

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Perspektif**

##### **1. Pengertian Perspektif**

Perspektif menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) merupakan cara pandang, pandangan, atau cara menggambarkan suatu benda secara tiga dimensi (panjang, lebar, dan tinggi) pada suatu bidang datar. Menurut Fitriyah, 2021 perspektif juga memiliki arti sebagai tingkat pengetahuan. Perspektif dapat berarti sebagai cara pandang orang atas diri sendiri dan lingkungannya yang akan berpengaruh kedalam ranah proses berpikir (*kognitif*), ranah nilai atau sikap (*afektif*), dan ranah keterampilan atau tingkah laku (*psikomotorik*).

##### **2. Ranah Perspektif**

Ranah perspektif yang dimaksud dalam hal ini merupakan ranah yang termasuk kedalam *Taksonomi Bloom*. *Taksonomi Bloom* merujuk pada taksonomi yang dibuat dengan tujuan pendidikan dalam meningkatkan pengetahuan. Menurut Bloom (1956) perspektif memiliki tiga ranah, diantaranya :

- a. Ranah *kognitif*, yang mencakup tindakan yang menekankan aspek-aspek intelektual, seperti pengetahuan, pengertian, dan ketrampilan berpikir.

- b. Ranah *afektif*, ranah yang berkaitan dengan perkembangan perasaan, nilai, dan sikap. Seperti minat, apresiasi, dan cara penyesuaian diri.
- c. Ranah *psikomotorik*, ranah yang berkaitan dengan perilaku yang menekankan aspek ketrampilan motorik seperti tulisan tangan, berjalan, berlari, melompat, dan mengoperasikan mesin.

Perspektif penelitian dalam hal ini adalah cara pandang atau pengetahuan peneliti terhadap tingkat kebebasan kepada responden dalam memberikan data atau informasi yang hendak disajikan. Perspektif disebut juga sebagai pengetahuan (*knowledge*) yang dimulai dan didasarkan pada pengalaman (*experience*) yang tertangkap lewat panca indra untuk kemudian diolah oleh nalar (*reason*). Pengetahuan merupakan respon mental seseorang dalam hubungannya dengan objek tertentu yang disadari sebagai ada atau terjadi (Magdalena *et al.*, 2020).

### **3. Klasifikasi Pengetahuan**

Pengetahuan dalam struktur kognitif hirarki mencakup enam klasifikasi, yaitu :

#### **a. Pengetahuan**

Pengetahuan diartikan sebagai pengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang dipelajari atau rangsangan yang diterima (Nafiati, 2021).

b. Pemahaman

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar (Nafiati, 2021).

c. Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya) (Nafiati, 2021).

d. Analisis (*analysis*)

Analisi adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain (Nafiati, 2021).

e. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjuk pada kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru (Nafiati, 2021).

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk meletakkan penelitian terhadap suatu materi atau objek (Nafiati, 2021).

#### **4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan**

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut (Pariati & Jumriani, 2021) ada tujuh faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, yaitu :

a. Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pikir seseorang. Semakin tua usia seseorang semakin bijak dan semakin banyak informasi yang diperoleh serta semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuan.

b. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha bentuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan seseorang dan berlangsung seumur hidup.

c. Pengalaman

Pengalaman bekerja dan belajar akan meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan profesional serta dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari kepribadian penalaran secara ilmiah.

d. Sumber informasi

Sumber informasi adalah segala sesuatu yang menjadi perantara dalam menyampaikan informasi. Semakin banyak informasi yang diperoleh maka semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.

## **5. Cara memperoleh pengetahuan**

Berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni cara tradisional atau non ilmiah, yaitu tanpa melalui penelitian ilmiah dan cara modern atau cara ilmiah (Hendrawan, 2019), yakni melalui proses penelitian :

a. Cara Memperoleh Kebenaran Non ilmiah

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis adalah dengan cara non ilmiah, tanpa melalui penelitian. Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi :

1) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara memperoleh kebenaran non ilmiah, yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan adalah melalui cara coba-coba atau dengan kata yang lebih dikenal "*trial and error*". Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan beberapa kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba lagi dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat terpecahkan. Itulah sebabnya maka cara ini disebut metode *trial* (coba) and *error* (gagal atau salah) atau metode coba salah (coba-coba). Metode ini telah digunakan orang dalam waktu yang cukup lama untuk memecahkan berbagai masalah. Metode ini telah banyak jasanya, terutama dalam meletakkan dasar-dasar

menemukan teori-teori dalam berbagai cabang ilmu pengetahuan. Ilmu pengetahuan adalah aktivitas berfikir yang mencakup suatu sistematika dan struktur. Hal ini juga merupakan pencerminan dari upaya memperoleh pengetahuan, walaupun pada taraf yang masih primitif. Disamping itu, pengalaman yang diperoleh melalui penggunaan metode ini banyak membantu perkembangan berfikir dan kebudayaan manusia kearah yang lebih sempurna.

2) Secara kebetulan

Penemuan kebenaran atau pengetahuan secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan.

3) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu. Apabila dengan cara yang digunakan tersebut orang dapat memecahkan masalah yang dihadapi, maka untuk memecahkan masalah yang lain yang sama orang dapat pula menggunakan cara tersebut.

4) Cara akal sehat (*common Sense*)

Akal sehat atau *common sense* kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Sebelum ilmu pendidikan ini berkembang , para orangtua zaman dahulu agar anak mau menuruti nasihat orangtuanya atau agar anak disiplin menggunakan cara hukuman

fisik bila anaknya berbuat salah. Ternyata cara menghukum anak seperti ini sampai sekarang berkembang menjadi teori atau kebenaran, bahwa hukuman merupakan metode (meskipun bukan yang paling baik) bagi pendidikan anak.

5) Kebenaran secara intuitif

Kebenaran secara intuitif diperoleh manusia secara cepat sekali melalui proses di luar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berfikir. Kebenaran yang diperoleh melalui intuitif sukar dipercaya karena kebenaran ini tidak menggunakan cara-cara yang rasional dan sistematis.

6) Melalui jalan pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berfikir manusia pun ikut berkembang. Manusia telah mampu menggunakan penalaran dalam memperoleh kebenaran pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirnya, baik melalui induksi maupun deduksi. Induksi dan deduksi pada dasarnya merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan-pernyataan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungannya sehingga dapat dibuat suatu kesimpulan.

## 7) Induksi

Sebagaimana telah disebutkan sebelumnya, bahwa induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pernyataan yang bersifat umum. Hal ini berarti dalam berfikir induksi pembuatan kesimpulan tersebut berdasarkan pengalaman-pengalaman empiris yang ditangkap oleh indra. Kemudian pengalaman empiris yang ditangkap oleh indra. Kemudian disimpulkan kedalam suatu konsep yang memungkinkan seseorang untuk memahami suatu gejala. Karena proses berfikir induksi itu beranjak dari hasil pengamatan indra atau hal-hal yang nyata, maka dapat dikatakan bahwa induksi beranjak dari hal-hal yang kongkret kepada hal-hal yang abstrak. Proses berfikir induksi dikelompokkan menjadi dua, yakni induksi sempurna dan induksi tidak sempurna.. induksi tidak sempurna terjadi apabila kesimpulan diperoleh dari penjumlahan dari kesimpulan khusus, sedangkan induksi tak sempurna terjadi apabila kesimpulan tersebut diperoleh dari lompatan, dari pernyataan-pernyataan khusus. Hal ini berarti bahwa dasar dari kesimpulan tersebut bukan penjumlahan dari tiap-tiap subjek yang diamati, melainkan hanya beberapa subjek saja sebagai sample.



## 8) Deduksi

Deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan pernyataan umum ke khusus. Aristoteles (384-322 SM) mengembangkan cara berfikir deduksi ini ke dalam suatu cara yang disebut “silogisme”. Silogisme ini merupakan suatu bentuk deduksi yang memungkinkan seseorang untuk mencapai kesimpulan yang lebih baik. Didalam proses berfikir deduksi berlaku bahwa sesuatu yang dianggap benar secara umum pada kelas tertentu. Berlaku juga kebenarannya pada semua peristiwa yang terjadi. Terlihat proses berfikir berdasarkan pada pengetahuan yang umum mencapai pengetahuan yang khusus. Silogisme sebagai bentuk berfikir deduksi yang teratur terdiri dari tiga pernyataan atau proporsisi, yaitu : pernyataan pertama disebut premis mayor, yang berisi pernyataan yg bersifat umum. Pernyataan kedua yang bersifat lebih khusus daripada pernyataan ketiga yang merupakan kesimpulannya, disebut konklusi atau konsekuen. Silogisme terjadi dua macam yaitu silogisme kategoris dan silogisme hipotesis (Hendrawan, 2019).

### b. Cara ilmiah dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah (Hendrawan, 2019).

## 6. Cara pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkat diatas. (Hendrawan, 2019) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan di interpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- a. Baik (Hasil prosentase 76-100%)
- b. Cukup (Hasil prosentase 56-75%)
- c. Kurang (Hasil prosentase <56%)

### B. Pengertian *Beyond Use Date*

*Beyond use date* (BUD) adalah batas waktu penggunaan produk obat setelah diracik/disiapkan atau setelah kemasan primernya dibuka/dirusak. Kemasan primer disini berarti kemasan yang langsung bersentuhan dengan bahan obat, seperti: botol, ampul, vial, blister, dst. Pengertian BUD berbeda dari *expiration date* (ED) atau tanggal kedaluwarsa karena ED menggambarkan batas waktu penggunaan produk obat setelah diproduksi oleh pabrik farmasi, sebelum kemasannya dibuka. BUD bisa sama dengan atau bisa lebih pendek daripada ED. ED dicantumkan oleh pabrik farmasi pada kemasan produk obat, sementara BUD tidak selalu tercantum. Idealnya, BUD dan ED ditetapkan berdasarkan hasil uji stabilitas produk obat dan dicantumkan pada kemasannya (Date, 2012).

## 1. *Beyond Use Date (BUD) Obat Non Steril*

### a. Produk obat pabrik

Tablet dan kapsul merupakan sediaan yang sensitif terhadap kelembaban. Stabilitas obat-obat yang dikemas dalam jumlah banyak seringkali perlu dipertimbangkan secara khusus. Membuka–tutup wadah setiap kali akan menggunakan obat untuk setiap dosis pemakaian. Hal ini dapat menyebabkan obat akan terpapar oleh udara dan dengan demikian akan mengurangi *shelf-life* atau mempercepat ED.

#### 1) Bentuk sediaan padat

Produk obat pabrik bentuk sediaan padat yang membutuhkan BUD misalnya produk *repacking* dan obat yang dikemas dalam wadah *multi-dose*. Seperti yang telah dipaparkan sebelumnya, saat wadah dibuka maka batas waktu penggunaannya pun ikut berubah.

Langkah-langkah penetapan BUD:

- a) Mencari informasi BUD dari pabrik obat yang bersangkutan
- b) Jika informasi dari pabrik tidak tersedia, gunakan pedoman umum dari USP yaitu cek ED dari pabrik yang tertera pada kemasan asli dan jika  $ED < 1$  tahun, BUD maksimal = ED pabrik; jika  $ED > 1$  tahun, BUD maksimal = 1 tahun.

#### 2) Bentuk sediaan semipadat

Contoh sediaan semipadat adalah salep, krim, lotion, gel dan pasta.

Langkah-langkah penetapan BUD :

- a) Mencari informasi BUD dari pabrik obat yang bersangkutan
- b) Jika informasi dari pabrik tidak tersedia, gunakan pedoman umum dari USP yaitu cek ED dari pabrik yang tertera pada kemasan asli dan jika  $ED < 1$  tahun, BUD maksimal = ED pabrik; jika  $ED > 1$  tahun, BUD maksimal = 1 tahun.

### 3) Bentuk sediaan cair

Untuk produk obat yang harus direkonstitusi sebelum digunakan, informasi BUD ditetapkan berdasarkan informasi yang tertera pada kemasan asli obat. Untuk produk obat *non-rekonstitusi* (termasuk produk *repacking*).

Langkah-langkah penetapan BUD-nya yaitu :

- a) Mencari informasi BUD dari pabrik obat yang bersangkutan
- b) Jika informasi dari pabrik tidak tersedia, gunakan pedoman umum dari USP yaitu cek ED dari pabrik yang tertera pada kemasan asli dan jika  $ED < 1$  tahun, BUD = ED pabrik; jika  $ED > 1$  tahun, BUD = 1 tahun.

### b. Obat racikan

Obat racikan adalah salah satu pelayanan kefarmasian yang diperlukan untuk menyediakan obat sesuai kondisi pasien. Penetapan *Beyond Use Date* (BUD) obat racikan harus dilakukan secermat mungkin. Hal ini disebabkan karena obat racikan memiliki karakteristik fisika kimia dan stabilitas tertentu yang dipengaruhi oleh masingmasing bahan obat yang ada di dalamnya. *Beyond Use Date*

(BUD) obat racikan terhitung sejak tanggal peracikan. Ketika akan menetapkan BUD, harus dipertimbangkan ED semua obat yang dicampurkan dalam formulasi. Obat racikan ini tentunya akan memiliki BUD yang lebih singkat daripada ED masing-masing bahan dalam formulasi. Jika dalam satu racikan terdapat lebih dari satu macam obat, gunakan BUD yang paling singkat (Date, 2012).

Langkah-langkah dalam menetapkan BUD obat racikan adalah :

- 1) Gunakan informasi BUD berdasarkan penelitian spesifik pada obat racikan yang bersangkutan.
- 2) Jika tidak tersedia penelitian spesifik, maka carilah informasi penetapan BUD dari pabrik masing-masing obat yang digunakan dalam racikan (pilih BUD yang paling singkat).
- 3) Jika tidak tersedia informasi dari pabrik, maka carilah informasi stabilitas dari buku referensi atau literatur primer.
- 4) Sering ditemukan bahwa referensi yang dipublikasikan tidak mengevaluasi formulasi yang sama dengan formulasi obat racikan yang dimaksud, atau penelitian yang dilakukan tidak menguji stabilitas sediaan untuk periode waktu yang cukup panjang. Dengan kata lain, informasi stabilitas dari buku referensi maupun literatur primer tidak cukup memadai. USP Bab 795 memberikan petunjuk umum penetapan BUD untuk obat racikan non steril seperti yang dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 1. Petunjuk Umum Penetapan BUD Obat Racikan Nonsteril**

Jenis Formulasi	Informasi <i>Beyond Use Date</i>
Formulasi oral yang mengandung air	BUD tidak lebih dari 14 hari jika disimpan pada suhu ( <i>water containing oral formulations</i> ) dingin yang terkontrol.
Formulasi cair atau semipadat topikal /dermal /mukosal yang mengandung air ( <i>water containing topical /dermal/ mucosal liquid or semisolid formulations</i> )	BUD tidak lebih dari 30 hari
Formulasi yang tidak mengandung air ( <i>nonaqueous formulations</i> )	BUD tidak lebih dari 25% waktu yang tersisa dari masing obat hingga ED atau 6 bulan, dipilih yang lebih singkat

\* Petunjuk ini dapat digunakan jika sediaan obat racikan tersebut dikemas dalam wadah kedap dan tidak tembus cahaya, disimpan pada suhu yang sesuai dan terkontrol (kecuali dinyatakan lain).

Berdasarkan petunjuk umum ini, maka dapat dibuat ketentuan penetapan BUD berdasarkan bentuk sediaan obat racikan, antara lain sebagai berikut:

1) Puyer/Kapsul

Cek ED masing-masing obat :

ED <6 bulan maka BUD maksimal = ED

ED <6 bulan maka hitunglah 25% dari sisa waktu penggunaan obat sebelum ED, jika hasilnya <6 bulan, maka BUD maksimal = hasil perhitungan tersebut. Jika >6 bulan, maka BUD maksimal = 6 bulan.

Contoh perhitungan :

Obat merek X diracik pada bulan Desember 2012. ED obat yaitu Desember 2013.

Perhitungan BUD :

$$= 25\% \times 12 \text{ bulan}$$

$$= 3 \text{ bulan } (<6 \text{ bulan})$$

BUD maksimal = 3 bulan

2) Larutan Oral (*Oral Solution*), Suspensi Oral, Emulsi Oral

a) Larutan yang mengandung air, BUD maksimal = 14 hari.

b) Larutan yang tidak mengandung air :

cek ED masing-masing obat :

ED <6 bulan maka BUD maksimal = ED

ED >6 bulan maka hitunglah 25% dari sisa waktu penggunaan obat sebelum ED, jika hasilnya <6 bulan maka BUD maksimal = hasil perhitungan tersebut. Jika >6 bulan, maka BUD maksimal = 6 bulan.

3) Sediaan Semipadat (Salep, Krim, Gel, Pasta)

BUD maksimal untuk obat racikan sediaan semipadat adalah 30 hari.

## 2. *Beyond Use Date* Obat Steril

*Beyond use date* (BUD) Obat Steril adalah tanggal yang ditetapkan pada produk steril yang telah dibuka dimana kondisi produk tersebut masih dalam rentang stabil dan dapat diberikan kepada pasien. Pada saat produk steril dibuka terjadi paparan dengan lingkungan di sekitarnya.

Udara, uap air dan mikroorganisme dapat masuk dan menyebabkan perubahan fisika dan kimia, serta kontaminasi mikroorganisme. Perubahan fisika dan kimia dipercepat oleh meningkatnya suhu, sedangkan kontaminasi mikroorganisme dapat menyebabkan penularan penyakit infeksi. Produk steril biasanya tidak mengandung pengawet, oleh karena itu dapat terkontaminasi oleh bakteri dan menjadi sumber penularan penyakit infeksi. (Date, 2012).

Faktor-faktor yang mempengaruhi stabilitas sediaan injeksi adalah: jumlah tusukan, teknik aseptis yang dilakukan oleh petugas kesehatan, masuknya udara pada saat penusukan, lama penyimpanan, kondisi penyimpanan, ada/tidak adanya pengawet. Waktu kedaluwarsa (*beyond use date*) secara umum dengan mempertimbangkan kategori risiko kontaminasi dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 2. Waktu kadaluarsa**

<b>Suhu Penyimpanan</b>		<b>Waktu Kadaluarsa (<i>Beyond Use Date</i>)</b>		
		<b>Resiko Kontaminasi rendah</b>	<b>Resiko Kontaminasi sedang</b>	<b>Resiko Kontaminasi tinggi</b>
Suhu kamar ( $<25^{\circ}\text{C}$ )		48 jam	30 jam	24 jam
Kulkas (2- $8^{\circ}\text{C}$ )		14 hari	9 hari	3 hari
Suhu beku ( $\leq -10^{\circ}\text{C}$ )		45 hari		

\* Waktu kadaluarsa (*beyond use date*) sediaan injeksi menurut kategori resiko kontaminasi



### **C. Kesulitan Dalam Penentuan *Beyond Use Date* (BUD)**

1. Penetapan BUD merupakan suatu masalah yang kompleks karena berkaitan dengan molekul obat dengan sejumlah gugus fungsi reaktif, bahan tambahan yang beragam, wadah obat dan kondisi penyimpanan maupun penggunaan obat yang bervariasi.
2. Penghalang utama dalam penetapan BUD pada etiket obat adalah kurangnya ketersediaan informasi stabilitas obat.

### **D. Kuisisioner**

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab. Tipe pertanyaan dalam angket dibagi menjadi dua, yaitu: terbuka dan tertutup. Pertanyaan terbuka adalah pertanyaan yang mengharapkan responden untuk menuliskan jawabannya berbentuk uraian tentang sesuatu hal. Sebaliknya pertanyaan tertutup adalah pertanyaan yang mengharapkan jawaban singkat atau mengharapkan responden untuk memilih salah satu alternatif jawaban dari setiap pertanyaan yang telah tersedia. Setiap pertanyaan angket yang mengharapkan jawaban berbentuk data nominal, ordinal, interval, dan ratio, adalah bentuk pertanyaan tertutup. Kuisisioner alat untuk mewawancarai seseorang. Kuisisioner memberikan suatu kerangka dimana pewawancara dapat mencatat jawaban, tanpa kuisisioner wawancara tidak akan teratur (Dian, 2020).

Kuisisioner ini memiliki kelebihan dan kekurangan yaitu :

- a. Keunggulan kuisisioner

- a) Dapat disebarkan untuk responden yang berjumlah besar dengan waktu yang relatif singkat.
  - b) Tetap terjaga kerahasiaan responden untuk menjawab sesuai dengan pendapat pribadi.
  - c) Penggunaan waktu yang relatif fleksibel sesuai dengan waktu yang telah diberikan peneliti.
  - d) Jawaban yang didapatkan sangat jelas serta detail.
- b. Kekurangan kuisioner
- a) Peneliti tidak dapat melihat reaksi responden ketika memberikan informasi melalui isian kuesioner.
  - b) Responden memberikan jawaban secara asal-asalan.
  - c) Responden tidak memberikan jawaban dalam waktu yang telah ditentukan.
  - d) Tidak ada motivasi yang kuat bagi responden untuk merespon.

## **E. Rumah Sakit**

### **1. Pengertian Rumah Sakit**

Rumah Sakit adalah suatu fasilitas umum (*public facility*) yang berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan meliputi pencegahan dan penyembuhan penyakit, serta pemeliharaan, peningkatan dan pemulihan kesehatan secara paripurna. Adapun pengertian Rumah Sakit lainnya, antara lain:

- a. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah institusi

pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes, 2010).

- b. W.H.O (*World Health Organization*) memaparkan bahwa menurut WHO Rumah Sakit adalah organisasi terpadu dari bidang sosial dan medic yang berfungsi sebagai pusat pemberi pelayanan kesehatan, baik pencegahan penyembuhan dan pusat latihan dan penelitian biologi-sosial.

## **2. Klasifikasi Rumah Sakit**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit dinyatakan bahwa rumah sakit sebagai sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan (Kemenkes RI, 2020).

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 986/Menkes/Per/11/1992 pelayanan rumah sakit umum pemerintah Departemen Kesehatan dan Pemerintah Daerah diklasifikasikan menjadi kelas/tipe A,B,C,D dan E :

### **a. Rumah Sakit Kelas A**

Rumah Sakit kelas A adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis luas oleh pemerintah,

rumah sakit ini telah ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*top referral hospital*) atau disebut juga rumah sakit pusat.

b. Rumah Sakit Kelas B

Rumah Sakit kelas B adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran medik spesialis luas dan subspesialis terbatas. Direncanakan rumah sakit tipe B didirikan di setiap ibukota propinsi (*provincial hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten. Rumah sakit pendidikan yang tidak termasuk tipe A juga diklasifikasikan sebagai rumah sakit tipe B.

c. Rumah Sakit Kelas C

Rumah Sakit kelas C adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran subspesialis terbatas. Terdapat empat macam pelayanan spesialis disediakan yakni pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak, serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Direncanakan rumah sakit tipe C ini akan didirikan di setiap kabupaten/kota (*regency hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas.

d. Rumah Sakit Kelas D

Rumah Sakit ini bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Rumah Sakit ini bersifat transisi karena pada suatu saat akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Pada saat ini kemampuan rumah sakit tipe D hanyalah memberikan pelayanan kedokteran umum dan kedokteran gigi. Sama

halnya dengan rumah sakit tipe C, rumah sakit tipe D juga menampung pelayanan yang berasal dari puskesmas.

e. Rumah Sakit Kelas E

Rumah sakit ini merupakan rumah sakit khusus (*special hospital*) yang menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kedokteran saja. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit khusus (*special hospital*). Pada saat ini banyak tipe E yang didirikan pemerintah, misalnya rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, rumah sakit paru, rumah sakit jantung, dan rumah sakit ibu dan anak.

### 3. Penggolongan Rumah Sakit

Penggolongan Rumah Sakit berdasarkan bentuk pelayanan dan Jumlah Tempat Tidur, Pemilik, dan Pengelola yaitu :

a. Berdasarkan Bentuk Pelayanan

1) Rumah Sakit Umum

Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua jenis penyakit dari yang bersifat dasar sampai sub spesialisasi.

2) Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin ilmu.

b. Berdasarkan Jumlah Tempat Tidur, Pemilik, dan Pengelola :

1) Rumah sakit kelas A

1000-1500 tempat tidur, pemilik dan pengelola Pemerintah (Depkes).

2) Rumah sakit kelas B 400-1000 tempat tidur, pemilik dan pengelola Pemerintah Dati 1 (di Ibukota Propinsi).

3) Rumah sakit kelas C

Rumah sakit kelas C memiliki fasilitas 100-300 tempat tidur, pemilik dan pengelola Pemerintah Dati II/III, memiliki minimal 4 cabang spesialis.

4) Rumah sakit kelas D

Rumah sakit kelas D memiliki fasilitas 25-100 tempat tidur, pemilik dan pengelola Pemerintah Dati I/II/III, umum.

5) Rumah sakit kelas E

Rumah sakit kelas E memiliki pelayanan kesehatan tertentu (kusta, paru-paru, bersalin, dan lain-lain).

c. Berdasarkan Kepemilikan dan Penyelenggaraan

1) Rumah Sakit Pemerintah

Rumah Sakit pemerintah adalah sebuah rumah sakit yang dimiliki oleh pemerintah dan didanai pemerintah. Rumah sakit yang dibiayai, dipelihara, dan diawasi oleh Departemen Kesehatan, Pemerintah Daerah, ABRI, dan departemen lain, termasuk BUMN. Misalnya Rumah Sakit Umum Pusat, Provinsi, Kabupaten dan lokal. Usaha ini dijalankan berdasarkan usaha sosial.

## 2) Rumah Sakit Swasta

Rumah sakit yang dijalankan oleh suatu yayasan atau swasta lain yang umumnya juga berdasarkan sosial serta tujuan ekonomi (mencari keuntungan) (Kemenkes, 2010).

## 4. Instalasi Farmasi

Instalasi farmasi rumah sakit adalah suatu bagian atau unit dan divisi atau fasilitas di rumah sakit, tempat penyelenggaraan semua jenis kegiatan pekerjaan kefarmasian yang ditunjukkan untuk keperluan rumah sakit itu sendiri (Amalia Yunia Rahmawati, 2020). Instalasi Farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit (Kemenkes, 2016).

Instalasi farmasi harus memiliki apoteker dan tenaga teknis kefarmasian yang sesuai dengan beban kerja dan petugas instalasi farmasi rumah sakit. Ketersediaan jumlah tenaga apoteker dan tenaga teknis kefarmasian di rumah sakit dipenuhi sesuai dengan ketentuan klasifikasi dan perizinan rumah sakit yang ditetapkan oleh menteri. Uraian tugas tertulis dari masing-masing staf farmasi harus ada dan sebaiknya dilakukan peninjauan kembali paling sedikit setiap tiga tahun sesuai kebijakan dan prosedur di Instalasi Farmasi Rumah Sakit. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 Tenaga Teknis Kefarmasian adalah tenaga yang membantu

apoteker dalam menjalani Pekerjaan Kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, dan Analis Farmasi (Kemenkes, 2016).

## **5. RSUD Cilacap**

Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Cilacap dibangun mulai tahun 1946 yang secara Yuridis Formal ditetapkan dengan Undang – Undang Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah kota kecil dalam lingkungan Provinsi Jawa Tengah.

Rumah Sakit Umum Daerah ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan satelit sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/MENKES/1503/2022 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap menjadi Rumah Sakit Pendidikan Satelit Untuk Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto dan Fakultas Kedokteran Universitas Jenderal Soedirman.

RSUD Cilacap termasuk Rumah Sakit kelas C yaitu rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran subspesialis terbatas. Terdapat empat macam pelayanan spesialis disediakan yakni pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak, serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Direncanakan rumah sakit tipe C ini akan didirikan di setiap kabupaten/kota (regency hospital) yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas. RSUD Cilacap ini



memiliki 100-300 tempat tidur, pemilik dan pengelola Pemerintah Dati II/III, memiliki minimal 4 cabang spesialis.

#### **6. RSI Fatimah Cilacap**

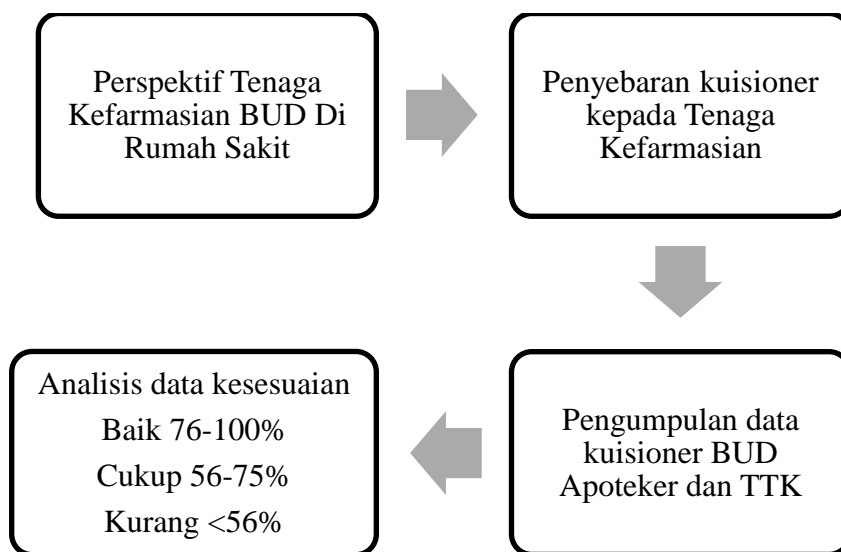
Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap merupakan Rumah Sakit yang dijalankan oleh suatu yayasan atau swasta lain yang umumnya juga berdasarkan sosial serta tujuan ekonomi (mencari keuntungan). Pada Tanggal 29 Juni 1983 bertepatan dengan Bulan Suci Ramadhan 1403 H berdirilah Yayasan Rumah Sakit Islam (YARUSI) Cilacap dengan Akte Notaris Endang Sudarwati, SH No. 55 Tanggal 20 Juli 1983. Pada awalnya Yayasan Rumah Sakit Islam (YARUSI) Cilacap mendirikan sebuah Balai Pengobatan pada tahun 1986. Balai Pengobatan tersebut secara perlahan tumbuh dan berkembang sehingga berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesi No: 0846/YK/RSKS/PA/IX/92 Tanggal 10 September 1992 secara resmi menjadi Rumah Sakit dengan nama RUMAH SAKIT ISLAM FATIMAH CILACAP.

RSI Fatimah Cilacap termasuk Rumah Sakit kelas C yaitu rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran subspesialis terbatas. Terdapat empat macam pelayanan spesialis disediakan yakni pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak, serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Direncanakan rumah sakit tipe C ini akan didirikan di setiap kabupaten/kota (*regency hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas. RSI Fatimah Cilacap ini

memiliki 100-300 tempat tidur, pemilik dan pengelola Pemerintah Dati II/III, memiliki minimal 4 cabang spesialis.

#### **F. Kerangka Berfikir**

Kerangka berpikir merupakan acuan di dalam melaksanakan penelitian dan merupakan jawaban atas perumusan masalah berdasarkan tinjauan pustaka (Selly, 2013). Adapun kerangka berpikir adalah sebagai berikut :



**Gambar 1. Kerangka Berfikir**

Berdasarkan skema kerangka berfikir diatas, dijelaskan bahwa pada penelitian ini dilakukan perspektif tenaga kefarmasian di rumah sakit cilacap dengan melakukan penyebaran kertas kuisioner di Rumah Sakit Cilacap. Penyebaran kertas kuisioner meliputi Tenaga kefarmasian yaitu apoteker dan tenaga teknis kefarmasian (TTK). Kemudian diperoleh data Perspektif Tenaga Kefarmasian Mengenai BUD Di Rumah Sakit Cilacap