

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Kelelahan Kerja

a. Pengertian

Secara garis besar kelelahan kerja merupakan suatu kondisi yang timbul karena aktivitas individu hingga individu tersebut tidak mampu lagi mengerjakannya. Kelelahan kerja dapat mengakibatkan terjadinya penurunan kinerja yang berakibat pada peningkatan kesalahan kerja dan berujung pada kecelakaan kerja. Menurut Tarwaka (2014) kelelahan merupakan suatu bagian dari mekanisme tubuh untuk melakukan perlindungan agar tubuh terhindar dari kerusakan yang lebih parah, dan akan kembali pulih apabila melakukan istirahat yang cukup (Ariani, 2019).

Definisi kelelahan kerja bagi setiap orang berbeda-beda dan bersifat subjektif namun secara garis besar kelelahan kerja merupakan suatu keadaan yang dialami oleh tenaga kerja yang dapat mengakibatkan penurunan produktivitas kerja dan vitalitas (Tamakoshi, 2014). Menurut Sitalaksana (dalam Rachmadi, 2016) berdasarkan banyak definisi kelelahan kerja diatas, secara garis besar dapat dikatakan bahwa kelelahan kerja merupakan suatu pola yang timbul dari suatu keadaan, yang secara umum terjadi pada setiap individu yang sudah tidak sanggup lagi melakukan aktivitasnya.

b. Jenis – jenis kelelahan kerja

Menurut Juliana et al., (2018), kelelahan dapat dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu :

1) Berdasarkan proses dalam otot, terdiri dari :

a) Kelelahan otot (*Muscular Fatigue*)

Kelelahan otot dapat juga disebut dengan kelelahan fisiologis. Kelelahan ini terjadi karena berkurangnya kinerja otot setelah terjadinya tekanan fisik pada saat bekerja. Gejala yang ditimbulkan tidak hanya berupa berkurangnya tekanan fisik, namun juga berkurangnya gerakan aktivitas yang dilakukan sehingga terjadinya kelelahan fisik. Hal tersebut membuat kemampuan pekerja menurun dan meningkatnya kesalahan dalam melakukan pekerjaan, sehingga dapat mempengaruhi produktivitas kerjanya.

b) Kelelahan umum

Kelelahan umum biasanya terjadi dengan ditandai adanya gejala perasaan lelah yang luar biasa terhadap pekerja, semua aktivitas menjadi terganggu dan terhambat, tidak adanya gairah untuk bekerja baik secara fisik maupun psikis, serta segalanya terasa berat dan merasa mengantuk.

2) Berdasarkan waktu terjadinya kelelahan, terdiri dari :

a) Kelelahan akut

Kelelahan akut biasanya ditandai dengan berkurangnya waktu tidur dan adanya kegiatan fisik atau beban kerja mental yang berat dan berlebihan. Salah satu contoh kelelahan akut adalah pada saat naik-turun tangga dalam waktu yang lama. Kelelahan akut dapat menyebabkan kurangnya konsentrasi bekerja dan kurangnya dalam membuat keputusan.

b) Kelelahan kronis

Biasanya terjadi sepanjang hari dalam jangka waktu yang cukup lama. Kelelahan jenis ini sering ditandai dengan adanya keluhan psikosomatis seperti peningkatan ketidakstabilan jiwa, kelesuan umum, peningkatan kejadian umum beberapa penyakit, seperti sakit kepala, diare, pusing, sulit tidur, detak jantung tidak normal, dan lain-lain.

3) Berdasarkan penyebabnya, terdiri dari :

a) Kelelahan fisiologis

Kelelahan fisiologis merupakan kelelahan yang terjadi karena faktor lingkungan (fisik) di tempat kerja. Kelelahan fisiologis ini seringkali terjadi disebabkan oleh kebisingan, suhu, monoton pekerjaan, pekerjaan yang menumpuk-numpuk, bekerja karena keterpaksaan, dan sebagainya.

b) Kelelahan fisik

Kelelahan fisik merupakan kelelahan yang disebabkan oleh kerja fisik dan kerja patologis. Kelelahan ini ditandai dengan adanya gejala penurunan kinerja, timbul rasa lelah, dan ada hubungannya dengan faktor psikososial.

c) Kelelahan mental

Kelelahan mental merupakan suatu proses penurunan stabilitas kinerja yang berkaitan dengan menurunnya suasana hati dan aktivitas setelah melakukan pekerjaan dalam jangka waktu yang lama. Kelelahan ini dapat dicegah dengan mengubah tuntutan pekerjaan yang berat, pengaruh lingkungan atau stimulus, dan dengan adanya tidur atau istirahat yang cukup.

c. Gejala kelelahan

Daftar gejala kelelahan atau perasaan yang berhubungan dengan kelelahan kerja menurut Suma'mur (2014), diantaranya adalah :

Tabel 2. 1 Tabel gejala kelelahan

Gejala kelelahan	
1.) Perasaan berat di kepala	16.) Cenderung untuk mudah lupa
2.) Lelah di seluruh badan	17.) Kurang kepercayaan
3.) Kaki terasa berat	18.) Cemas terhadap sesuatu
4.) Sering menguap	19.) Tidak mampu dalam mengontrol sikap
5.) Pikiran terasa kacau	20.) Tidak bisa tekun dalam melakukan pekerjaan
6.) Mudah mengantuk	21.) Sakit kepala
7.) Terasa berat pada mata	22.) Kaku pada bahu
8.) Kaku dan canggung dalam gerakan	23.) Nyeri pada punggung
9.) Tidak seimbang dalam berdiri	24.) Pernafasan terasa tertekan
10.) Mau berbaring	25.) Haus
11.) Sulit berpikir	26.) Suara serak
12.) Lelah bicara	27.) Merasa pening
13.) Menjadi gugup	28.) Panas pada kelopak mata
14.) Tidak mampu berkonsentrasi	29.) Tremor pada anggota badan
15.) Tidak dapat memusatkan perhatian terhadap sesuatu	30.) Merasa kurang sehat

d. Penyebab Kelelahan

Akar masalah kelelahan umum adalah monotonnya pekerjaan, intensitas dan lamanya kerja mental dan fisik yang tidak sejalan dengan kehendak tenaga kerja yang bersangkutan, keadaan lingkungan yang berbeda dari estimasi semula, tidak jelasnya tanggung jawab, kekhawatiran yang mendalam dan konflik batin serta kondisi oleh tenaga kerja. Pengaruh dari keadaan yang menjadi sebab kelelahan tersebut seperti berkumpul dalam tubuh dan mengakibatkan perasaan lelah. Perasaan lelah demikian yang berkadar tinggi dapat

menyebabkan seseorang tidak mampu lagi bekerja sehingga berhenti bekerja sebagaimana halnya kelelahan fisiologis yang menyebabkan tenaga kerja yang bekerja fisik menghentikan kegiatannya oleh karena merasa lelah bahkan yang bersangkutan tertidur oleh karena kelelahan (Suma'mur, 2014).

Faktor yang berpengaruh terhadap kelelahan kerja menurut Oradkk. (2020) sebagai berikut:

- 1) Beban kerja: beban dan tuntutan kerja yang berlebihan, sehingga pemulihan tidak dapat dicapai.
- 2) Kontrol: karyawan tidak memiliki kontrol yang memadai atas sumber daya yang dibutuhkan untuk menyelesaikan atau mencapai pekerjaan mereka.
- 3) Imbalan: kurangnya imbalan yang memadai untuk pekerjaan yang dilakukan. Imbalan dapat berupa finansial, sosial, dan intrinsik (misalnya kebanggaan yang dirasakan ketika melakukan pekerjaan).
- 4) Komunitas: karyawan tidak merasakan adanya hubungan yang positif dengan rekan kerja dan manajer mereka, yang menyebabkan frustrasi dan mengurangi kemungkinan dukungan sosial.
- 5) Keadilan: seseorang merasakan ketidakadilan di tempat kerja, termasuk ketidakadilan beban kerja dan gaji.
- 6) Nilai-nilai: karyawan merasa dibatasi oleh pekerjaan mereka untuk bertindak bertentangan dengan nilai-nilai mereka sendiri

dan aspirasi mereka atau ketika mereka mengalami konflik antara nilai-nilai organisasi.

e. Dampak Kelelahan

Kelelahan kerja dapat menimbulkan beberapa keadaan yaitu prestasi yang menurun, badan terasa tidak enak serta semangat kerja yang menurun. Perasaan kelelahan kerja cenderung meningkatkan terjadinya kecelakaan kerja, sehingga dapat merugikan diri pekerja sendiri maupun perusahaannya karena adanya penurunan produktivitas kerja. Kelelahan kerja terbukti memberikan kontribusi lebih dari 60% dalam kejadian kecelakaan kerja di tempat kerja misalnya mengemudi ketika lelah meningkatkan risiko terlibat dalam kecelakaan hal ini dapat menyebabkan terluka atau meninggal. Dampak dari kelelahan pada pengemudi adalah gangguan kinerja, kehilangan perhatian, waktu reaksi yang lebih lambat, gangguan dalam menilai sesuatu, kinerja buruk pada pekerjaan yang dikuasai, meningkatkan kemungkinan untuk tidur, perasaan lelah dan mengantuk (CARRS-Q, 2011)

Menurut Suma'mur (2014) kelelahan terus menerus dalam jangka waktu yang panjang menjelma menjadi kelelahan kronis. Rasa lelah yang dialami oleh penderita tidak hanya terjadi sesudah melakukan pekerjaan yaitu pada sore hari, melainkan juga selama bekerja, bahkan sebelumnya yaitu sebelum bekerja. Pada kelelahan kronis perasaan lesu tampak sebagai suatu gejala penting. Gejala-gejala psikis pada penderita kelelahan kronis adalah perbuatan penderita yang anti sosial. Kelelahan kronis cenderung menyebabkan

meningkatkan absenteisme terutama mangkir kerja dan mengakibatkan tingginya angka sakit pada tenaga kerja individual dan kelompok yang menderita kelelahan kronis.

Menurut Wignjosoebroto yang dikutip oleh Sembiring, F., & Rupang (2023) gejala-gejala yang tampak jelas akibat kelelahan kronis dapat dicirikan sebagai:

- 1) Meningkatnya emosi dan rasa jengkel sehingga orang menjadi kurang toleran atau anti sosial terhadap orang lain
- 2) Munculnya sikap apatis terhadap pekerjaan
- 3) Depresi yang berat dan lain-lain

f. Pengukuran kelelahan

Menurut Tarwaka (2014) pengelompokan metode pengukuran kelelahan dalam beberapa kelompok sebagai berikut :

- 1) Kualitas dan kuantitas kerja

Pada metode ini, kualitas *output* digambarkan sebagai suatu jumlah proses kerja (waktu yang digunakan pada setiap item) atau proses operasi yang dilakukan setiap unit waktu. Namun demikian banyak faktor yang harus dipertimbangkan, seperti: target produksi, faktor sosial dan perilaku psikologis dalam kerja. Sedangkan kualitas *output* (kerusakan produk, penolakan produk) atau frekuensi kecelakaan dapat menggambarkan terjadinya kelelahan, tetapi faktor tersebut bukanlah merupakan *casual factor*.

2) Uji psikomotor (*psychomotor test*)

- a) Pada metode ini melibatkan fungsi persepsi, interpretasi dan reaksi motor. Salah satu cara yang dapat digunakan adalah dengan pengukuran waktu reaksi. Waktu reaksi adalah jangka waktu dari pemberian suatu rangsang sampai pada suatu saat kesadaran atau dilaksanakan kegiatan. Dalam, uji waktu reaksi dapat digunakan nyala lampu, denting suara, sentuhan kulit atau goyangan badan.

Di Indonesia sendiri telah berkembang alat ukur waktu reaksi dengan menggunakan nyala lampu dan denting suara sebagai stimulus, yaitu *reaction timer*. Dalam penelitian ini menggunakan alat *reaction timer* agar hasil pengukuran tingkat kelelahan terhadap responden bernilai kuantitatif (Wulandari, 2016).

Tabel 2. 2 Nilai tingkat kelelahan dengan waktu pengukuran 2 menit

No.	Tingkat Kelelahan	Nilai Tingkat Kelelahan
1	Ringan	30-52
2	Sedang	53-75
3	Berat	76-98
4	Sangat Berat	99-120

Sumber : Rahayu (2015)

b) Prosedur Pengukuran :

- (1) Menyiapkan alat dan bahan yang akan digunakan dalam pengukuran.
- (2) Menentukan jenis sensor yang akan digunakan dalam pengukuran (cahaya).
- (3) Melakukan pengukuran waktu reaksi masing-masing probandus dengan menggunakan *reaction timer*.
- (4) Responden duduk memperhatikan sensor cahaya.
- (5) Operator siap untuk menekan saklar rangsang cahaya demikian juga responden siap melihat lampu pada alat.
- (6) Untuk menghilangkan angka di display, operator menekan tombol nol atau reset.
- (7) Mencatat hasil pengukuran sesuai dengan yang tertera pada display alat *reaction timer*.

c) Alat ukur waktu reaksi telah dikembangkan di Indonesia biasanya menggunakan nyala lampu dan denting suara sebagai stimulus.

3) Uji Hilangnya Kelipatan (*Flicker-fusion Test*)

Pada kondisi yang lelah, kemampuan tenaga kerja untuk melihat kelipatan akan berkurang. Semakin lelah akan semakin panjang waktu yang diperlukan untuk jarak antara dua kelipatan.

4) Pengukuran Kelelahan Secara Subjektif (*Subjective Feelings Of Fatigue*)

Subjective Self Rating Test dari *Industrial Fatigue Research Committee* (IFRS) Jepang, merupakan salah satu kuesioner yang dapat untuk mengukur tingkat kelelahan subjektif. Beberapa metode yang dapat digunakan dalam pengukuran subjektif metode tersebut antara lain: *ranking methods, rating methods, questionnaire methods, interviews dan checklist*.

Kelelahan biasanya terjadi hanya bersifat sementara, dan dapat pulih kembali saat diberikan istirahat dan energi secukupnya. Jika demikian kondisinya, maka kelelahan demikian merupakan kelelahan yang ringan. Tetapi untuk kelelahan yang berat, dibutuhkan waktu yang lama untuk mengadakan pemulihan kembali dan ada kalanya bahkan diperlukan obat-obatan untuk memulihkan kondisi agar dapat bugar kembali. Pengukuran kelelahan dengan menggunakan kuesioner kelelahan subjektif dapat digunakan untuk menilai tingkat keparahan kelelahan individu dan kelompok kerja yang cukup banyak atau kelompok sampel yang merepresentasikan populasi secara keseluruhan. Jika metode ini hanya dilakukan untuk beberapa orang pekerja di dalam kelompok populasi kerja yang besar, maka hasilnya tidak akan valid atau reliabel (Cahyani, 2014).

Penilaian dengan menggunakan kuesioner kelelahan subjektif dapat dilakukan dengan berbagai cara; misalnya dengan

menggunakan dua jawaban sederhana yaitu “YA” (ada kelelahan) dan “TIDAK” (tidak ada kelelahan). namun lebih utama menggunakan desain penilaian skoring. Apabila tabulasi data dilakukan dengan metode skoring, maka setiap skor atau nilai haruslah mempunyai definisi operasional yang jelas dan mudah dipahami oleh responden. Di bawah ini adalah contoh desain penilaian kelelahan subjektif:

- (1) Skor 1 = tidak pernah merasakan
- (2) Skor 2 = kadang-kadang merasakan
- (3) Skor 3 = sering merasakan
- (4) Skor 4 = sering sekali merasakan

Selanjutnya dari skor tersebut diklasifikasikan tingkat kelelahannya sebagai berikut :

- (1) Ringan : 30-52
- (2) Sedang : 53-75
- (3) Berat : 76-98
- (4) Sangat Berat : 99-120.

Menurut Setyawati (2011) ada beberapa parameter untuk mengukur tingkat kelelahan kerja , antara lain sebagai berikut :

- (1) Pengukuran Waktu Reaksi
- (2) Uji Ketuk Jari (*Uji Finger-tapping*)
- (3) Uji *Flicker-fusion*
- (4) Uji *Critical Flicker-fusion*
- (5) Uji Bourdon Wiersma

- (6) Skala kelelahan Industrial Fatigue Research Committee (IFRC)
- (7) Pemeriksaan Tremor pada Tangan
- (8) Metode Blink
- (9) Ekskresi katekolamin
- (10) Stroop test
- (11) Kuesioner Alat Ukur Perasaan Kelelahan Kerja (KAUPK)



2. Kualitas Tidur

a. Pengertian

Tidur adalah suatu keadaan relatif tanpa sadar yang penuh ketenangan tanpa kegiatan yang merupakan urutan siklus yang berulang-ulang dan masih menyatakan fase kegiatan otak dan badaniyah yang berbeda. Jika orang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya pulih. Beberapa ahli tidur yakin bahwa perasaan tenaga yang pulih ini menunjukkan tidur memberikan waktu untuk perbaikan dan penyembuhan sistem tubuh periode keterjagaan yang berikutnya (Komalasari, 2012).

Kualitas tidur adalah kemampuan individu untuk tetap tertidur dan untuk mendapatkan jumlah tidur yang tepat. Kualitas tidur yang baik akan ditandai dengan tidur yang tenang, merasa segar pada pagi hari dan merasa semangat untuk melakukan aktivitas (Agustian et al., 2020).

Tabel 2. 3 Tabel Kualitas Tidur

Usia	Tingkat Perkembangan	Jumlah Kebutuhan
0 - 1 bulan	Masa neonatus	14 – 18 jam/hari
1 – 18 bulan	Masa bayi	12 – 14 jam/hari
18 bulan – 3 tahun	Masa anak	11 – 12 jam/hari
3 – 6 tahun	Masa pra sekolah	11 jam/hari
6 – 12 tahun	Masa sekolah	10 jam/hari
12 – 18 tahun	Remaja	8,5 jam/hari
18 – 40 tahun	Dewasa	7 – 8 jam/hari
40 – 60 tahun	Masa dewasa paruh baya	7 jam/hari
60 tahun ke atas	Masa dewasa tua	6 jam/hari

b. Gejala Gangguan Tidur

Menurut (Yudhanti, 2014) gejala gangguan tidur adalah sebagai berikut:

- 1) Perasaan lelah
- 2) Mudah terangsang dan gelisah
- 3) Lesu dan apatis
- 4) Kehitaman di sekitar mata
- 5) Kelopak mata bengkak
- 6) Konjungtiva merah
- 7) Mata perih
- 8) Perhatian terpecah-pecah
- 9) Sakit kepala dan sering menguap (mengantuk)

c. Faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas tidur

Tiap orang memiliki kualitas tidur yang berbeda, karena ada beberapa faktor yang mempengaruhinya. Menurut Mubarak et al., (2015), faktor yang mempengaruhi tidur antara lain:

1) Penyakit.

Seseorang yang mengalami sakit memerlukan waktu tidur lebih banyak dari normal. Namun demikian, keadaan sakit menjadikan pasien kurang tidur atau tidak dapat tidur.

2) Lingkungan.

Pasien yang biasa tidur pada lingkungan tenang dan nyaman ketika terjadi perubahan maka dapat menghambat tidurnya.

3) Motivasi.

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

4) Kelelahan

Apabila mengalami kelelahan dapat memperpendek periode pertama tahap *Rapid Eye Movement* (REM).

5) Stres emosional.

Kecemasan seseorang mungkin meningkatkan saraf simpatis sehingga mengganggu tidurnya

6) Alkohol.

Alkohol menekan REM secara normal, seseorang yang tahan minum alkohol dapat mengakibatkan insomnia dan mudah marah.

7) Obat-obatan.

Beberapa jenis obat yang dapat menimbulkan gangguan tidur antara lain: diuretik (menyebabkan insomnia), anti depresan (supresi REM), kafein (meningkatkan saraf simpatis), beta bloker (menimbulkan insomnia), dan narkotika (menyupresi REM).

d. Gangguan Pola Tidur

Gangguan pola tidur menurut Merangin et al.,(2018) umumnya dibagi menjadi 4 yaitu :

1) Insomnia

Insomnia merupakan sebuah gangguan yang dapat menjadi penyebab penderita sulit tidur atau tidak cukup tidur secara kuantitas maupun kualitas.

2) Hipersomnia

Hipersomnia adalah lawan dari insomnia, jika hipersomnia merupakan gangguan tidur yang menyebabkan seseorang mengalami kelebihan tidur pada malam hari serta biasanya dikaitkan dengan adanya gangguan psikologis seperti depresi atau ansietas.

3) Parasomnia

Merupakan kumpulan dari gejala yang tidak menyenangkan yang terjadi saat ingin memulai tidur, saat individu sudah memulai terlelap ataupun ketika sudah terbangun dari tidur namun dapat menghilang secara sendirinya pada masa dewasa tengah atau masa selanjutnya.

4) Narkolepsia

Narkolepsia merupakan suatu keadaan mengantuk yang datang secara mendadak diibaratkan seperti serangan mendadak yang dapat terjadi pada beberapa kali sehari. Hal ini seringkali dikatakan sebagai serangan tidur namun penyebabnya belum diketahui secara pasti tetapi diperkirakan bukan dari akibat kerusakan genetik sistem saraf pusat (Merangin et al., 2018)

e. Pengukuran kualitas tidur

Kualitas tidur individu dapat diukur melalui cara sebagai berikut :

1) *Electroencefalografi* (EEG)

Kualitas tidur dapat dianalisa melalui pemeriksaan laboratorium berupa EEG yang merupakan rekaman arus listrik

dari otak. Perekaman listrik dari permukaan otak menunjukkan aktivitas listrik yang terus menerus timbul dalam otak. Hal ini dipengaruhi oleh derajat eksitasi otak akibat keadaan tidur, siaga dan penyakit. Gelombang EEG diklasifikasikan dalam gelombang alfa, beta dan delta (Guyton & Hall, 2007).

2) Skala Analog Visual

Skala analog visual merupakan salah satu metode yang singkat dan efektif untuk mengkaji kualitas tidur. Perawat membuat sebuah garis horizontal kurang lebih 10 cm. Perawat menuliskan pernyataan-pernyataan yang berlawanan pada setiap ujung garis seperti tidur malam terbaik dan tidur malam terburuk. Klien kemudian diminta untuk memberi tanda titik pada garis yang menandakan persepsi mereka terhadap tidur malam. Jarak tanda tersebut diukur dengan milimeter dan diberi angka untuk kepuasan tidur. Skala ini dapat diberikan untuk menunjukkan perubahan dari waktu ke waktu.

3) *Pittsburgh Sleep Quality Indeks (PSQI)*

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) merupakan kuesioner untuk menilai kualitas tidur dalam waktu satu bulan. PSQI memiliki 18 pertanyaan dengan waktu pengisian 5-10 menit yang terbagi dalam 7 komponen. Masing-masing komponen memiliki kisaran nilai 0-3 dengan 0 menunjukkan tidak adanya kesulitan tidur dan 3 menunjukkan kesulitan tidur yang berat. Skor dari ketujuh komponen tersebut dijumlahkan menjadi 1 skor global

dengan kisaran 0-21. Jumlah skor disesuaikan dengan kriteria penilaian, kualitas tidur baik : ≤ 5 dan kualitas tidur buruk : > 5 . PSQI telah diuji validitas pada usia 24-83 tahun dan berbagai populasi yang mengalami gangguan tidur. Reliabilitas internal 0,83 dan 0,85 untuk pengukuran berulang secara global. Kemampuan sensitivitas 86,5% ($\kappa=0,75$, $p < 0,001$) dalam membedakan kualitas tidur baik dan buruk (Dewantri & Utami, 2016).

f. Dampak Gangguan Tidur Pada Kesehatan Mental

Menurut (kemenkes, 2024) dampak dari gangguan tidur pada kesehatan mental adalah sebagai berikut :

1) Berpengaruh pada emosi

Saat kurang tidur, bagian otak yang bernama *amygdala* mengalami peningkatan aktivitas hingga 60 persen. Tingginya aktivitas *amygdala* ini mempengaruhi kemampuan otak dalam mengendalikan emosi.

2) Sulit mengingat

Bisa terjadi pada memori jangka pendek atau jangka panjang. Memori jangka pendek berfungsi untuk melakukan aktivitas kompleks, seperti berhitung atau mengingat rangkaian kegiatan. Sementara memori jangka panjang berperan dalam merekam informasi sepanjang waktu, proses ini terjadi saat tidur.

3) Sulit mengendalikan perilaku

Karena terjadi penurunan kendali dan kemampuan membuat rencana.

4) Pikiran berkabut alias *brain fog*

Brain Fog yaitu kondisi yang membuat seseorang sulit konsentrasi dan mengambil keputusan. Hal ini mirip dengan kondisi kelelahan, tapi dampak yang dialami saat kurang tidur cenderung lebih serius.

3. Perawat

a. Pengertian

Perawat adalah seseorang yang mampu dan berwenang dalam melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian dalam pelayanan kesehatan. Keperawatan adalah ilmu terapan yang menggunakan keterampilan interpersonal dan proses keperawatan dalam membantu klien mencapai derajat kesehatan yang optimal (Fhirawati et al., 2020).

b. Peran dan Fungsi Perawat

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2015) peran dan fungsi perawat adalah sebagai berikut :

1) Peran Perawat

1) Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa

direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks.

2) Peran sebagai advokat klien

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

3) Peran edukator

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

4) Peran koordinator

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari

tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

5) Peran kolaborator

Peran perawat di sini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

6) Peran konsultan

Peran di sini adalah sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

7) Peran pembaharu

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

2) Fungsi Perawat

a) Fungsi independen

Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam

melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologi (pemenuhan kebutuhan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan aktivitas dan lain-lain), pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan, pemenuhan kebutuhan cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

b) Fungsi dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain sebagai tindakan pelimpahan tugas yang diberikan. Hal ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

c) Fungsi *interdependen*

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerjasama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun lainnya, seperti dokter dalam memberikan tindakan

pengobatan bekerjasama dengan perawat dalam pemantauan reaksi obat yang telah diberikan

c. Tugas dan Wewenang Perawat

1) Tugas Perawat

Dalam menyelenggarakan praktik keperawatan, menurut UU Keperawatan No.38 tahun 2014 memiliki tugas dan wewenang yaitu sebagai berikut :

- a) Menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan upaya kesehatan perorangan, perawat berwenang melakukan pengkajian keperawatan secara holistik, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi, memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter, perawat berwenang melakukan pengkajian keperawatan di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat, menetapkan permasalahan keperawatan, membantu penemuan kasus penyakit, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan melakukan rujukan kasus, mengevaluasi hasil tindakan, mengelola kasus, melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternatif.
- b) Menjalankan tugas sebagai penyuluh dan konselor bagi pasien, perawat berwenang melakukan pengkajian keperawatan secara

holistik di tingkat individu dan keluarga serta kelompok masyarakat, melakukan pemberdayaan masyarakat, melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat, menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat, melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling.

- c) Menjalankan tugasnya sebagai pengelola pelayanan keperawatan, perawat berwenang melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan, merencanakan, melaksanakan, mengevaluasi pelayanan keperawatan, dan mengelola kasus.
- d) Menjalankan tugasnya sebagai peneliti keperawatan, perawat berwenang melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika, menggunakan sumber daya pada fasilitas pelayanan kesehatan, atas izin pimpinan menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e) Melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, perawat berwenang melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis, melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat, memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program pemerintah.
- f) Melaksanakan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu, perawat berwenang melakukan pengobatan untuk penyakit umum (tidak terdapat tenaga medis), merujuk pasien sesuai

dengan ketentuan pada sistem rujukan, melakukan pelayanan kefarmasian secara terbatas (tidak terdapat tenaga kefarmasian).

2) Wewenang Perawat

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.HK.0202/Menkes/148/1/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat, kewenangan perawat mencakup :

- a) Asuhan keperawatan pada klien anak dari usia 28 hari sampai usia 18 tahun.
- b) Asuhan keperawatan maternis, yaitu asuhan keperawatan klien wanita pada masa subur dan neonatus (bayi baru lahir sampai 28 hari dalam keadaan sehat).
- c) Asuhan keperawatan medikal bedah, yaitu asuhan pada klien usia di atas 18 tahun sampai 60 tahun dengan gangguan fungsi tubuh baik oleh karena trauma atau kelainan fungsi tubuh.
- d) Asuhan keperawatan jiwa, yaitu asuhan keperawatan klien pada semua usia, yang mengalami berbagai masalah kesehatan jiwa.
- e) Asuhan keperawatan keluarga, yaitu asuhan keperawatan pada klien keluarga unit terkecil dalam masyarakat sebagai akibat pola penyesuaian keluarga yang tidak sehat, sehingga tidak terpenuhinya kebutuhan keluarga.
- f) Asuhan keperawatan komunitas, yaitu asuhan keperawatan kepada klien masyarakat pada kelompok di wilayah tertentu pada

semua usia sebagai akibat tidak terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat.

- g) Asuhan keperawatan gerontik, yaitu asuhan keperawatan pada klien yang berusia 60 tahun keatas yang mengalami proses penuaan dan permasalahannya. Berdasarkan uraian di atas, bahwa disimpulkan tugas dan wewenang perawat yaitu menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan upaya kesehatan perorangan, menjalankan tugas sebagai penyuluh dan konselor bagi klien, menjalankan tugasnya sebagai pengelola pelayanan keperawatan, menjalankan tugasnya sebagai peneliti keperawatan, melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, melaksanakan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu.

d. Hak dan kewajiban Perawat

Menurut Undang-Undang RI No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan, berikut ini adalah hak dan kewajiban perawat.

1) Hak Perawat

- a) Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- b) Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari klien dan/atau keluarganya.

- c) Menerima imbalan jasa atas pelayanan keperawatan yang telah diberikan.
- d) Menolak keinginan klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan Peraturan Perundangan.
- e) Memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar.

2) Kewajiban Perawat

- a) Melengkapi sarana dan prasarana pelayanan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- b) Memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
- c) Merujuk klien yang tidak dapat ditangani kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya.
- d) Mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar.
- e) Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan kepada klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya.
- f) Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi perawat.
- g) Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah.

4. Kesehatan dan Keselamatan Kerja

a. Pengertian

Menurut *International Labour Organization* (ILO) kesehatan keselamatan kerja atau *Occupational Safety and Health* adalah meningkatkan dan memelihara derajat tertinggi semua pekerja baik secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial di semua jenis pekerjaan, mencegah terjadinya gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh pekerjaan. Melindungi pekerja pada setiap pekerjaan dari risiko yang timbul dari faktor-faktor yang dapat mengganggu kesehatan, menempatkan dan memelihara pekerja di lingkungan kerja yang sesuai dengan kondisi fisiologis dan psikologis pekerja dan untuk menciptakan kesesuaian antara pekerjaan dengan pekerja dan setiap orang dengan tugasnya (Meliza, 2020).

Sedangkan menurut OSHA kesehatan dan keselamatan kerja adalah aplikasi ilmu dalam mempelajari risiko keselamatan manusia dan properti baik dalam industri maupun bukan. Kesehatan keselamatan kerja merupakan multidisiplin ilmu yang terdiri atas fisika, kimia, biologi dan ilmu perilaku dengan aplikasi pada manufaktur, transportasi, penanganan material bahaya.

Dalam dunia kesehatan sendiri Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja dengan cara pencegahan kecelakaan dan Penyakit Akibat Kerja (PAK), pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan, dan rehabilitasi.

Berdasarkan atas data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan, hingga akhir 2015 telah terjadi kecelakaan kerja sebanyak 105.182 kasus di Indonesia. Jumlah kecelakaan akibat kerja di Jawa Barat pada tahun 2014 mencapai 1713 kasus dan di Pulau Jawa sebesar 4.663 kasus. Kecelakaan kerja dapat dipengaruhi oleh lama kerja, usia, dan pendidikan seseorang. Data Bureau of Labour Statistics menyebutkan sebanyak 253.700 kecelakaan kerja terjadi di rumah sakit Amerika Serikat pada tahun 2011. Kecelakaan kerja yang terjadi di rumah sakit dapat berupa tertusuk jarum suntik, cedera muskuloskeletal dan stres psikis.

5. Tujuan K3

Tujuan pelaksanaan kesehatan dan keselamatan kerja (k3) antara lain, menciptakan lingkungan kerja yang selamat dengan melakukan penilaian secara kualitatif dan kuantitatif dan menciptakan kondisi yang sehat bagi karyawan, keluarga dan masyarakat sekitarnya melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dan untuk promosi kesehatan di tempat kerja menurut WHO adalah berbagai kebijakan dan aktifitas di tempat kerja yang dirancang untuk membantu pekerja dan perusahaan di semua level untuk memperbaiki dan meningkatkan kesejahteraan dengan melibatkan partisipasi pekerja, manajemen dan *stakeholder* lainnya. Upaya promotif K3 dilakukan agar peningkatan kesehatan (*health promotion*) dan perlindungan khusus (Meliza, 2020).

Peningkatan kesehatan di tempat kerja dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan dengan berbagai metode dan media yang interaktif. Misalnya diklat

manajemen risiko, diklat tanggap darurat bencana, penyuluhan gizi kerja, penyuluhan tuberkulosis di tempat kerja dan berbagai kegiatan lainnya sesuai skala prioritas perusahaan. Sedangkan perlindungan khusus (*specific protection*) adalah upaya promosi K3 dalam mencapai tujuan tertentu. Perlindungan khusus ini misalnya pemberian vaksin bagi pekerja yang akan bertugas ke daerah dengan endemik penyakit tertentu, pengendalian lingkungan kerja secara teknis, administrasi dan pemakaian alat pelindung diri, penyesuaian antara manusia dengan lingkungan kerja.

Tujuan K3 merupakan mencegah, mengurangi, bahkan menihilkan risiko penyakit dan kecelakaan akibat kerja (KAK) serta meningkatkan derajat kesehatan para pekerja sehingga produktivitas kerja meningkat. Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, upaya kesehatan kerja ditunjukkan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan sehingga sudah seharusnya pihak pengelola RS menerapkan upaya-upaya K3 di RS. K3 termasuk sebagai salah satu standar pelayanan yang dinilai di dalam akreditasi RS, di samping standar pelayanan lainnya.

6. Kesehatan dan Keselamatan Kerja dalam Asuhan Keperawatan

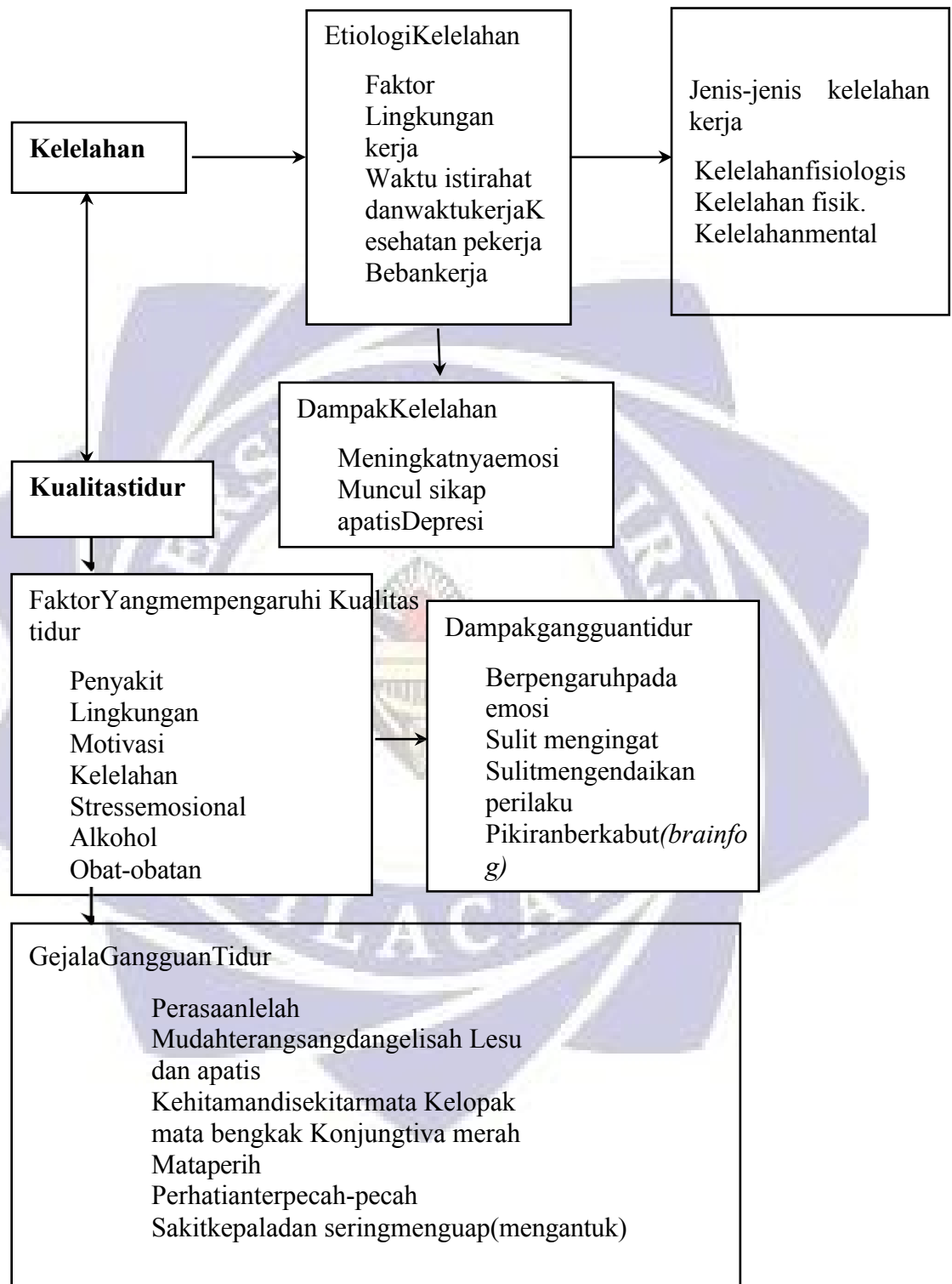
Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) merupakan upaya untuk mengendalikan, memineralisasi dan meniadakannya bahaya di rumah sakit dapat dilakukan melalui sistem K3RS. Dan K3 juga seharusnya dan wajib dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan agar meminimalisir kejadian yang tidak diinginkan terjadi, baik itu kecelakaan dalam bekerja

ataupun tindakan yang bisa mendatangkan penyakit. Perawat menjadi salah satu profesi yang harus menerapkan K3 ini sendiri dalam melakukan tindakan keperawatan kepada pasien ketika berada di rumah sakit.

Peningkatan kesehatan di rumah sakit dalam melakukan kesehatan dan keselamatan kerja bisa dilakukan dengan melakukan pendidikan dan pelatihan dengan berbagai metode dan menggunakan media yang interaktif. Misalnya diklat tentang manajemen risiko, penyuluhan gizi dan manajemen keselamatan pasien dan lain-lain. Kemudian bisa juga melakukan diagnosis awal dan pengobatan secara diri agar mempercepat penyembuhan.

Proses kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit juga bisa dengan membentuk tim keselamatan pasien yang terdiri dari pelaporan, verifikasi, investigasi dan analisis atas apa yang terjadi pada pasien. Dengan dibentuknya tim keselamatan kerja diharapkan perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik dan benar dan meminimalkan terjadi insiden yang berpotensi menimbulkan cedera. aman, baik itu dalam pelaporan, analisis insiden dan kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya. Tujuan dari K3 ini sendiri agar meminimalisir insiden atau kejadian yang tidak diinginkan terjadi yang berpotensi menyebabkan cedera. Sistem K3 seharusnya dikuasai perawat dalam memberikan asuhan keperawatan agar tindakan bisa diberikan dengan benar dan minim terjadi kesalahan dalam memberikan tindakan keperawatan.

B. Kerangka Teori



Bagan 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : Setyawati (2011), kemenkes, (2024), Mubarak et al., (2015), Permatasari & Munandar, (2017), Yudhanti (2014)