebih memungkinkan mengalami perburukan kualitas tidur diantaranya karena beban psikologis, beban kerja, dan menstruasi yang dialami perempuan.

Status pernikahan mempengaruhi kualitas tidur seseorang dan hal tersebut sesuai dengan penelitian (Ricky, 2015) yang menyebutkan bahwa perawat yang

sudah menikah cenderung mengalami gangguan tidur yang lebih tinggi karena adanya tanggung jawab baru di dalam rumah tangga. Selain itu, Ricky (2015) juga mengatakan kualitas tidur perawat yang masa kerjanya sudah lama memiliki kualitas tidur yang lebih baik karena sudah beradaptasi dengan beban kerja yang dirasakan setiap harinya.

5.2.3 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Saat Pandemi Covid-19 di RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Hasil dari penelitian ini dimasukkan dalam uji statistik menggunakan SPSS dengan uji korelasi *spearman Rho's* dan didapatkan $p\text{value} = 0,000$ dimana $\alpha = \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang diartikan terdapat hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Untuk koefisien korelasi penelitian tingkat kecemasan dengan kualitas tidur ini sebesar 0,583 (0,51-0,75) artinya hubungan antara kedua variabel memiliki korelasi yang kuat.

Secara umum dari hasil penelitian dapat dijelaskan bahwa sebagian perawat yang mengalami tingkat kecemasan ringan memiliki kualitas tidur yang buruk karena terjadi sebuah kecemasan yang dirasakan oleh individu tersebut. Tabel 5.13 menunjukkan hasil dari tabulasi silang antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Dari 48 responden menunjukkan tingkat kecemasan ringan dengan kualitas tidur baik sebanyak 24 (50.0%) responden, kecemasan ringan dengan kualitas tidur buruk sebanyak 24 (50.0%) responden, kecemasan sedang dengan kualitas tidur baik sebanyak 0 (0%) responden, kecemasan sedang dengan kualitas tidur buruk

sebanyak 0 (0%), kecemasan berat dengan kualitas tidur baik sebanyak 0 (0%) responden, kecemasan berat dengan kualitas tidur buruk sebanyak 0 (0%) responden, panik dengan kualitas tidur baik sebanyak 0 (0%), dan panik dengan kualitas tidur buruk sebanyak 0 (0%) responden. Hal ini berarti bahwa kecemasan merupakan perasaan dari seorang individu yang dapat membuat terjadinya ketegangan mental dan sebagai reaksi umum dari adanya suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Kecemasan ringan yang dirasakan oleh seluruh responden dapat menimbulkan efek khusus pada psikologi maupun fisiologi orang tersebut, dan respon fisiologis yang sering terjadi pada perawat rawat inap khususnya saat pandemi *Covid-19* ini adalah kesulitan untuk tidur.

Hasil diskusi yang dilakukan dengan perawat menyatakan bahwa pandemi *Covid-19* yang sudah berlangsung lama ini terus-terusan membuat perawat merasa cemas, saat kecemasan tersebut dirasakan dalam jangka waktu yang lama maka akan memiliki efek tertentu pada pola tidur seseorang. Dikaitkan dengan wawancara singkat pada perawat ruangan, para perawat mengatakan penggunaan Alat Pelindung Diri yang berlapis-lapis membuat perawat sering kelelahan, ditambah dengan jumlah pasien yang terus meningkat dan tingginya tingkat ketergantungan pasien pada perawat menjadi tambahan beban tersendiri saat ini. Kelelahan berlebihan yang diikuti dengan kecemasan yang terus menerus akan membuat perawat susah untuk mendapatkan kualitas tidur yang baik.

24 (50.0%) dari 48 responden yang mengalami kecemasan ringan memiliki kualitas tidur yang buruk. Saat pandemi seperti ini garda depan seperti perawat harus menghadapi pasien yang terinfeksi secara langsung dan memberikan perawatan kesehatan yang diperlukan sehingga para perawat lebih cenderung

terpapar. Sistem kesehatan yang belum seimbang dan beban pekerjaan serta tanggung jawab yang meningkat dirasakan perawat pada saat seperti ini. Tidak hanya untuk merawat pasien, namun perawat juga dituntut untuk bisa mengambil tindakan untuk melindungi diri sendiri maupun anggota keluarga di rumah. Karena hal tersebut maka kecemasan tidak bisa dihindari. Kecemasan dalam tingkat apapun termasuk kecemasan ringan yang dirasakan ini akan berdampak pada kualitas tidur perawat karena saat cemas terjadi seseorang akan memikirkan sesuatu secara berlebihan dan akan kesulitan untuk memulai tidur, jika kesulitan memulai tidur itu terjadi maka durasi tidur juga akan berkurang dan berakhir pada kualitas tidur yang buruk

Videbeck (2011) menjelaskan bahwa setiap tingkat kecemasan memiliki efek yang berbeda pada fisiologi maupun psikologi seseorang, dan perubahan yang terjadi pada kecemasan ringan diantaranya kesulitan untuk tidur, resah, dan gelisah. Penelitian lain yang dilakukan oleh Korkmaz (2020) juga mengatakan karena pekerjaan perawat yang dituntut untuk berinteraksi dengan pasien dalam jangka waktu yang lama serta kecepatan dan ketepatan yang harus dimiliki perawat maka meskipun dengan tingkat kecemasan yang tidak terlalu tinggi ternyata hal tersebut tetap memiliki korelasi positif antara kecemasan dengan kualitas tidurnya ($p=0,000$; $r=508$). Diikuti dengan kelelahan jangka panjang dan kecemasan yang dirasakan secara terus-menerus menyebabkan periode tidur REM menjadi lebih pendek dan akibatnya durasi tidur pun akan menjadi berkurang (Altena, 2017).

5.3 Keterbatasan

Keterbatasan merupakan kelemahan maupun hambatan yang dialami selama penelitian. Keterbatasan pada penelitian yang dihadapi oleh peneliti adalah:

1. Pengambilan data terhambat karena adanya pandemi *Covid-19* dan ruangan tempat penelitian merupakan ruang covid sehingga membatasi peneliti untuk dapat sering berkomunikasi dengan responden sehingga responden tidak bisa menanyakan hal secara langsung pada peneliti.
2. Pengambilan data dilakukan tanpa follow up lebih lanjut dan hanya dilakukan sebanyak 1 kali sehingga data kurang akurat
3. Pengumpulan data sebagian melalui *google form* sehingga kurangnya forum diskusi antara peneliti dengan responden sehingga responden yang memiliki pertanyaan terkait penelitian tidak bisa secara langsung menanyakan pada peneliti
4. Jumlah sampel pada penelitian ini hanya sebanyak 48 responden sehingga dinilai kurang untuk menyatakan hasil dalam skala besar

BAB 6

PENUTUP

Bab ini berisikan mengenai kesimpulan dan saran berdasarkan hasil dari pembahasan penelitian.

6.1 Simpulan

1. Tingkat kecemasan semua perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya saat pandemi *Covid-19* ini berada pada tingkat kecemasan ringan.
2. Kualitas tidur perawat di Ruang Covid RVII RSPAL dr. Ramelan Surabaya saat pandemi *Covid-19* ini memiliki hasil separuh perawat memiliki kualitas tidur yang baik dan separuh perawat memiliki kualitas tidur yang buruk.
3. Ada hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Perawat

Perawat yang berdinam dapat melakukan beberapa hal diantaranya tetap memenuhi kebutuhan dasar seperti memastikan ada waktu istirahat selama bekerja atau diantara jadwal bekerja, makan makanan yang cukup dan sehat, melakukan kegiatan fisik, dan tetap berhubungan dengan keluarga dan teman. Teknik relaksasi serta distraksi dapat dilakukan untuk mendapat kualitas tidur yang lebih baik. *Napping* (tidur dengan durasi sebentar kurang dari 30 menit meski sesingkat 6 hingga 10 menit) dapat juga dijadikan sebagai solusi untuk meningkatkan kualitas tidur perawat.

6.2.2 Bagi Institusi Stikes Hang Tuah

Kecemasan dan gangguan kualitas tidur yang dirasakan oleh perawat terkait dapat dijadikan tolak ukur untuk penambahan pembahasan mengenai dampak psikologi serta penyelesaian dan coping yang dapat dilakukan oleh individu.

6.2.3 Bagi RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Lahan penelitian dapat memberikan fasilitas untuk memudahkan layanan konseling bagi para staffnya, serta melakukan pengadaan APD, memberikan lingkungan yang kondusif, memberikan reward berupa upah tambahan dan jadwal libur yang sesuai agar kebutuhan istirahat para staff terpenuhi.

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk acuan sebagai landasan teori penelitian selanjutnya. Peneliti selanjutnya dapat meningkatkan informasi dan pembaruan dari penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Adityo Susilo, C. M. (2020). Coronavirus Disease 2019: Tinjauan Literatur Terkini. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia Vol.7 No. 1*, 45-67.
- Adji P. Setiadi, Yosi I. Wibowo, Steven V. Halim, Cecilia Brata, Bobby Presley, Eko Setiawan. (2020). Tata Laksana Terapi Pasien dengan *Covid-19*: Sebuah Kajian Naratif. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia Vol.9 No.1*, 70-94
- Altena, E. C. (2017). How Hyperarousal and Sleep Reactivity are Represented in Different Adult Age Group: Result From A Large Cohort Study on Insomnia. *Brain Science*, 41(7), 1-9.
- Annisa, D. d. (2016). Konsep Kecemasan (Anxiety). *Jurnal Konselor Universitas Padang*, 93-99.
- Astuti, J. T. (2020). Implikasi Manajemen Keperawatan dalam Penanganan Pasien Corona Virus Disease-19 (*Covid-19*): Literature Review. *Journal of Clinical Medicine*, 288-297.
- Barbara, Kozier dkk. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Budiman. (2011). *Penelitian Kesehatan*. Bandung: Refika Aditama.
- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Caillet, A. C. (2020). Psychological Impact of *COVID-19* on ICU Caregivers. *ACCPM*, 6.
- Dinah, S. R. (2020). Gambaran Tingkat Kecemasan Perawat Saat Pandemi Covid 19 Di Negara Berkembang Dan Negara Maju: A Literatur Review. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol 11 No. 1*, 37-48.
- Fadli, S. A. (2020). Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan pada Tenaga Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan *Covid-19*. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia Vol.6 No.1*, 57-65.
- Huang, Y. Z. (2020). Generalized Anxiety Disorder, Depressive Symptoms and Sleep Quality During *COVID-19* Outbreak in Chin: A Web-based Cross-Sectional Survey. *Psychiatry Research*, 288.
- IASC. (2020). *Catatan Tentang Aspek Kesehatan Jiwa dan Psikososial Wabah Covid-19 Versi 1.0*. IASC MHPSS Reference Group.
- Iyus, Y. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refia Aditama.
- Kemenkes. (2020). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease (Covid-19)*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

- Long Liu, X. L. (2020). Epidemiological and Clinical Characteristics of Patients With Coronavirus Disease-2019 in Shiyan City, China. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 284.
- Molina, P. E. (2010). *Endocrine Physiology*. Louisiana, USA: McGraw Hill Company.
- Nasir, A. d. (2011). *Dasar-dasar Keperawatan jiwa, Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Natasha Shaukat, D. M. (2020). Physical and mental health impacts of *COVID-19* on healthcare workers: a scoping. *International Journal of Emergency Medicine*, 13:40.
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pappa S, N. V. (2020). Prevalence of Depression, Anxiety, and Insomnia Among Healthcare Workers During The *COVID-19* Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain, Behavior, Immunity*, 901-907.
- PDPI. (2020). *Pedoman Tatalaksana Covid-19*. Jakarta: PDPI.
- Pemrov, J. (2020, 09 19). *Peta Sebaran Covid-19 Jawa Timur*. Retrieved from Satuan Tugas Covid-19: <http://infocovid19.jatimprov.go.id/>
- Pieter, H. Z. (2010). *Pengantar Psikologi dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana.
- Potter, P. &. (2010). *Fundamental of Nursing: Concep, Proses, and Practice Edisi 7. Volume 3*. Jakarta: EGC.
- Qiu D, Y. Y. (2020). Prevalence of Sleep Disturbances in Chinese Healthcare Professionals: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sleep Med*, 67:258–66.
- Qun Li, M. X. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med*, 382:1199-1207.
- Ricky R.TA. Thayeb, Mieke A.H.N, Herlyani Khosama (2015). Gambaran Kualitas Tidur Pada Perawat Dinas Malam RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal e-Clinic (cDI) Volume 3*. Nomor 3.
- Rina Tri Handayani, Suminanti, Aquartuti Tri Darmayanti, Aris Widiyanto, Joko Tri Atmojo. (2020). Kondisi Dan Strategi Penanganan Kecemasan Pada Tenaga Kesehatan Saat Pandemi Covid-19. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa Volume 3 No 3*. 367-376.
- Sagala, V. (2011). *Kualitas Tidur dan Faktor-Faktor Gangguan Tidur*.

- Santoso, T. S. (2020). Kondisi Psikologis Perawat yang Memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien *Covid-19*: Tinjauan Narasi. *Journal of Clinical Medicine*, 253-260.
- Sevda Korkmaz, A. K. (2020). The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in *COVID-19* services. *Journal of Clinical Neuroscience*, 131-136.
- Shereen, Muhammad Adnan., Khan, Suliman., Kazmi, Abeer., Bashir, Nadia., Siddique, Rabeea. (2020). *COVID-19* infection: Origin, Transmission, and Characteristics of Human Coronaviruses. *Journal of Advanced Research* 24, 91-98.
- Sitiatava, P. R. (2011). *Tips Sehat dengan Pola Tidur Tepat dan Cerdas*. Yogyakarta: Wardi.
- Stuart, G. W. (2015). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart Buku 2: Edisi Indonesia*. Singapore: Elseiver.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&B*. Bandung: Alfabeta.
- Suliswati. (2014). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Trisnawati, H. (2017). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Tidur Perawat di Intensive Care Unit dan High Care Unit Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kabupaten Kulon Progo.
- Wenling Wang, P. Y. (2020). Detection of *SARS-CoV-2* in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA* 323(18), 1843–1844.
- WHO. (2020, 09 19). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Retrieved from Coronavirus Disease (*COVID-19*) Situation Reports: <https://covid19.who.int/>
- Yuliana. (2020). Corona Virus Disease (*Covid-19*); Sebuah Tinjauan Literature. *Wellness and Healthy Magazine* , 187-192.

Lampiran 1. Lembar *Informed Consent*

INFORMED CONSENT

(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____
 Umur : _____
 Jenis kelamin : _____
 Pekerjaan : _____
 Alamat : _____

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai:

1. Penelitian yang berjudul “Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subjek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian
6. Persetujuan perizinan tempat penelitian
7. Hak keamanan dan privasi

Mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/ tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subjek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa paksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

TandaTangan Partisipan		Tanggal	
-------------------------------	--	----------------	--

Nama saksi :

Tanda Tangan saksi*		Tanggal	
----------------------------	--	----------------	--

Saya telah menjelaskan penelitian kepada partisipan yang bertandatangan diatas, dan saya yakin bahwa partisipan tersebut paham tentang tujuan, proses, dan efek yang mungkin terjadi jika dia ikut terlibat dalam penelitian ini

Nama peneliti :

Tanda Tangan Peneliti		Tanggal	
------------------------------	--	----------------	--

Nb : semua pihak yang menandatangani formulir persetujuan ini harus memberi tanggal pada tanda tangannya. *) Dibutuhkan jika diperlukan, seperti pada kasus buta huruf.

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP)

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP) UNTUK RESPONDEN

Peneliti akan melakukan penelitian mengenai:

Judul Penelitian :

Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Tujuan

Untuk menganalisa hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur perawat saat pandemi *Covid-19* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP):

Sehubungan dengan hal tersebut, peneliti akan melakukan pengumpulan data kepada perawat dengan menggunakan kuesioner. Data tersebut dibutuhkan untuk mendapatkan informasi tentang Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, tidak ada jawaban benar atau salah, oleh karena itu, diharapkan kesediaan subjek untuk memberikan jawaban yang paling sesuai dengan kondisi sebenarnya.

PSP diberikan kepada subjek yang berdinasi di ruang *Covid-19*. Penjelasan PSP dilakukan oleh peneliti, pada waktu yang telah disepakati antara peneliti dengan subjek. Subjek diberikan waktu yang cukup untuk dapat mengambil keputusan untuk kesediaannya terlibat dalam penelitian ini. Tempat memberikan penjelasan dilakukan di tempat penelitian. PSP ditandatangani oleh peneliti, subjek dan saksi yang berasal dari RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tempat penelitian dilaksanakan.

Perlakuan yang diterapkan pada subjek:

Penelitian ini merupakan penelitian observasional. Subjek (perawat yang berdinasi di ruang *Covid-19*) terlibat sebagai responden yang akan memberikan pernyataan atau jawaban pada kuesioner perihal Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Kuesioner akan diserahkan dan diisi oleh responden pada waktu dan tempat berdasarkan kesepakatan antara responden dan peneliti. Waktu penyerahan dan pengisian kuesioner disesuaikan dengan waktu responden. Responden dalam

memberikan jawaban atas pertanyaan dalam kuesioner membutuhkan waktu sekitar 10- 15 menit.

Manfaat

Manfaat Subjek (perawat yang berdinasi di ruang *Covid-19*) yang terlibat dalam penelitian ini akan memperoleh pengetahuan tentang hal-hal yang berkaitan dengan Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, agar subjek memperoleh pengetahuan tersebut peneliti akan menyampaikan materi singkat terkait dengan Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi *Covid-19* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pengetahuan tersebut akan didapat oleh subjek dalam bentuk metode belajar berupa ceramah dan tanya jawab.

Bahaya potensial

Pada penelitian ini tidak ada bahaya potensial secara fisik yang diakibatkan oleh keterlibatan subjek dalam penelitian. Pada penelitian ini responden akan menjawab atau mengisi kuesioner yang diajukan peneliti, sehingga ada waktu responden yang tersita dalam meluangkan waktunya untuk mengisi jawaban atau pernyataan penelitian tersebut.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan subjek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

Adanya insentif untuk subjek

Walaupun keikutsertaan subjek bersifat sukarela, namun keikutsertaan responden dalam penelitian ini sangat penting dan sangat membantu keberhasilan penelitian. Peneliti sangat mengapresiasi keterlibatan subjek dalam penelitian.

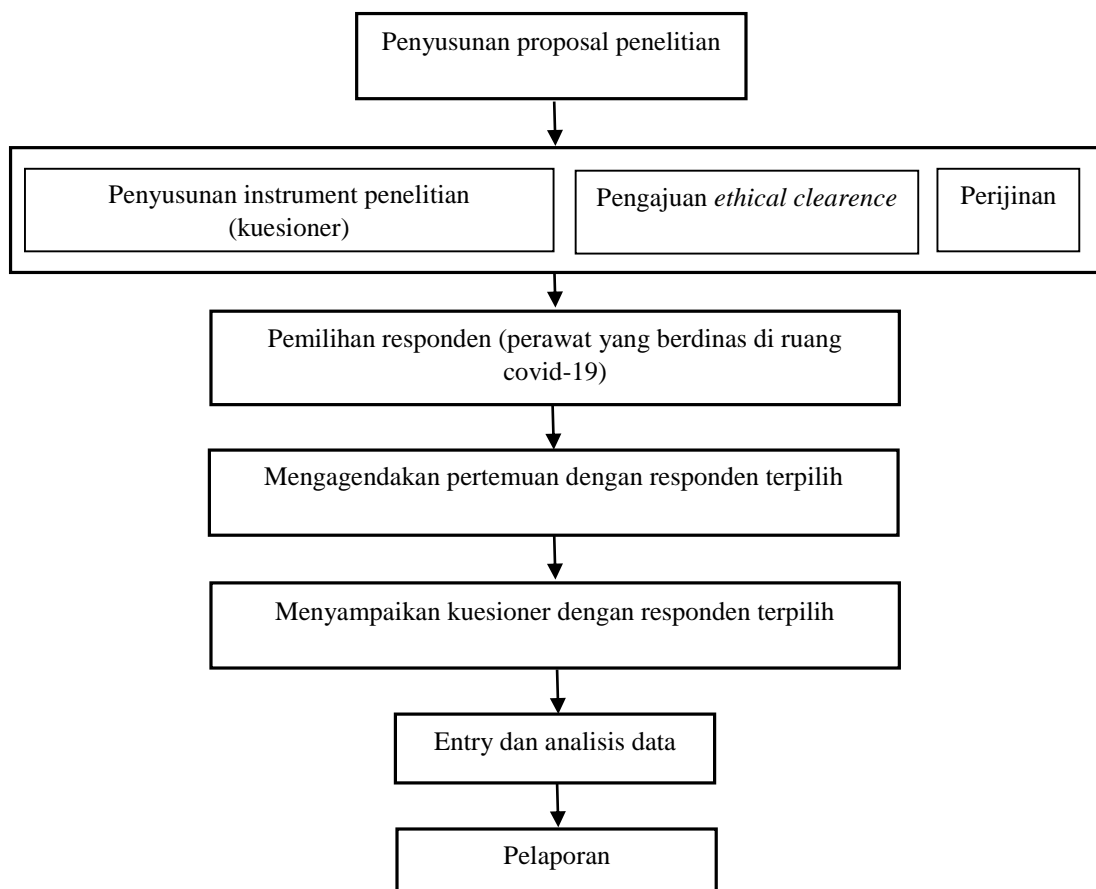
Kerahasiaan data

Data pribadi/identitas dan hasil jawaban subjek pada kuesioner akan dijamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Agar data tersebut terjaga kerahasiaannya, dilakukan diantaranya; (1) identifikasi subjek dalam bentuk anonym, (2) Dokumen atau berkas penelitian disimpan pada lokasi

yang aman, dan (3) data dikomputer hanya dapat diakses oleh peneliti atau petugas lain setelah mendapat ijin peneliti. Data penelitian akan disimpan oleh peneliti minimal selama 2 (dua) tahun.

Jika ada pertanyaan tentang penelitian ini, Bapak/Ibu dapat menghubungi peneliti. Bila masih memerlukan penjelasan, Bapak/Ibu dapat menghubungi Dais Darma Vidyana Andika, nomor HP 082139322232 dengan alamat STIKES Hang Tuah Surabaya.

Prosedur penelitian



Lampiran 3. Karakteristik Responden

Kode Responden:



KUESIONER PENELITIAN HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS TIDUR PERAWAT SAAT PANDEMI COVID-19 DI RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA

Petunjuk Pengisian:

5. Bacalah secara cermat dan teliti setiap bagian pertanyaan dalam kuisisioner ini.
6. Isilah titik-titik yang telah disediakan dengan jawaban yang benar
7. Pilihlah satu jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan kondisi anda saat ini dengan memberikan tanda ceklis (\surd) pada jawaban yang dipilih.

A. Karakteristik Demografi Responden

1. Usia :
2. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
3. Pendidikan Terakhir : SPK D3
 D4 S1
4. Status Pernikahan : Belum Menikah
 Cerai Hidup / Meninggal
5. Tempat tinggal : Kos Kontrakan
 Rumah pribadi
6. Vaksin *Covid-19* : Sudah Belum
7. Dinas di ruang covid berapa lama : 0–3 bulan 4– 6 bulan
 7–9 bulan 10–12 bulan
8. Jumlah keluarga : 1 2
 3 4
 5 > 5
9. Status kepegawaian : Tetap Kontrak
10. Jika memiliki penyakit komorbid, sebutkan :
11. Apakah saat ini mengkonsumsi obat tertentu
Jika ya, obat apa :

Lampiran 4. Kuesioner Tingkat Kecemasan *Zung Self Rating Anxiety Scale*

Petunjuk Pengisian:

Kode Responden:

1. Bacalah secara cermat dan teliti setiap bagian pertanyaan dalam kuisisioner ini.
2. Pilihlah satu jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan kondisi anda saat ini dengan memberikan tanda ceklis (√) pada jawaban yang dipilih.

No	PERTANYAAN	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya saat pandemi <i>Covid-19</i>				
2	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas saat pandemi <i>Covid-19</i>				
3	Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur saat pandemi <i>Covid-19</i>				
4	Saya mudah marah, tersinggung, atau panik saat pandemi <i>Covid-19</i>				
5	Saya merasa kesulitan menjejakan sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi saat pandemi <i>Covid-19</i>				
6	Kedua tangan dan kaki saya sering gemeteran				
7	Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher, atau nyeri otot saat pandemi <i>Covid-19</i>				
8	Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah saat pandemi <i>Covid-19</i>				
9	Saya merasa tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang saat pandemi <i>Covid-19</i>				
10	Saya merasa jantung berdebar dengan keras dan kencang saat pandemi <i>Covid-19</i>				
11	Saya sering mengalami pusing saat pandemi <i>Covid-19</i>				
12	Saya sering pingsan atau merasa seperti pingsan saat pandemi <i>Covid-19</i>				
13	Saya mudah sesak napas tersengal-sengal saat pandemi <i>Covid-19</i>				
14	Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya saat pandemi <i>Covid-19</i>				
15	Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan kencang saat pandemi <i>Covid-19</i>				

No	PERTANYAAN	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
16	Saya sering kencing daripada biasanya kencang saat pandemi <i>Covid-19</i>				
17	Saya merasa tangan saya dingin dan sering basah oleh keringat				
18	Wajah saya terasa panas dan kemerahan saat pandemi <i>Covid-19</i>				
19	Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam saat pandemi <i>Covid-19</i>				
20	Saya mengalami mimpi-mimpi buruk saat pandemi <i>Covid-19</i>				

Lampiran 5. Kuesioner Kualitas Tidur *Pittsburgh Sleep Quality Index*

Kode Responden:

Jawablah pertanyaan berikut ini! Selain nomor 1 dan nomor 3 berikan tanda ceklis (\checkmark) pada salah satu jawaban yang menurut anda paling sesuai!

1.	Jam berapa biasanya anda tidur pada malam hari saat pandemi <i>Covid-19</i> ini?				
		≤ 15 menit	16-30 menit	31-60 menit	> 60 menit
2.	Berapa lama waktu yang anda perlukan untuk memulai tidur saat pandemi <i>Covid-19</i> ini? (Mulai berbaring hingga tertidur)				
3.	Jam berapa biasanya anda bangun dipagi hari saat pandemi <i>Covid-19</i> ini?				
		> 7 jam	6-7 jam	5-6 jam	< 5 jam
4.	Berapa jam lama tidur anda pada malam hari saat pandemi <i>Covid-19</i> ini? (Hal ini mungkin berbeda dengan jumlah jam yang anda habiskan di tempat tidur)				
5.	Selama satu bulan terakhir, saat pandemi <i>Covid-19</i> seberapa sering Anda mengalami masalah dalam tidur karena Anda...	Tidak Pernah	1x Seminggu	2x Seminggu	3x Seminggu
a.	Tidak mampu tertidur selama 30 Menit				
b.	Terbangun di tengah malam atau terlalu dini hari				
c.	Terbangun untuk ke kamar mandi				
d.	Tidak mampu bernafas dengan nyaman				
e.	Batuk atau mengorok				
f.	Merasa terlalu dingin				
g.	Merasa terlalu panas				
h.	Mengalami mimpi buruk				
i.	Mengalami nyeri				
j.	Alasan lain...				

6.	Seberapa sering Anda menggunakan obat tidur saat pandemi <i>Covid-19</i> ini?				
7.	Seberapa sering Anda mengantuk ketika melakukan aktifitas di siang hari saat pandemi <i>Covid-19</i> ini?				
		Sangat Baik	Cukup Baik	Cukup Buruk	Sangat Buruk
8.	Bagaimana anda menilai kualitas tidur anda secara keseluruhan saat pandemi <i>Covid-19</i> ini?				
		Tidak masalah	Masalah tapi tidak mengganggu	Masalah dan kadang mengganggu	Sangat mengganggu
9.	Adakah masalah yang anda hadapi untuk bisa berkonsentrasi atau menjaga rasa antusias untuk menyelesaikan pekerjaan saat pandemi <i>Covid-19</i> ini?				

Lampiran 6. Surat Pengantar Penelitian



YAYASAN NALA
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN
 Jl. Gadung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya
 Website : www.stikeshangtuah-sby.ac.id

Surabaya, 11 Januari 2021

Nomor : B/ 05 /11/ 2021/ SHT
 Klasifikasi : BIASA.
 Lampiran : --
 Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan
Data Penelitian

Kepada
 Yth. Ka RSPAL dr. Ramelan
 Jl. Gadung No. 1
 di
Surabaya

U.p. Wakabin

1. Dalam rangka penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Prodi S1 Keperawatan Kelas Pararel STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2020/2021, mohon Ka RSPAL dr. Ramelan Surabaya berkenan mengijinkan kepada mahasiswa kami untuk mengambil data penelitian di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya :
 Nama : Dais Darma Vidyana Andika
 NIM : 191.1010
 Judul penelitian :
 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Perawat Saat Pandemi Covid-19 di RSPAL dr. Ramelan Surabaya
3. Mengalir dari titik dua, memperhatikan protokol pencegahan Covid-19 maka pengambilan data akan dilakukan tanpa kontak langsung dengan responden. Pengambilan data dilakukan melalui media daring antara lain : *Whatsapp, Google form*, dan lain-lain.
4. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.

A.n. Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya



Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes.
 NIP. 03003

Tembusan :

1. Ketua Pengurus Yayasan Nala
2. Ketua STIKES Hang Tuah Sby. (Sbg. Lap.)
3. Kadep Bangdiklat RSPAL dr. Ramelan Sby
4. Kadep Perawatan RSPAL dr. Ramelan
5. Ka Prodi S1 Kep STIKES Hang Tuah Sby

Lampiran 7. Security Clearance

PANGKALAN UTAMA TNI AL V
STAF INTELIJEN

SURAT KETERANGAN HASIL PENELITIAN PERSONIL
Nomor : R/ 260 /SKHPP/II/2021

1 Berdasarkan Petunjuk Teknik Kadispamal Nomor Juknik/01/II/2007 tanggal 26 Januari 2007 tentang Penelitian Personel di lingkungan TNI AL dan Skep Kasal Nomor Skep/579/III/2016 tanggal 14 Maret 2016 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penerbitan Security Clearance di lingkungan TNI AL, dengan ini menerangkan bahwa hasil pemeriksaan terhadap :

a.	nama	: Dais Darma Vidyana Andika
b.	tempat, tanggal lahir	: Sidoarjo, 06 Januari 1998
c.	jenis Kelamin	: Perempuan
d.	agama	: Islam
e.	pekerjaan	: Mahasiswa
f.	jabatan	: Mahasiswa Keperawatan
g.	kesatuan, Instansi	: Stikes Hang Tuah Surabaya
h.	alamat kesatuan, Tlp	: Jl. Gadung No. 01, Surabaya
i.	alamat rumah, Tlp	: Balong Rt 03 Rw 01 Sidokumpul Sidoarjo

setelah dilaksanakan Security Clearance sementara belum ditemukan adanya catatan negative/kerawanan, diberikan surat keterangan untuk keperluan melaksanakan kegiatan Pengambilan Data dan Kerjasama Penelitian di Rumkital Dr. Ramelan, Berkewajiban menjaga ketertiban dan keamanan di lingkungan kerja

2. Berlaku dari tanggal : 8 Februari 2020 s.d 08 Mei 2021

3. SC diperpanjang sebelum habis masa berlakunya ke sintel Lantamal V dengan menyerahkan SKHPP yang lama.

4. Demikian Security Clearance ini diberikan untuk dipergunakan seperlunya.



Dikeluarkan di Surabaya
pada tanggal 10, Februari 2021

Asisten Intelijen Danlantamal V,
PANGKALAN UTAMA TNI AL V
STAF INTELIJEN

Mikaryo Widodo
Kolonel Marinir NRP 11979/P

Kepada :

Yth. Sdri. Dais Darma Vidyana Andika ✓

Tembusan:

1. Asintel Kasal
2. Kadispamsanal
3. Danlantamal V
4. Karumkital Dr. Ramelan
5. Asintel Pangkoarmada II
6. Bangdiklat Rumkital Dr. Ramelan
7. Dansatma Rumkital Dr. Ramelan
8. Kasatpam Rumkital Dr. Ramelan
9. Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya

Lampiran 8. Hasil Perhitungan SPSS

1. Berdasarkan Usia

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21-30 tahun	28	58.3	58.3	58.3
31-40 tahun	7	14.6	14.6	72.9
41-50 tahun	10	20.8	20.8	93.8
51-60 tahun	3	6.3	6.3	100.0
Total	48	100.0	100.0	

2. Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	8	16.7	16.7	16.7
perempuan	40	83.3	83.3	100.0
Total	48	100.0	100.0	

3. Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3 KEP	35	72.9	72.9	72.9
	S1 NERS KEP	12	25.0	25.0	97.9
	DIV KEP	1	2.1	2.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

4. Berdasarkan Status Kepegawaian

Status Kepegawaian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pegawai tetap	17	35.4	35.4	35.4
	pegawai kontrak	31	64.6	64.6	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

5. Berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	belum menikah	21	43.8	43.8	43.8
	menikah	27	56.3	56.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

6. Berdasarkan Tempat Tinggal

Tempat Tinggal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rumah pribadi	36	75.0	75.0	75.0
kos	12	25.0	25.0	100.0
Total	48	100.0	100.0	

7. Berdasarkan Status Vaksinasi

Status Vaksinasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sudah	48	100.0	100.0	100.0

8. Berdasarkan Lama Dinas di Ruang *Covid-19*

Lama Dinas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-3 bulan	9	18.8	18.8	18.8
4-6 bulan	2	4.2	4.2	22.9
7-9 bulan	31	64.6	64.6	87.5
10-12 bulan	6	12.5	12.5	100.0
Total	48	100.0	100.0	

9. Berdasarkan Jumlah Keluarga

Jumlah Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2.1	2.1	2.1
	2	5	10.4	10.4	12.5
	3	13	27.1	27.1	39.6
	4	14	29.2	29.2	68.8
	5	14	29.2	29.2	97.9
	>5	1	2.1	2.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

10. Berdasarkan Konsumsi Obat

Konsumsi Obat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	48	100.0	100.0	100.0

11. Berdasarkan Tingkat Kecemasan

Tingkat Kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	48	100.0	100.0	100.0

12. Berdasarkan Kualitas Tidur

Kualitas Tidur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	24	50.0	50.0	50.0
	buruk	24	50.0	50.0	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

13. Berdasarkan Hubungan Tingkat Kecemasan dan Kualitas Tidur

zars * psqi Crosstabulation

			psqii		Total
			baik	buruk	
zarss	ringan	Count	24	24	48
		% within zarss	50.0%	50.0%	100.0%
		% within psqii	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	24	24	48
		% within zarss	50.0%	50.0%	100.0%
		% within psqii	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

14. Berdasarkan Uji Korelasi Spearman Rho

Correlations

			psqi	zars
Spearman's rho	psqi	Correlation Coefficient	1.000	.583**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	48	48
	zars	Correlation Coefficient	.583**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	48	48

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

Lampiran 9. Curriculum Vitae***CURRICULUM VITAE***

Nama : Dais Darma Vidya Andika
NIM : 1911010
Program Studi : S-1 Keperawatan
TTL : Sidoarjo, 06 Januari 1998
Umur : 22 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Nama Orang Tua : Rianton Iskandar dan Almh. Musdalipa
Agama : Islam
Alamat : Balong RT 03 RW 01 No. 24
No. Hp : 082139322232
Email : daisdarma@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2004 – 2010 : SD Negeri Pucang 1 Sidoarjo
2. Tahun 2010 – 2013 : SMP Negeri 2 Buduran
3. Tahun 2013 – 2016 : SMA Negeri 1 Gedangan
4. Tahun 2016 – 2019 : Poltekkes Kemenkes Surabaya Program Studi D3 Keperawatan