

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perawat Kamar Operasi

2.1.1 Definisi Perawat Kamar Operasi

Perawat kamar operasi merupakan tenaga kerja profesional kesehatan yang bertanggung jawab pada pasien menyediakan perawatan tindakan operasi (Kumala, 2013). Keterampilan dalam segi pengetahuan, kemampuan dan konsentrasi tinggi di segala tindakan perioperatif harus dimiliki oleh perawat kamar operasi (Wiguna et al., 2023).

2.1.2 Peran Perawat Kamar Operasi

Sari & Raya (2023) perawat kamar operasi memiliki peran utama di bidang keperawatan perioperatif pasien, yaitu :

1. Perawat kamar operasi sebagai *educator*

Perawat mengedukasi atau memberikan informasi di fase pre operasi. edukasi yang diberikan mengenai prosedur tindakan bedah, pengobatan, pengetahuan pasca bedah, pembatasan makan dan minum pasca operasi, pemeriksaan fisik termasuk beberapa hal yang dilakukan setelah operasi (Anggraeni et al., 2020).

2. Perawat kamar operasi sebagai *care provider*

Peran perawat kamar operasi sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care provider*) secara perioperatif sejak proses pre operasi, intra operasi dan post operasi. Sebelum pembedahan perawat kamar operasi berperan aktif menyiapkan kondisi psikis dan fisik seperti mengurangi kecemasan pasien

dan kestabilan tubuh pasien. Proses asuhan keperawatan pasien perioperatif ketika proses pembedahan diwujudkan dalam tugasnya sebagai perawat instrumen dan perawat sirkuler (Prabowo, 2018)

2.1.3 Tugas dan Tanggung Jawab Perawat Kamar Operasi

1. Perawat instrumen (*scrub nurse*)

Perawat instrumen memiliki tugas pokok menjaga kesterilan dan kebersihan instrumen medis operasi. alat akan disiapkan sesuai jenis tindakan operasi (Kumala, 2013). Rincian tugas perawat instrument antara lain :

- 1) Memastikan alat dan instrumen tetap steril serta terpelihara sesuai dengan jenis operasi
- 2) Mengawasi prosedur secara fokus pemberian instrumen ke oprator bedah sesuai kebutuhan agar tetap terjaga kesterilannya
- 3) Mengharuskan faham anatomi dasar dan teknik bedah yang dilakukan
- 4) Melakukan manajemen pengelolaan instrumen
- 5) Melakukan inspeksi rutin kelayakan pakai instrumen operasi
- 6) Bertanggung jawab melakukan komunikasi pada tim bedah apabila terjadi kontaminasi atau pelanggaran teknik aseptik ketika operasi
- 7) Melakukan perhitungan jumlah kasa, jarum, dan instrumen.

2. Perawat sirkuler (*circular nurse*)

Perawat sirkuler bertanggung jawab menjamin kelengkapan yang diperlukan tim operasi dan mengobservasi kondisi pasien tanpa terkontaminasi dengan area steril (Kumala, 2013). Rincian tugas perawat sirkuler antara lain :

- 1) Menyalakan lampu operasi dan mengatur posisi lampu ketika operasi berlangsung
- 2) Melayani penambahan instrument, alat – alat selama operasi berlangsung, dan mengantisipasi kekurangan bahan habis pakai dalam waktu yang cepat
- 3) Mengikat *gown* operator (dokter bedah), asisten operator dan perawat instrumen
- 4) Mengawasi kesadaran pasien dan hemodinamik serta keseimbangan cairan pasien.

2.2 Konsep Penjadwalan Kamar Operasi

2.2.1 Definisi Penjadwalan

Penjadwalan merupakan proses mengalokasikan sejumlah sumber daya untuk menyelesaikan berbagai tugas dan aktivitas, dengan tujuan merencanakan waktu dan lokasi pelaksanaan setiap bagian pekerjaan secara keseluruhan. Proses ini dilakukan dengan mempertimbangkan keterbatasan kapasitas sumber daya dan dilakukan pada waktu tertentu agar penggunaan sumber daya dapat dioptimalkan (Baker & Trietsch, 2009).

2.2.2 Metode Penjadwalan Kamar Operasi

1. Penjadwalan dan penugasan staf kamar operasi

Penjadwalan staf merupakan proses pengaturan petugas kesehatan seperti perawat, penyedia anestesi, dan tenaga lainnya untuk mengisi jadwal kerja dalam setiap shift harian. Umumnya, penjadwalan ini dilakukan sebelum jadwal tindakan bedah ditetapkan, guna memastikan ketersediaan tenaga kerja sesuai kebutuhan. Sebagai ilustrasi, perawat dapat menyusun jadwal kerja dua bulan

sebelumnya, misalnya pada tanggal 8 Maret, di mana Ms. J dan Ms. H dijadwalkan bekerja dari pukul 08.00 hingga 16.00. Adapun jam kerja staf merujuk pada rentang waktu saat kasus bedah dijadwalkan, seperti dari pukul 07.00 hingga 15.00 (Epstein, 2022).

Dalam menyusun jadwal kerja, disarankan adanya batasan agar tidak melebihi 12 jam kerja per hari, tidak lebih dari tiga hari berturut-turut untuk shift 12 jam, dan tidak melebihi total 60 jam kerja dalam seminggu (Steffey, 2023). Biasanya, setiap ruang operasi membutuhkan dua orang staf, yaitu seorang sirkulator dan seorang scrub. Meskipun dua staf merupakan standar minimum, dalam kondisi tertentu jumlah personel dapat ditingkatkan sesuai kebutuhan (Gruendemann, B & Fersebner, 2006: 189).

2. Metode *block time schedule*

Metode ini menerapkan jadwal induk yang menetapkan jumlah serta jenis ruang operasi yang tersedia, termasuk waktu operasional ruang dan layanan, serta alokasi waktu penggunaan ruang operasi bagi masing-masing ahli bedah. Sistem penjadwalan blok ini dinilai lebih sesuai diterapkan pada lingkungan kamar operasi yang besar dan kompleks, di mana berbagai layanan spesialis tersedia secara lengkap (Abdalkareem et al., 2021).

3. Metode *unblock time schedule*

Metode penjadwalan di mana pasien dilayani berdasarkan urutan kedatangan, atau dikenal sebagai *first come, first serve*, merupakan pendekatan yang umum digunakan dalam sistem *unblock time schedule*. Namun, metode ini memiliki sejumlah kelemahan, antara lain ketidakmampuan rumah sakit untuk

memperkirakan jumlah pasien per divisi, sehingga pelayanan yang diberikan kurang optimal. Dalam praktiknya, sistem penjadwalan terbuka ini lebih sesuai diterapkan pada kamar operasi dengan jumlah ruang yang terbatas (Abdalkareem et al., 2021). Penyusunan jadwal ketersediaan ruang operasi harus mempertimbangkan beberapa aspek penting, seperti jumlah ruang operasi yang siap digunakan pada hari tersebut sesuai urutan dan prioritas penggunaannya, ketersediaan alat-alat bedah, jumlah tenaga ahli yang tersedia di fasilitas tersebut, serta jumlah pasien yang harus dilayani (Wulansari, 2012).

2.2.3 Jam Kerja Normal dan Kerja Lembur

Jam kerja merupakan proses penetapan jumlah waktu yang digunakan pekerja untuk menyelesaikan tugas dalam periode tertentu. Berdasarkan ketentuan *International Labour Organization (ILO)*, jam kerja normal ditetapkan sebesar 40 jam per minggu. Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, khususnya Pasal 77, pengusaha wajib melaksanakan ketentuan jam kerja yang meliputi: 7 jam kerja per hari atau 40 jam per minggu untuk 6 hari kerja dan 8 jam kerja per hari atau 40 jam per minggu untuk 5 hari kerja. Apabila total jam kerja melebihi 40 jam dalam satu minggu, maka kelebihan waktu tersebut dikategorikan sebagai jam kerja lembur.

1. Definisi Kerja Lembur

Kerja lembur (*overtime*) merupakan konsep fundamental dalam sistem ketenagakerjaan yang merujuk pada pekerjaan yang dilakukan melebihi jam kerja normal yang telah ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan. Secara konseptual, kerja lembur dapat didefinisikan sebagai waktu kerja yang melebihi

waktu kerja standar harian atau mingguan yang telah disepakati dalam perjanjian kerja, peraturan perusahaan, atau perjanjian kerja bersama (Jon C. Messenger, 2018). Dalam konteks regulasi ketenagakerjaan Indonesia, kerja lembur merujuk pada pekerjaan yang dilakukan melebihi 7 (tujuh) jam sehari dan 40 (empat puluh) jam seminggu untuk 6 (enam) hari kerja dalam seminggu, atau melebihi 8 (delapan) jam sehari dan 40 (empat puluh) jam seminggu untuk 5 (lima) hari kerja dalam seminggu (Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan, 2003).

Kerja lembur memiliki beberapa karakteristik yang membedakannya dari bentuk-bentuk kerja lainnya yaitu:

- 1) Kerja lembur bersifat eksepsional, yang berarti bahwa pelaksanaannya merupakan pengecualian dari pola kerja normal dan bukan merupakan bagian dari rutinitas kerja reguler (Uwiyono, 2014).
- 2) Kerja lembur bersifat kompensatoris, yang mengharuskan adanya imbalan khusus sebagai kompensasi atas waktu dan tenaga tambahan yang dikeluarkan oleh pekerja di luar jam kerja normalnya (Adrian Sutedi, 2011).
- 3) Kerja lembur bersifat voluntaris, yang idealnya mensyaratkan adanya kesediaan atau persetujuan dari pekerja (Goenawan Oetomo, 2004).
- 4) Kerja lembur bersifat limitatif, yang berarti bahwa pelaksanaannya dibatasi oleh ketentuan perundang-undangan, baik dari segi durasi maupun frekuensi. Pembatasan ini penting untuk melindungi kesehatan dan keselamatan pekerja, serta mencegah praktik eksploitatif yang dapat terjadi melalui penerapan jam kerja yang berlebihan (Abdul Khakim, 2006).

5) Kerja lembur bersifat prosedural, yang mengharuskan adanya mekanisme formal dalam penerapannya, termasuk persyaratan administratif seperti perintah tertulis dari pengusaha dan persetujuan dari pekerja (Abdul Rachmad Budiono, 2009).

2. Tujuan dan Dasar Hukum Pengaturan Kerja Lembur

Pengaturan kerja lembur dalam sistem ketenagakerjaan memiliki beberapa tujuan fundamental yakni:

- 1) Melindungi pekerja dari praktik kerja yang tidak proporsional atau eksploitatif akibat penerapan jam kerja berlebihan (Deirdre McCann, 2005). Perlindungan ini mencakup aspek kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan pekerja.
- 2) Memberi fleksibilitas operasional bagi perusahaan dalam menghadapi fluktuasi permintaan, tenggat produksi, atau keadaan darurat yang membutuhkan penambahan jam kerja (Payaman J. Simanjuntak, 2009). Fleksibilitas ini penting untuk menjaga kelangsungan usaha dan daya saing perusahaan.
- 3) Memastikan kompensasi yang adil dan proporsional bagi pekerja yang bersedia memberikan waktu dan tenaga tambahan di luar jam kerja normalnya (Catherine Barnard, Simon Deakin, 2003). Aspek kompensasi ini mencerminkan prinsip keadilan distributif yang menghendaki pembagian beban dan manfaat secara proporsional dalam hubungan kerja.
- 4) Menciptakan keseimbangan antara waktu kerja dan waktu istirahat bagi pekerja, yang penting untuk menjaga kualitas hidup, kesehatan mental, dan hubungan sosial pekerja (Jon C. Messenger, 2018).

Standar internasional terkait pembatasan jam kerja diatur dalam Konvensi ILO No. 1 Tahun 1919 dan Konvensi ILO No. 30 Tahun 1930, yang menetapkan 8 jam per hari dan 48 jam per minggu sebagai norma kerja internasional (International Labour Organization, 1930). Ketentuan ini kemudian diperbarui melalui Konvensi ILO No. 47 Tahun 1935, yang mendorong penerapan 40 jam kerja per minggu tanpa mengurangi standar hidup pekerja (International Labour Organization, 1935). Pembatasan jam kerja normal tersebut menjadi dasar dalam mendefinisikan kerja lembur sebagai jam kerja yang melebihi batas yang telah ditetapkan.

2.3 Konsep Kerja *On-Call*

2.3.1 Definisi Kerja *On-Call*

Menurut Drent (1998) waktu kerja dapat diklasifikasikan ke dalam dua tipe utama, yaitu kerja siang hari (normal *daytime work*) dan waktu kerja tidak standar seperti kerja malam, kerja akhir minggu, serta sistem siaga atau *on-call*.

Kerja *on-call* adalah bentuk kerja fleksibel di mana seorang pekerja tidak memiliki jam kerja tetap, namun diharapkan untuk selalu siap memberikan layanan kapan saja jika dipanggil oleh tempat kerjanya. Dalam *on-call*, batas antara waktu kerja dan waktu istirahat menjadi sangat terbatas, karena pekerja harus selalu dalam kondisi siaga (Drenth, 1998).

Suyatno & Mulyaningsih (2023) menjelaskan bahwa jam kerja *on call* di rumah sakit dilakukan di luar jam kerja normal (07.30-14.00, enam hari kerja dalam seminggu). Dalam kerja *on-call*, selain jam kerja normal, pekerja dijadwalkan *on-call* dari pukul 14.00 hingga 07.30. Selama *on-call*, mereka tidak

wajib berada di rumah sakit, namun harus datang jika ada pasien yang membutuhkan. Kerja *On-call* berlangsung di luar jam kerja normal dan melebihi batas jam kerja mingguan serta *on-call* memiliki karakteristik yang mirip dengan kerja lembur, meskipun kehadiran hanya diperlukan saat dibutuhkan.

2.3.2 Sistem Kerja *On-Call*

Sistem Kerja *on-call* dapat diklasifikasikan menjadi tiga bentuk, yaitu (Ziebertz et al., 2015):

1. Aktif, yaitu ketika pekerja berada di lokasi kerja dan langsung melaksanakan tugas saat dipanggil.
2. Pasif, yaitu pekerja berada di luar lokasi kerja tetapi wajib siaga dan siap dipanggil kapan pun.
3. Kombinasi (Aktif & Pasif), di mana pekerja menjalankan waktu *stand-by* di tempat kerja dan sebagian waktu pasif di luar lokasi kerja.

2.3.3 Karakteristik Kerja *On-Call*

Drent (1998) menjelaskan bahwa karakteristik kerja *on-call* terdiri dari dua jenis, yaitu:

1. Karakteristik Objektif

Karakteristik objektif mengacu pada aspek sistem kerja *on-call* yang dapat diukur secara kuantitatif dan nyata, seperti frekuensi penugasan dan durasi siaga/jaga. Sistem kerja *on-call* memungkinkan pekerja dipanggil untuk bekerja pada waktu yang tidak menentu:

1) Frekuensi

Menurut KBBI, frekuensi diartikan sebagai jumlah kemunculan atau pemakaian suatu unsur bahasa dalam sebuah teks atau rekaman. Frekuensi *on-call* adalah seberapa sering perawat dijadwalkan untuk *on-call* dalam satu minggu atau satu bulan.

2) Durasi rata-rata per shift

Durasi menurut kbbi adalah rentang waktu atau lamanya sesuatu berlangsung. Durasi merupakan lamanya waktu perawat berada dalam kondisi siaga dan aktif dipanggil kembali ke rumah sakit untuk melakukan suatu tindakan operasi. Durasi ini dapat dihitung melalui detik, menit, jam, hari. Semakin lama seorang perawat melakukan tindakan operasi semakin besar keluhan (Handayani, 2019). Durasi tergantung dari operasi yang dilaksanakan. Durasi operasi dalam Nurmansah et al. (2022) di kelompokkan menjadi 3 yaitu:

- a) Pendek <60 menit
- b) Sedang 60-120 menit
- c) Panjang >120 menit.

2. Karakteristik Subjektif

Karakteristik subjektif mengacu pada pengalaman subjektif terhadap tugas *on-call* bagaimana individu secara psikologis dan emosional menilai serta merespons pengalaman mereka selama menjalani sistem kerja siaga. Menurut Ziebertz et al. (2015), pengalaman subjektif ini sangat penting karena paparan terhadap pekerjaan siaga dapat berdampak lebih buruk.

1) Ketidakpastian Jadwal

Ketidakpastian *on-call* merupakan dimensi utama dalam sistem kerja *on-call*. Perubahan mendadak pada jadwal, tidak adanya kepastian waktu panggilan, serta keterbatasan kontrol terhadap waktu kerja menjadi sumber stres (Drenth, 1998). Hal ini menunjukkan bahwa ketidakpastian jadwal kerja berdampak pada ketidakmampuan individu untuk mengatur waktu pribadi dan menyebabkan tekanan psikologis akibat situasi yang tidak dapat diprediksi

2) Ritme Sirkadian dan Tidur

Kerja *on-call* yang dijadwalkan pada malam hari dan akhir minggu berpotensi besar mengganggu ritme sirkadian tubuh dan pola tidur. Gangguan ritme biologis ini dapat menurunkan kualitas istirahat dan memperburuk kelelahan. Dampaknya tidak hanya dirasakan secara fisik, tetapi juga memengaruhi stabilitas emosi dan daya tahan psikologis tenaga kerja, terutama bila terjadi secara terus-menerus (Drenth, 1998).

3) Beban kerja saat *on-call*

Drent (1998) menyatakan bahwa masa-masa tenang bisa segera berganti menjadi masa sibuk secara tiba-tiba. Dalam situasi seperti ini, perawat harus siap secara fisik dan mental untuk menangani berbagai tugas secara cepat. Beban kerja *on-call* biasanya dipengaruhi oleh jumlah kasus, jenis tindakan darurat, serta tuntutan untuk menangani banyak hal sekaligus, terutama pada malam hari atau akhir minggu.

4) Kehidupan pribadi dan sosial

Sistem kerja *on-call* dapat mengganggu keseimbangan antara waktu untuk bekerja dan waktu untuk kehidupan pribadi. Drent (1998) menjelaskan bahwa sistem kerja yang fleksibel seperti ini dapat berdampak besar pada cara seseorang menggunakan waktu di luar kerja. Akibatnya, waktu untuk rekreasi, berkumpul dengan keluarga, atau bersosialisasi menjadi terganggu.

5) Persepsi terhadap sistem *on-call*

Persepsi terhadap sistem kerja *on-call* berkaitan dengan bagaimana individu memaknai beban psikologis, keadilan sistem, dan kemampuan adaptasi terhadap jadwal yang tidak menentu. Drent, 1998) menyatakan bahwa stres, ketegangan emosional, dan resistensi dapat muncul apabila pekerja merasa sistem *on-call* tidak adil.

2.3.4 Dampak Kerja *On-Call*

Kerja *on-call* memiliki berbagai dampak yang signifikan terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan performa pekerja, terutama bagi tenaga kesehatan seperti perawat kamar operasi. Keadaan siaga berkelanjutan yang tidak pasti, frekuensi panggilan tinggi, serta kurangnya kontrol terhadap waktu pribadi, menjadi pemicu utama gangguan multidimensional (Drenth, 1998).

1. Kelelahan Fisik dan Mental

Kondisi kelelahan yang dialami pekerja *on-call* tidak hanya disebabkan oleh volume kerja, tetapi juga oleh ketidakmampuan tubuh untuk menyesuaikan diri dengan jadwal yang terus berubah. Kurangnya ritme kerja dan pemulihan yang konsisten serta ketidakteraturan pola tidur menjadikan pekerja lebih rentan

mengalami kelelahan kronis, penurunan motivasi, dan performa kerja yang tidak optimal (Drenth, 1998).

2. Gangguan Terhadap Ritme Sirkadian dan Tidur

Kerja *on-call* yang sering terjadi di luar jam biologis manusia menyebabkan disorganisasi fisiologis yang dapat berujung pada insomnia, tidur yang tidak berkualitas, serta kelelahan ekstrem. Dalam jangka panjang, hal ini juga dapat berdampak pada penurunan fungsi metabolik, daya tahan tubuh, dan keseimbangan hormon (Drenth, 1998).

3. Kehidupan Pribadi dan Sosial

Drent, (1998) menjelaskan bahwa fleksibilitas kerja *on-call* dapat mengganggu kehidupan pribadi. Kemampuan pekerja untuk merencanakan waktu keluarga dan rekreasi menjadi sangat terbatas ketika berada dalam sistem *kerja on-call* atau jadwal kerja yang bervariasi. Dengan demikian, kerja *on-call* tidak hanya menciptakan konflik peran antara pekerjaan dan keluarga, tetapi juga berkontribusi terhadap penurunan kepuasan hidup, peningkatan stres interpersonal, dan potensi gangguan hubungan sosial.

4. Ketegangan Psikologis dan Kesejahteraan Mental

Sistem kerja *on-call* menuntut pekerja selalu siaga meski di luar jam kerja, sehingga menimbulkan rasa tidak pernah bebas dari tanggung jawab. Ketidakpastian waktu panggilan dan terganggunya waktu pribadi dapat memicu stres, kecemasan, serta konflik kerja-kehidupan. Jika berlanjut tanpa pemulihan, kondisi ini berisiko menurunkan kesehatan mental dan menyebabkan burnout (Drenth, 1998).

2.4 Kelelahan Kerja

2.4.1 Definisi kelelahan kerja

Grandjean (2009), menjelaskan bahwa kelelahan merupakan suatu kondisi yang umum dialami dalam kehidupan sehari-hari, yang pada umumnya ditandai dengan penurunan efisiensi kerja dan hilangnya keinginan untuk berusaha atau melakukan aktivitas. Kelelahan bukanlah satu kondisi tunggal yang pasti, melainkan suatu keadaan yang multidimensional dan beragam bentuknya, tergantung pada sifat tugas dan beban kerja yang dialami.

Kelelahan kerja (*work fatigue*) yaitu kondisi menurunnya efisiensi serta ketahanan seseorang dalam bekerja secara mental maupun fisik. Dampak dari kelelahan kerja (*work fatigue*) menyebabkan ketidakstabilan kerja, kondisi kesehatan menurun hingga memicu kecelakaan kerja (Fandani & Widowati, 2022).

2.4.2 Jenis Kelelahan

Grandjean (2009) membagi kelelahan ke dalam dua kategori utama berdasarkan proses fisiologis yang berbeda, yaitu:

1. Kelelahan otot (*muscular fatigue*)

Yaitu kelelahan lokal yang terjadi akibat penggunaan otot yang berlebihan. Kelelahan ini sering ditandai dengan rasa nyeri dan penurunan kekuatan otot, serta dapat diukur melalui sinyal elektro fisiologis seperti *EMG*.

2. Kelelahan umum (*general fatigue*)

Merupakan sensasi menyeluruh di tubuh yang ditandai dengan rasa lelah, tidak bersemangat, dan penurunan motivasi untuk beraktivitas. Kelelahan jenis ini

tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga mencakup aspek psikologis seperti kejenuhan dan kehilangan minat kerja.

2.4.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi kelelahan kerja

Kelelahan kerja perawat kamar operasi ditimbulkan oleh beberapa faktor yang mempengaruhi (Situmorang, 2022), antara lain :

1. Usia

Perawat yang berusia lebih muda memiliki stamina dan sumber energi yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan usia yang lebih tua. Individu dengan usia tua lebih mudah melalui hambatan. Prabowo (2018) menyatakan perawat kamar operasi di Instalasi Bedah Sentral yang berusia dewasa awal (26-35 tahun) mendominasi adanya tingkat kelelahan sedang daripada kategori usia lain. Kelelahan kerja akan lebih terasa menginjak usia 25 tahun keatas. Kekuatan otot cenderung meningkat hingga usia 25 tahun, namun akan mengalami penurunan drastis mencapai 75%-80% ketika mencapai usia 65 tahun (Tarwaka, 2019).

2. Jenis kelamin

Tingkat kelelahan perawat kamar operasi dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin. Prabowo (2018) memaparkan berdasarkan hasil penelitian di IBS RSUP dr. Kariadi Semarang jumlah perawat laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Mayoritas perawat laki-laki mengalami kelelahan kerja ringan, yaitu sebanyak 28 orang (50% dari total perawat laki-laki), sementara sebagian besar perawat perempuan mengalami kelelahan tingkat sedang, yaitu 25 orang (56,5% dari total perawat perempuan). Kekuatan fisik perempuan hanya sekitar dua pertiga dari kekuatan fisik laki-laki (Tarwaka, 2019).

3. Durasi operasi

Waktu yang dibutuhkan selama berlangsungnya tindakan operasi disebut durasi operasi. Penghitungan durasi operasi dimulai dari pasien akan di insisi hingga meninggalkan meja operasi ke ruang pemulihan dan diawasi oleh anestesi. Analisis wawancara Adi Wiguna et al., (2023) menunjukkan seluruh responden mengungkapkan durasi tindakan operasi yang dilakukan perawat berkisar 3-4 jam setiap tindakan. Tindakan operasi yang lebih kompleks dapat memakan waktu 6-8 jam. Prochaska & Benowitz (2016) Durasi operasi berkaitan juga dengan lama berdiri perawat kamar operasi yang berdampak serius pada respon tubuh seperti nyeri punggung bagian bawah dan kaki, masalah kardiovaskular, serta kelelahan.

4. Waktu istirahat

Waktu istirahat yang cukup adakalanya tidak didapatkan oleh perawat kamar operasi. Rusdi & Warsito (2013) menyatakan setiap pegawai memiliki kesempatan untuk beristirahat selama jam kerja dalam sehari, kurang lebih 1/2 jam setelah bekerja atau 4 jam terus menerus dan waktu istirahat tidak terhitung jam kerja. Wiguna et al. (2023) memaparkan dari analisis hasil wawancara dengan teori fenomenologi menemukan perawat IBSA tidak sempat untuk beristirahat cukup setelah melakukan tindakan operasi. Perawat IBSA menjelaskan bahwa tidak ada istirahat antara operasi pasien pertama dan berikutnya, istirahat dilakukan ketika seluruh rangkaian operasi selesai. Hal inilah yang memicu perawat kamar operasi mengalami kelelahan.

5. Masa Kerja

Masa kerja mempunyai pengaruh positif di mana semakin lama seseorang bekerja, akan semakin berpengalaman dalam melakukan pekerjaan. Tingkat pengalaman seseorang dalam bekerja akan mempengaruhi kelelahan kerja. Hal ini disebabkan karena orang yang sudah berpengalaman akan melakukan pekerjaan secara lebih efisien. Orang yang sering melakukan pekerjaan yang sama akan lebih mudah dalam mengatur energi yang dikeluarkan saat melakukan pekerjaan tersebut. Selain itu, orang yang sudah berpengalaman juga sudah mengetahui posisi kerja yang nyaman untuk dirinya saat melakukan pekerjaan. Hal ini diperkirakan dapat mengurangi potensi untuk terjadinya kelelahan maupun kecelakaan kerja (Mu'minah, 2021). Penelitian yang dilakukan oleh Ningsih (2018) menunjukkan bahwa dari hasil uji statistik diketahui terdapat hubungan antara masa kerja dan kelelahan karena $p \text{ value } (0,03) \leq 0,05$.

6. Shift Kerja

Shift kerja merupakan pola waktu kerja yang diberikan pada tenaga kerja untuk mengerjakan sesuatu oleh perusahaan dan biasanya dibagi atas kerja pagi, sore dan malam (Medianto, 2017). Shift kerja yang melibatkan waktu kerja di luar jam normal dapat berdampak pada kelelahan. Fungsi fisik, psikologis manusia mengikuti serangkaian fluktuasi harian yang teratur mengikuti irama sirkadian. Pada kondisi tertentu, irama sirkadian dapat terganggu karena beberapa sebab seperti pada saat bekerja di zona waktu yang berbeda sehingga dapat menyebabkan penurunan kinerja dan kesejahteraan. Lama waktu kerja yang sesuai

per hari tergantung pada jenis dan intensitas pekerjaan kapasitas pekerja (Grandjean, 2009)

Dari hasil penelitian Kodrat (2012) terkait pengaruh shift kerja terhadap kelelahan pekerja pabrik kelapa sawit di PT. x Labuhan Batu menggunakan metode survei analitik dengan pendekatan disain cross 68 sectional, menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara shift kerja dan kelelahan ($p=0,000$)

7. Beban kerja

Menurut Tarwaka dan Bakri (2004) dalam Mu'minah (2021) tubuh manusia dirancang untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Namun, saat bekerja secara otomatis seseorang akan menerima beban dari luar tubuh. Beban kerja dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal beban kerja adalah beban kerja yang berasal dari luar tubuh pekerja yang meliputi faktor somatis (jenis kelamin, usia, ukuran tubuh, kondisi kesehatan, status gizi) dan faktor psikis (motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan, dan kepuasan). Sedangkan faktor internal beban kerja adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh itu sendiri sebagai akibat adanya reaksi dari beban kerja eksternal. Pekerja yang memiliki beban kerja berlebih dan jam kerja yang panjang akan mempengaruhi kinerja. Hal ini memungkinkan terjadinya penurunan produktivitas kerja dan kelelahan kerja (Wulandari, 2016; Wulansari, 2012).

Hasil analisis menggunakan uji korelasi pearson, diperoleh pvalue dengan nilai signifikansi 0,002 ($\alpha = 5\%$) yang berarti bahwa ada hubungan antara beban kerja fisik dengan tingkat kelelahan kerja (Kusgiyanto, 2017).

2.4.4 Gejala Kelelahan kerja

Kelelahan kerja menggambarkan respons tubuh secara menyeluruh ketika melakukan aktivitas serta kondisi yang dihadapi selama bekerja. Terdapat tiga Indikasi terjadinya kelelahan kerja, yaitu kinerja menurun, motivasi menurun, dan kelelahan fisik (Gaol et al., 2018). Menurut Hermawan et al. (2019) tanda gejala atau perasaan yang berkaitan dengan kelelahan dan dapat diamati meliputi:

1. Aktivitas melemah/pelemahan aktivitas

Pelemahan aktivitas ditunjukkan dengan beberapa respon tubuh seperti: rasa berat di kepala, kelelahan di seluruh tubuh, pikiran menjadi kacau, sering menguap dan merasa mengantuk, kantung mata terasa berat, gerakan menjadi kaku dan canggung, serta keinginan untuk berbaring.

2. Motivasi kerja menurun/pelemahan motivasi

Gejala yang timbul yaitu : merasa kesulitan dalam berpikir, kelelahan saat berbicara, merasa gugup, sulit untuk mempertahankan konsentrasi, kesulitan memfokuskan perhatian pada suatu hal, sering mengalami lupa, kurang keyakinan diri, merasa cemas terhadap suatu hal, kesulitan mengendalikan sikap, dan sulit untuk tekun dalam menjalankan tugas

3. Kelemahan fisik

Kelemahan fisik akan terlihat dari beberapa gejala yang muncul, seperti: mengalami sakit kepala, kekakuan pada bahu, sensasi nyeri di bagian punggung, perasaan sesak napas, rasa haus yang berlebihan, keadaan suara serak, sensasi pusing, tremor pada anggota tubuh, serta kesan kurang sehat secara umum.

Gambaran gejala kelelahan kerja secara objektif dan subjektif yaitu (Grandjean, 2009):

- 1) Mengantuk, pusing, merasa lesu, dan tingkat kewaspadaan berkurang
- 2) Keinginan untuk bekerja tidak ada atau berkurang
- 3) Persepsi yang buruk dan lambat
- 4) Kesulitan dalam berkonsentrasi
- 5) Kinerja jasmani dan rohani menurun

2.4.5 Cara mengatasi kelelahan kerja

Kelelahan dikendalikan oleh sistem saraf pusat melalui mekanisme aktivasi dan inhibisi. Kedua sistem ini bekerja secara seimbang, meskipun dalam kondisi tertentu salah satu dapat menjadi lebih dominan sesuai kebutuhan tubuh. Sistem aktivasi berkaitan dengan aktivitas saraf simpatis, sedangkan sistem inhibisi melibatkan saraf parasimpatis. Untuk menjaga keselarasan dan stabilitas tubuh, keseimbangan antara kedua sistem tersebut harus tetap terjaga (Sumaningrum et al., 2023).

Kelelahan disebabkan oleh berbagai faktor yang kompleks dan saling berkaitan. Salah satu langkah penting untuk menjaga, bahkan meningkatkan produktivitas kerja adalah dengan melakukan pencegahan terhadap kelelahan fisik. Upaya penanganan kelelahan fisik menjadi kunci dalam menciptakan kondisi kerja yang optimal (Ma'arif, 2025) :

1. Menyesuaikan kapasitas kerja secara fisik dan mental
2. Kerja lebih dinamis dan bervariasi
3. Mendesain ulang lingkungan kerja & Reorganisasi kerja

4. Menyeimbangkan kebutuhan kalori
5. Istirahat setiap 2 jam

2.4.6 Pengukuran kelelahan kerja

Kelelahan kerja dapat diukur secara subjective melalui *Subjective Self Reating Test (SSRT)*. Metode ini mengukur tingkat kelelahan subjektif pada pekerja. Tes yang disediakan berupa lembar pertanyaan atau kuesioner berisikan 30 daftar pertanyaan mengacu pada gejala-gejala kelelahan subjektif (Nurochman & Widiastuti, 2022). *Subjective Self Reating Test* merupakan kuesioner yang dikembangkan oleh *IFRC (Industrial Fatigue Research Committe)* Jepang. Berisikan 30 pertanyaan sebagai berikut :

1. Sepuluh butir pertanyaan pelemahan aktivitas, yang terdiri dari: rasa ingin berbaring, menguap, rasa mengantuk, mata dan kepala terasa berat, kaki terasa berat, serta pikiran kacau.
2. Sepuluh butir pertanyaan penurunan motivasi terdiri dari : tidak mampu berfikir jernih, kelelahan saat berbicara, kecemasan, pelupa, tingkat konsentrasi berkurang, sulit fokus, gelisah dan kurangnya ketekunan dalam tugas.
3. Sepuluh butir pertanyaan kelelahan fisik, meliputi : sakit kepala, bahu terasa kaku, sakit punggung, merasa haus, suara serak, bingung, gemetar pada anggota tubuh, dan perasaan tidak enak badan secara umum.

Pengukuran kelelahan menggunakan kuesioner menggunakan skala likert dan skoring yang terbagi menjadi 4 skor, yaitu sebagai berikut:

- 1) Skor 1 : Tidak Pernah Merasakan
- 2) Skor 2 : Kadang Kadang Merasakan

- 3) Skor 3 : Sering Merasakan
- 4) Skor 4 : Sangat Sering Merasakan

Setelah pengisian kuesioner maka peneliti akan menghitung skor dari 30 pertanyaan yang tersedia. Skor pertanyaan dijumlahkan dan didapatkan skor total individu. Total skor menggambarkan kategori setiap responden dengan rincian :

Tabel 2. 1 Kategori Total Skor Kelelahan Responden

Total Skor Responden	Kategori Kelelahan	Penanganan Lanjutan
30-52	Rendah	Belum dibutuhkan adanya tindakan perbaikan.
53-75	Sedang	Mungkin dibutuhkan tindakan dikemudian hari
76-98	Tinggi	Butuh tindakan segera.
99-120	Sangat Tinggi	Dibutuhkan tindakan menyeluruh sesegera mungkin

2.5 Kesejahteraan Mental

2.5.1 Definisi Kesejahteraan Mental

WHO (2022) menyatakan bahwa kesejahteraan mental adalah keadaan positif yang mengacu pada kesehatan emosional, psikologis, dan sosial, yang ditandai rasa kepuasan, ketahanan, serta kemampuan untuk secara efektif mengatasi tantangan hidup. Kesejahteraan mental juga mencakup emosi positif, rasa tujuan, dan kapasitas untuk terlibat dalam hubungan dan aktivitas yang memuaskan.

Kesejahteraan mental yang diadaptasi dari teori Ryff (2013) merupakan keadaan yang tidak hanya ditandai dengan ketiadaan gangguan psikologis, tetapi juga mencerminkan kondisi individu yang mampu menerima diri dan kehidupannya, mengalami pertumbuhan pribadi, meyakini bahwa hidupnya memiliki makna dan tujuan, menjalin hubungan positif dengan orang lain, serta

memiliki kemampuan untuk mengelola kehidupan dan lingkungan secara efektif, termasuk dalam mengambil keputusan secara mandiri.

2.5.2 Dimensi Kesejahteraan Mental

Ryff (2013) mendefinisikan konsep kesejahteraan psikologis dalam enam dimensi, yaitu:

1. Penerimaan diri

Merujuk pada kemampuan individu menerima diri sendiri secara utuh, termasuk kelebihan dan kekurangannya. Individu yang memiliki penerimaan diri bersikap positif terhadap dirinya, sedangkan yang rendah cenderung tidak puas dan menolak aspek tertentu dari dirinya.

Perawat mampu menerima dan memahami segala kelebihan maupun keterbatasan yang dimilikinya dalam menjalankan peran profesional. Kesadaran ini memungkinkan perawat untuk menjalankan tugas menolong orang lain dengan penuh tanggung jawab, karena ia menyadari bahwa sebagian besar kinerja yang telah dilakukannya memberikan dampak positif bagi penerima layanan kesehatan (Ayu, 2014).

2. Hubungan yang positif dengan orang lain

Menggambarkan kemampuan menjalin hubungan yang hangat, empatik, dan saling percaya. Individu dengan dimensi ini peduli terhadap orang lain, sementara yang rendah sulit membangun kedekatan sosial.

Dimensi hubungan positif dengan orang lain di lingkungan kerja tercermin melalui terbentuknya rasa saling percaya antara perawat dengan pasien, serta

dengan rekan sejawat yang juga merupakan tenaga kesehatan, seperti dokter, psikolog, bidan, maupun sesama perawat (Ayu, 2014).

3. Otonomi

Kemampuan untuk berpikir dan bertindak mandiri tanpa terpengaruh tekanan sosial. Individu yang otonom menentukan sikap berdasarkan nilai pribadi, sedangkan yang rendah bergantung pada pendapat orang lain.

Perawat memiliki otonomi profesional dalam menjalankan tugas-tugas keperawatan, dan tidak semata-mata berperan sebagai bawahan dari profesi dokter. Hal ini didasarkan pada prinsip bahwa perawat merupakan mitra kerja dokter dalam satu tim pelayanan kesehatan yang saling melengkapi (Ayu, 2014).

4. Penguasaan lingkungan

Kemampuan mengelola dan menyesuaikan lingkungan hidup sesuai kebutuhan pribadi. Individu yang tinggi pada dimensi ini mampu mengatur kehidupan sehari-hari dan memanfaatkan peluang, sedangkan yang rendah merasa kurang kontrol atas lingkungannya.

Kemampuan perawat untuk memanfaatkan potensi dan keterampilan yang dimilikinya tercermin dari kemampuannya dalam beradaptasi dengan lingkungan kerja serta menjalankan peran dan tanggung jawabnya secara efektif sebagai tenaga keperawatan (Ayu, 2014).

5. Tujuan hidup

Mengacu pada adanya arah dan makna dalam hidup. Individu dengan tujuan hidup merasa hidupnya bermakna dan terarah, sementara yang rendah merasa kosong dan tidak memiliki tujuan jelas.

Perawat dalam menjalankan profesinya akan memandang tugas merawat dan membantu proses penyembuhan pasien sebagai bentuk pengabdian yang bermakna, dengan menerapkan ilmu keperawatan yang dimilikinya. Perawat tersebut menyadari bahwa pekerjaannya tidak hanya bermanfaat bagi orang lain, tetapi juga selaras dengan harapan dan tujuan pribadinya dalam berkarier (Ayu, 2014).

6. Pertumbuhan pribadi

Menunjukkan keinginan untuk terus berkembang dan mengembangkan potensi diri. Individu yang tinggi dalam dimensi ini aktif belajar dan memperbaiki diri, sedangkan yang rendah merasa stagnan dan tidak berkembang.

Kesejahteraan psikologis perawat tercermin ketika perawat mampu mengenali dan mengembangkan potensi dirinya melalui penerapan ilmu keperawatan dalam praktik pelayanan kesehatan. Potensi tersebut semakin berkembang seiring dengan keterlibatan perawat dalam lingkungan kerja yang menuntut kinerja tinggi dan menghadirkan berbagai tantangan, seperti di fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit (Ayu, 2014).

2.5.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kesejahteraan Mental

Ada lima faktor sosiodemografi yang dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis, diantaranya adalah (Ryff, 2013):

1. Usia

Ryff (2013) membagi kelompok usia kedalam 3 fase, yaitu young (25-29 tahun), midlife (30-64 tahun) dan older (di atas 65 tahun). Individu yang berada pada fase older diyakini memiliki skor yang tinggi terhadap dimensi otonomi,

hubungan positif dengan orang lain, penguasaan lingkungan dan juga penerimaan diri. Sebaliknya, mereka memiliki skor rendah pada dimensi pertumbuhan pribadi dan tujuan hidup. Individu pada dewasa madya akan cenderung memiliki skor yang tinggi dalam dimensi penguasaan lingkungan, otonomi dan hubungan positif terhadap orang lain. Namun, mereka mengalami skor yang rendah pada dimensi pertumbuhan pribadi, tujuan hidup, dan penerimaan diri. Kemudian, individu pada fase dewasa awal memiliki skor tinggi dalam dimensi pertumbuhan pribadi, penerimaan diri dan tujuan hidup. Sebaliknya, mereka mengalami skor rendah pada dimensi hubungan positif dengan orang lain, penguasaan lingkungan dan otonomi.

2. Gender

Perempuan cenderung menunjukkan skor yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki pada dimensi hubungan positif dengan orang lain. Hal ini dapat dipahami karena perempuan umumnya memiliki kecenderungan lebih besar dalam membangun kedekatan emosional, empati, serta keterlibatan interpersonal, sehingga mendukung terbentuknya hubungan sosial yang lebih hangat dan suportif (Ryff, 2013).

3. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi berkaitan dengan berbagai aspek kesejahteraan psikologis, termasuk penerimaan diri, tujuan hidup, penguasaan terhadap lingkungan, serta perkembangan pribadi. Variasi dalam status ekonomi dapat memengaruhi kesejahteraan fisik maupun mental seseorang. Secara umum, individu dengan status sosial ekonomi rendah cenderung lebih rentan terhadap

stres dibandingkan mereka yang berada pada tingkat sosial ekonomi yang lebih tinggi. Pada individu dengan status sosial ekonomi tinggi, kebutuhan dasar dan finansial umumnya sudah terpenuhi sehingga kompensasi tambahan, seperti insentif *on-call*, tidak lagi menjadi faktor utama dalam meningkatkan kepuasan maupun kesejahteraan psikologis. Sebaliknya, pada individu dengan status sosial ekonomi rendah, kompensasi memiliki peranan yang lebih penting. Tambahan penghasilan dari insentif *on-call* dapat membantu mengurangi tekanan ekonomi, memberikan rasa aman, serta meningkatkan motivasi kerja (Wicaksana et al., 2024).

4. Perbedaan Budaya

Pandangan mengenai perbedaan budaya menunjukkan bahwa dimensi kesejahteraan yang berfokus pada aspek individual, seperti penerimaan diri dan otonomi, lebih dominan dan dihargai dalam konteks budaya Barat. Sebaliknya, dimensi kesejahteraan yang menekankan aspek relasional, seperti hubungan positif dengan orang lain, lebih menonjol dan memiliki makna yang lebih mendalam dalam budaya Timur.

5. Interaksi Sosial

Aspek positif dan negatif dalam interaksi sosial memberikan dampak yang berbeda terhadap kesejahteraan psikologis individu (Lincoln, 2000). Sebagian besar penelitian menyoroti sisi positif berupa dukungan sosial, yaitu sumber daya psikologis yang membantu individu menghadapi stres (Jibeen & Khalid, 2010). Dukungan ini terbukti berkontribusi positif terhadap kesejahteraan psikologis. Sebaliknya, interaksi sosial negatif justru berdampak buruk pada kesehatan

mental. Lincoln (2000) menyatakan bahwa interaksi negatif sebagai perilaku dalam jaringan sosial yang menimbulkan distress, seperti dendam, kesedihan, dan rasa malu. Bentuknya antara lain pengucilan, kritik berlebihan, pelanggaran privasi, hingga janji bantuan yang tidak ditepati. Salah satu bentuk nyata interaksi negatif adalah *incivility* (Hanrahan & Leiter, 2014).

2.5.4 Pengukuran Kesejahteraan Mental

Pengukuran kesejahteraan mental diukur melalui beberapa aspek 6 dimensi kesejahteraan psikologis menggunakan kuesioner (Ryff & Keyes, 1995). Skala ini terdiri dari 18 aitem dengan masing-masing dimensi memiliki tiga aitem dan sudah diadaptasi oleh Haramaini (2024) serta telah diuji validitasnya sehingga menjadi 12 aitem pada perawat dengan skala likert.

Skala likert yang terdiri dari pernyataan favourable SS memiliki skor 5, S memiliki skor 4, KS memiliki skor 3, TS memiliki skor 2, dan STS memiliki skor 1. Untuk pernyataan unfavourable SS memiliki skor 1, S memiliki skor 2, KS memiliki skor 3, TS memiliki skor 4, dan STS memiliki skor 5. Jawaban responden di kelompokkan ke dalam 3 kategori::

1. Kesejahteraan mental rendah : 12 - 27
2. Kesejahteraan mental sedang : 28 - 44
3. Kesejahteraan mental tinggi : 45 – 60

2.6 Hasil Penelitian yang Relevan Lama kerja *On-Call* Dengan Kelelahan Kerja dan Kesejahteraan Mental

Penelitian yang dilakukan Suyatno & Mulyaningsih (2023) dengan judul Pengaruh sistem kerja *on call* terhadap kelelahan kerja pada karyawan RSUD Tanah Grogot Kabupaten Pasir Provinsi. Penelitian ini melibatkan 51 orang karyawan yang dibagi dalam tiga kelompok, yaitu 17 orang karyawan dengan sistem *on-call* 1, 17 orang dengan sistem *on-call* 2, dan 17 orang karyawan non *on-call* sebagai kelompok kontrol. Tingkat kelelahan diukur menggunakan instrumen KAUPK2 (Kuesioner Alat Ukur Perasaan Kelelahan Kerja). Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata tingkat kelelahan kerja tertinggi terdapat pada kelompok *on-call* 1 (34,59), disusul *on-call* 2 (30,96), dan paling rendah pada kelompok non *on-call* (27,84). Analisis statistik dengan uji ANOVA menunjukkan adanya perbedaan yang sangat signifikan antar ketiga kelompok tersebut.

Penelitian yang dilakukan Ziebertz et al. (2015) secara *cross-sectional* dengan judul *The Relationship of On-Call Work with Fatigue, Work-Home Interference*. Penelitian ini membedakan antara paparan kerja *on-call* secara objektif (frekuensi, jam aktif, jumlah panggilan) dan pengalaman subjektif (stres karena ketidakpastian, kesulitan relaksasi, pembatasan aktivitas, tuntutan kerja, dan kepuasan kompensasi). Hasil analisis (regresi hirarkis) menunjukkan bahwa paparan kerja *on-call* secara objektif tidak berkaitan secara signifikan dengan kelelahan maupun gangguan keseimbangan kerja-rumah. Sebaliknya, pengalaman subjektif terhadap kerja *on-call* justru memiliki hubungan yang kuat dan

signifikan dengan kelelahan, gangguan waktu dengan keluarga (*work-home interference*), serta kesulitan dalam menjalani tugas *on-call*.

Penelitian yang dilakukan Bamberg et al. (2012) dengan judul *Effects of On-Call Work on Well-Being: Results of a Daily Survey*. Hasilnya menunjukkan bahwa saat menjalani tugas *on-call*, para karyawan mengalami peningkatan iritasi, suasana hati negatif, serta penurunan aktivitas sosial, aktivitas rumah tangga, dan aktivitas yang bersifat ringan. Menariknya, tidak ditemukan perbedaan signifikan antara karyawan yang benar-benar dipanggil dan mereka yang hanya dalam status siaga. Hal ini mengindikasikan bahwa status siaga *on-call* itu sendiri sudah cukup menyebabkan penurunan kesejahteraan psikologis, bahkan tanpa harus ada beban kerja aktual.

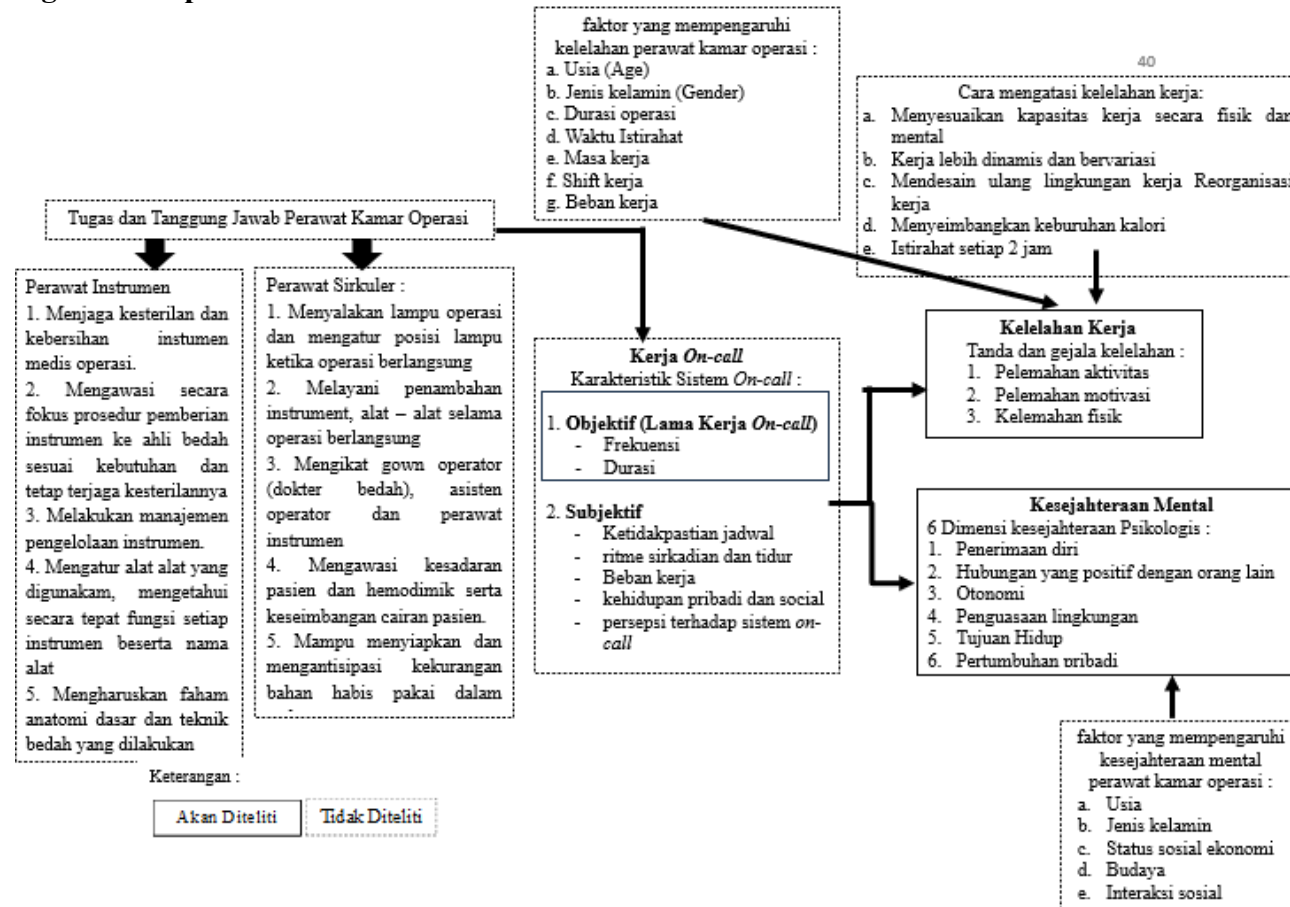
Penelitian yang dilakukan Nicol & Botterill (2004) merupakan tinjauan literatur yang mengumpulkan berbagai artikel dari database hingga Desember 2000 yang berjudul *On-call work and health*. Hasil penelusuran terhadap berbagai jurnal menyatakan bahwa kerja *on-call* berpotensi menyebabkan gangguan pola tidur, meningkatkan tekanan psikologis, serta mengganggu keseimbangan kehidupan pribadi dan pekerjaan.

Penelitian oleh Artanti S & Suroso (2024) pada 70 orang perawat di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata, Purbalingga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 45,7% perawat mengalami konflik peran ganda tingkat sedang, 57,1% mengalami stres kerja kategori sedang, dan 61,4% memiliki tingkat kesejahteraan psikologis kategori sedang. Analisis statistik menunjukkan adanya korelasi negatif antara konflik peran dan stres kerja dengan kesejahteraan mental perawat. Walaupun

studi ini tidak meneliti sistem *on-call* secara langsung, hasilnya menunjukkan bahwa tekanan kerja dan konflik peran yang tinggi dan kondisi yang juga terjadi dalam sistem *on-call* serta dapat menurunkan tingkat kesejahteraan psikologis tenaga kesehatan.

Penelitian oleh Illahi (2023) pada 35 perawat kamar operasi di RSUD Dr. Soedono Madiun Diketahui bahwa 62,9% perawat mengalami durasi operasi kategori sedang, dan 62,9% lainnya juga mengalami kelelahan kerja kategori sedang. Hasil uji korelasi Spearman menunjukkan adanya hubungan yang signifikan ($p = 0,000$) antara lama waktu pelaksanaan operasi dengan tingkat kelelahan fisik perawat. Hal ini menunjukkan bahwa semakin lama waktu tindakan medis yang dijalankan, semakin tinggi kelelahan yang dirasakan.

2.7 Kerangka Konseptual



Gambar 2. 1 Kerangka Konseptual
Hubungan Lama kerja *On-call* Dengan Kelelahan Kerja dan Kesejahteraan Mental Perawat Kamar Operasi

2.8 Hipotesis Penelitian

Wibowo (2021), hipotesis ialah asumsi terkait hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pernyataan dalam penelitian.

Hipotesis penelitian ini adalah :

H1 : Ada Hubungan Lama kerja *On – Call* Dengan Tingkat Kelelahan Kerja Perawat Kamar Operasi.

H2 : Ada Hubungan Lama kerja *On – Call* Dengan Kesejahteraan Mental Perawat Kamar Operasi.