BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Standar Pelayanan Kefarmasian

Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Penyelenggaraan Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek harus didukung oleh ketersediaan sumber daya kefarmasian yang berorientasi kepada keselamatan pasien. Sumber daya kefarmasian yang dimaksud meliputi sumber daya manusia dan sarana prasarana (Kemenkes, 2016). Pelayanan Kefarmasian di Apotek meliputi 2 (dua) kegiatan, yaitu kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Pakai dan pelayanan farmasi klinik. Kegiatan tersebut harus didukung oleh Medis Habis sumber daya manusia, sarana dan prasarana (Kemenkes, 2016).

2.1.1 Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai

Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku meliputi perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pemusnahan dan penarikan, pengendalian, pencatatan dan pelaporan.

2.1.2 Pelayanan farmasi klinik

Pelayanan farmasi klinik di Apotek merupakan bagian dari Pelayanan Kefarmasian yang langsung dan bertanggung jawab kepada pasien dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Pelayanan farmasi klinik meliputi pengkajian dan pelayanan resep, dispensing, pelayanan informasi obat (PIO),

konseling, pelayanan kefarmasian di rumah (*home pharmacy care*), pemantauan terapi obat (PTO) dan monitoring efek samping obat (MESO).

2.2 Asuhan Kefarmasian (*Pharmaceutical Care*)

Asuhan kefarmasian adalah tanggung jawab langsung seorang apoteker terhadap layanan yang berhubungan dengan pengobatan pasien yang memiliki tujuan mencapai tujuan yang ditetapkan dan memperbaiki kualitas hidup pasien. Kualitas hidup berarti bebas dari kesakitan, mobilitas fisik yang baik, mampu memelihara diri sendiri dan mampu ikut serta dalam interaksi sosial yang normal. Asuhan kefaramsian ini bukan hanya mengenai terapi obat, namun juga mengenai keputusan penggunaan obat pada pasien. Keputusan tersebut yakni, keputusan untuk tidak menggunakan obat, mempertimbangkan pemilihan obat, rute dan jenis serta cara pemberian, pemantauan terapi obat, pemberian informasi dan konseling (Kemenkes, 2018).

Fungsi asuhan kefarmasian yaitu mengidentifikasi DRP (*Drug Related Problem*) yang potensial dan aktual, memecahkan DRP aktual, dan mencegah DRP potemsial (Kemenkes, 2018). DRP adalah kejadian yang dialami pasien yang tidak diinginkan yang disebabkan atau diduga karena obat yang secara aktual maupun potensial dapat mempengaruhi *outcome* terapi yang diinginkan (Nita, 2016).

The American Pharmacist Association (APhA) menyebutkan, tujuan dari asuhan kefarmasin yaitu untuk mengoptimalkan kualitas hidup pasien (*health-related quality of life*), mencapai *outcome* klinik yang positif dan wajar secara ekonomi. Hal perlu dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut, yaitu (APhA, 1995):

a. Hubungan yang professional harus dilaksanakan dan dipertahankan.
b. Obat yang digunakan oleh pasien yang tercatat, diatur dan dipelihara.

c. Memperoleh informasi spesifik pasien mengenai obat, dievaluasi dan merencakan terapi obat bersama-sama dengan pasien
d. Apoteker memastikan bahwa pasien memahami dan memiliki semua informasi dan pengetahuan yang diperlukan dalam melaksanakan terapi obat yang telah direncanakan.
e. Apoteker menelaah, memonotor dan memodofikasi rencana terapi jika diperlukan bersama pasien dan tenaga kesehatan lainnya.

Prinsip praktek asuhan kefarmasian menurut APhA, yaitu (APhA, 1995):

a. Pengumpulan data (*data collection*)
b. Evaluasi informasi (*information evaluation*)
c. Membuat rencana (*formulating a plan*)
d. Menerapkan rencana (*implementing the plam*)
e. Memantau dan memodifikasi rencana/memastikan *outcome* yang positif (*monitoring and modifying the plan/assuring positif outcomes*).

The Pharmacist's Workup of Drug Therapy (PWDT) merupakan pendekatan yang rasional untul penerapan asuhan kefarmasian di Amerika. Prosedur tersebut mengatakan bahwa apoteker dapat mmberikan asuhan kefarmasian dan dapat mengambil keputusan penggunaan obat pada pasien dalam berbagai kondisi (*practice setting*). Ada tujuh langkah PWDT tersebut, yaitu (Hepler & Strand, 1990):

a. Mengumpulkan dan menginterpretasi informasi mengenai pasien agar menentukan apakah pasien memiliki DRP
b. Mengidentifikasi DRP
c. Menjelaskan tujuan terapi yang ingin dicapai
d. Menjelaskan altefnatif rejimen terapi yang mungkin ada
e. Memilih rejimen terapi yang paling tepat untuk masing-masing individu
f. Menerapkan keputusan tentang penggunaan obat
g. Memontoring agar mencapai tujuan yang diinginkan

Adapun topik dan pertanyaan dasar dalam melaksanakan asuhan kefarmasian yang professional adalah (Nita, 2016):

a. Menegakkan hubungan (*establishing a carong relationship*).
b. Mendapatkan riwayat pasien (*obtaining a history*).
c. Mengenalkan tujuan terapi dan alternatif terapi (*recognizing therapeutic objectives and alternatives*).
d. Mengembangkan rencana monitoring (*developing a monitoring plan*).
e. Membahas tujuan dan tanggung jawab (*discussing objective and responsibilities*).
f. Menerapkan rencana monitoring (*implementing the monitoring plan*).
g. Menyelesaikan masalah obat (*resolving pharmaceutical problems*).

Asuhan kefarmasian ini adalah suatu proses manajamen terapi pengobatan yang membutuhkan perubahan orientasi sikap profesi serta memerlukan penataan ulang lingkungan farmasi. Oleh karena itu, ada beberapa elemen yang penting dalam pelakansaan asuhan kefarmasian yang berkualitas. Elemen tersebut antara lain (APhA, 1995) :

a. Pengetahuan, kemampuan dan fungsi personal.
b. Sistem pengumpulan data, dokumentasi dan transfer informasi.
c. Proses alur kerja yang efisien.
d. Pustaka, sumber daya dan peralatan.
e. Kemampuan komunikasi.
f. Komitmen terhadap prosedur peningkatan kualitas.

Pelayanan Farmasi Klinis, meliputi (Kemenkes, 2016):

a. Pengkajian dan Pelayanan Resep

   Kegiatan pengkajian resep, yaitu:

   1) Kajian administrasi meliputi:
      a) Nama, umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien.
      b) Nama, nomor surat ijin praktek (SIP), alamat, nomor telepon dan paraf.
      c) Tanggal penulisan resep.

2) Kajian kesesuaian farmasetik meliputi:
    a) Bentuk dan kekuatan sediaan.
    b) Stabilitas.
    c) Kompatibilitas (ketercampuran obat).
3) Pertimbangan klinis meliputi:
    a) Ketepatan indikasi dan dosis obat.
    b) Aturan, cara dan lama penggunaan obat.
    c) Duplikasi dan/atau polifarmasi.
    d) Reaksi obat yang tidak diinginkan (alergi, efek samping obat, manifestasi klinis lain).
    e) Kontra indikasi.
    f) Interaksi.

Apabila ditemukan terdapat ketidaksesuaian dari hasil pengkajian resep, maka apoteker harus menghubungi dokter yang menulis resep. Rangkaian kegiatan pelayanan resep meliputi : penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, penyiapan sediaan farmai, alat kesehatan dan bahan habis pakai termasuk peracikan obat, pemeriksaan, penyerahan serta pemberian informasi. Setiap kegiatan tersebut hendaknya dilakukan upaya pencegahan agar tidak terjadi kesalahan pemeberian obat (medication error).

b. Dispensing

Dispensing ini terdiri dari penyiapan, penyerahan dan pemberian informas obat. Setelah melakukan pengkajian resep, hal yan dilakukan selanjutnya ialah:

1) Menyiapkan obat sesuai dengan permintaan di resep
    a) Menghitung kebutuh jumlah obat
    b) Mengambil obat pad arak penyimpanan dengan memperlihatkan nama obat, tanggal kadaluarsa dan keadaan fisik obat.
2) Melakukan peracikan obat jika diperlukan.
3) Memberikan etiket minimal meliputi:
    a) Warna putih untuk obat oral/dalam

b) Warna biru untuk obat luar dan suntik
c) Menempelkan label “kocok dahulu” di sediaan suspense maupun emulsi.

4) Memasukkan obat ke dalam wadah yang tepat dan berbeda untuk jenis obat yang berbeda pula.

Setelah penyiapan obat, hal yang dilakukan ialah:

1) Sebelum diserahkan kepasien, obat harus dicek kembali terkait kesesuain penulisan etiket dengan resep.
2) Memanggil nama dan nomor tunggu pasien.
3) Memeriksa ulang identitas dan alamat pasien
4) Menyerahkan obat disertai informasi obat
5) Menyampaiakan infromasi terakit penggunaan obat, makanan dan minuman yang dihindari, efek samping, penyimpanan dan lain-lain.
6) Penyerahan obat dilakukan dengan baik kepada pasien
7) Memastikan yang menerima obat adalah pasien atau keluarganya
8) Membuat salinan resep sesuai dengan resep aslinya yang diparaf oleh apoteker (jika diperlukan)
9) Menyimpan resep pada tempatnya.
10) Apoteker membuat catatan pengobatan pasien.

Apoteker di apotek juga menerima obat non resep atau pelayanan swamedikasi, apoteker memberikan edukasi kepada pasien yang memerlukan obat non resep dengan penyakit ringan dan memilihkan obat bebas atau bebas terbatas yang sesuai.

c. Pelayanan Informasi Obat (PIO)

Pelayanan Informasi Obat (PIO) merupakan kegiatan yang dilakukan oleh apoteker dalam pemberian informasi Obat yang independen, akurat, tidak bias, terkini dan komprehensif yang dilakukan oleh Apoteker kepada pasien, tenaga kesehatan dan/atau pihak lain.

Kegiatan pelayanan informasi obat di apotek meliputi:

1) Menjawab pertanyaan baik lisan maupun tulisan
2) Membuat dan menyebarkan buletin/brosur/leaflet dan penyuluhan.

3) Memberikan informasi dan edukasi kepada pasien.
4) Memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada mahasiswa farmasi yang sedang praktek profesi.
5) Melakukan penelitian penggunaan obat.
6) Membuat dan menyampaikan makalah dalam forum ilmiah.
7) Melakukan program jaminan mutu.

d. Konseling

Konseling merupakan interaksi antara apoteker dengan pasien/keluarga pasien dengan tujuan meningkatkan pemahaman dan pengetahuan, kesadaran dan kepatuhan sehingga adanya perubahan perilaku pasien dalam menggunakan obat serta untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi pasien. Umumnya kriteria pasien yang diberi konseling adalah pasien dengan kondisi khusus, penyakit kronis, menggunakan obat indeks terapi sempit atau obat dengan intruksi khusus, pasien polifarmasi dan pasien dengan tingkat kepatuhan yang rendah.

Langkah kegiatan konseling, yaitu:

1) Membuka komunikasi dengan pasien
2) Menilai pehamaman pasien terkait penggunaan obat dengan menggunakan *Three Prime Question*.
3) Menggali infromasi lebih dalam hingga pasien memberitahu masalah yang dialami dalam penggunaan obat.
4) Melakukan verifikasi akhir untuk memastikan pehamaman pasien.

e. Pelayanan Kefarmasian di Rumah (*home pharmacy care*)

Apoteker juga diharapkan melakukan layanan ini, khususnya untuk pasien lansia dan pasien dengan pengobatan penyakit kronis. Jenis pelayanan kefarmasian di rumah yang dapat dilakukan oleh apoteker, meliputi:

1) *Assessment* masalah yang berhubungan dengan pengobatan
2) Identifikasi kepatuhan pasien.
3) Pendampingan penggunaan obat dan/atau alat kesehatan di rumah, misalnya penggunaan insulin.

4) Konsultasi terkait obat atau kesehatan.
5) Monitoring pelaksanaan, efektifitas dan keamanan penggunaan obat berdasrakan catatan pengobatan pasien
6) Dokumentasi.

f. Pemantauan Terapi Obat (PTO)

Memastikan pasien mendapatkan obat yang efektif dan terjangkau serta meminimalkan efek samping. Adapun kriteria pasien yang diberikan layanan ini adalah: pasien kondiis khusus, menerima obat lebih dari 5 jenis, multidiagnosis, adanyanya gangguan fungsi ginjal dan hati, obat dengan indeks terapi sempit, menerima obat yang diketahui umumnya menimbulkan reaksi yang merugikan. Adapun kegiatan yang dilakukan adalah:

1) Memilih pasien yang memenuhi kriteria.
2) Mengumpulkan data yang diperlukan, yaitu, riwayat penyakit, penggunaan obat dan alergi.
3) Identifikasi masalah terakit obat.
4) Apoteker menentukan prioritas masalah sesuai kondisi pasien.
5) Memberikan rekomendasi berupa rencana pemantauan dengan tujuan pencapaian efek terapi dan meminimalkan efek yang diinginkan.
6) Hasil identifikasi tersebut dikomunikasikan dengan tenaga kesehatan yang lain untuk mengoptimalkan tujuan terapi.
7) Melakukan dokumentasi.

g. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)

Merupakan pemantauan setiap respon obat yang merugikan pada dosis normal yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosis dan terapi atau memodifikasi fungsi fisiologis. Kegiatan yang dilakukan ialah:

1) Identifikasi obat dan pasien dengan resiko tinggi mengalami efek samping obat
2) Mengisi formulir MESO

3) Melaporkan ke pusat Monitoring Efek Samping Obat Nasional.

2.3 Apotek

Apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukan praktek kefarmasian oleh apoteker. Apotek menyelenggarakan fungsi yaitu pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan habis pakai serta pelayanan farmasi klinik termasuk di komunitas. Apotek dapat menyerahkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai kepada apotek lainnya, puskesmas, instalasi farmasi rumah sakit, instalasi farmasi klinik. Penyerahan tersebut hanya dapat dilakukan apabila terjadi kelangkaan di fasilitas distribusi dan terjadi kekosongan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai di fasilitas kesehatan. Selain disebutkan diatas, apotek juga dapat menyerahkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan badan medis habis pakai sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan kepada dokter, bidan praktik mandiri, pasien dan masyarakat (Kemenkes, 2017).

2.4 Sudut Pandang Pasien terhadap Aspek Pelayanan Kefarmasian

Hubungan antara profesional kesehatan dan pasien telah terbukti secara langsung mempengaruhi hasil kesehatan. Demikian pula, pendekatan yang berpusat pada pasien terbukti secara signifikan meningkatkan kesehatan pasien. Perilaku seorang profesional berdampak signifikan pada kesejahteraan pasien dan kualitas perawatan kesehatan serta outcome terapi. Dibidang farmasi komunitas, adanya tren yang muncul untuk memberikan layanan yang berpusat pada pasien menyebabkan peningkatan pada hubungan antara apoteker komunitas dan pasien (Sabater-Galindo, M., et al., 2016).

Penelitian tentang hubungan apoteker-pasien telah didekati dari berbagai perspektif, termasuk bagaimana interaksi berdampak pada kualitas hubungan, pasien kepuasan, hasil kesehatan, atau bagaimana perilaku kesehatan dimodifikasi. Namun, tidak ada model teoritis untuk masyarakat hubungan apoteker-pasien tampaknya telah dikembangkan. Model teoritis hubungan profesional kesehatan-pasien lainnya mungkin merupakan titik awal yang masuk akal untuk membangun seperti itu teori, dengan model ini digunakan

untuk juga mengidentifikasi potensi faktor yang berpengaruh dari hubungan yang dapat diuji dalam praktik farmasi (Sabater-Galindo, M., et al., 2016).

Faktor-faktor yang berpengaruh pada hubungan profesional kesehatan-pasien ini ada pada tingkat individu (misal profesional kesehatan, pasien) atau pada tingkat organisasi yang lebih tinggi. Faktor individu seperti pengetahuan, kebutuhan, sasaran, harapan, persepsi atau pengalaman sebelumnya mungkin menentukan hubungan yang dibangun antara profesional dan pasien. Faktor individu ini ada dua yaitu dapat dimodifikasi (mampu dimodikasi oleh intervensi) atau tidak dapat dimodifikasi (tidak dapat dimodifikasi oleh intervensi). Faktor individu yang dapat dimodifikasi berkaitan dengan profesi kesehatan dan atau pasien adalah pengetahuan, kebutuhan, nilai-nilai, harapan, keyakinan, dan persepsi. Sebagian besar faktor yang bisa dimodifikasi dapat diubah melalui pelatihan khusus (misal pengetahuan, motivasi, peran, keyakinan kesehatan, komunikasi pasien-sentris). Faktor yang tidak dapat dimodifikasi yaitu faktor sosial-demografis seperti usia, jenis kelamin, atau status sosial ekonomi; dan faktor keanekaragaman budaya seperti etnis atau ras. Faktor-faktor yang dapat dimodifikasi menjadi perhatian khusus karena dapat disesuaikan untuk mencapai hubungan kualitas yang lebih tinggi, dan akibatnya, memiliki dampak positif pada hasil kesehatan pasien. Salah satu faktor yang dapat dimodifikasi yang paling menarik dapat memengaruhi hubungan apoteker-pasien yang kemudian dapat diterapkan dalam pengatuan praktik farmasi komunitas adalah mengenai persepsi dan harapan pasien. Perubahan dalam praktik profesional (khususnya mengenai perilaku) terhadap penyediaan layanan yang lebih intens mungkin dianggap sebagai strategi yang baik untuk memulai meningkatkan citra profesional apoteker komunitas dan memodifikasi persepsi pasien tentang apoteker (Sabater-Galindo, M., et al., 2016).

Harapan, dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan, merupakan suatu bentuk antisipasi atau kepercayaan terhadap kemungkinan yang akan diperoleh selama proses konsultasi dengan tenaga kesehatan, pelayanan kesehatan atau dalam sistem kesehatan. Harapan merupakan suatu bentuk

keinginan pelanggan. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi harapan pasien terhadap suatu pelayanan antara lain pengalaman terdahulu atas pelayanan kesehatan, opini pasien, hubungan antara pasien dan profesional kesehatan, opini orang lain dan faktor biaya. Pengalaman atas pelayanan yang diperoleh sebelumnya dapat menjadi landasan terhadap harapan pasien saat ini. Persepsi merupakan suatu bentuk pengalaman atau kenyataan yang dirasakan pasien. Pengukuran persepsi dilakukan setelah seorang pasien/konsumen memperoleh atau menggunakan suatu barang atau jasa (Wirasuta, I. M. A. G., et al., 2016).

2.4.1 Teori harapan

Teori harapan menjelaskan bahwa tingkat kecenderungan seseorang untuk bertindak tergantung pada harapan bahwa tindakan tersebut akan diikuti oleh hasil yang ada dan memberikan keuntungan pada individu tersebut. Berkaitan dengan motivasi seseorang melakukan sesuatu, teori ini berfokus pada tiga hubungan (Robbins, S. P., & Judge, T. A., 2008):

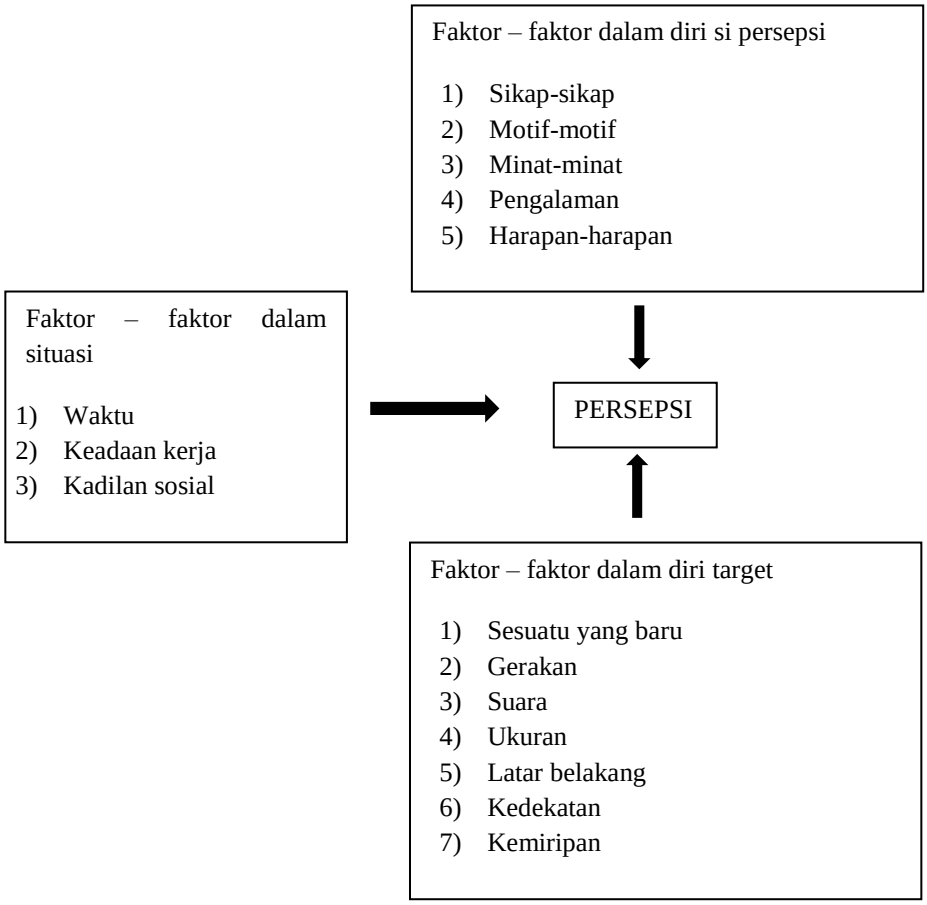
a. Hubungan usaha-kinerja. Dimana individu merasa melakukan sejumlah usaha akan menghasilkan kinerja.
b. Hubungan kinerja-penghargaan. Titik dimana individu tersebut yakin bahwa melakukan sesuatu pada tingkat tertentu akan menghasilkan pencapaian yang diinginkan.
c. Hubungan penghargaan-tujuan pribadi. Tingkat dimana penghargaan yang diperoleh dapat memuaskan tujuan-tujuan pribadi.

2.4.2 Persepsi

Persepsi (*perception*) adalah sebuah proses dimana seseorang mengatur dan menginterpretasikan kesan-kesan sensoris yang diterima sehingga memberikan arti untuk lingkungan sekitar mereka (Robbins, S. P., & Judge, T. A., 2008). Persepsi juga diartikan sebagai proses pemamaham maupun pemberian makna atas informasi yang diterima atau pemberian makna atas informasi terhadap suatu rangsangan. Rangsangan ini

didapatkan dari proses pengindraan terhadap suatu objek, peristiwa, maupun hubungan antargejala yang kemudian diproses oleh otak. Dengan kata lain, persepsi adalah keadaan dimana adanya penggabungan dari individu dengan stimulus yang diterimanya (Wijaya, C., 2017).

Ketika sesorang melihat sebuah objek dan berusaha menginterpretasikan apa yang dilihat, intrepretasi tersebut sangat dipengaruhi oleh berbagai karakteristik pribadi dan pembuat persepsi individual itu. karakteristik pribadi yang dimaksud adalah sikap, kepribadianm motif, minat, pengalaman masa lalu dan harapan dari individu tersebut (Wijaya, C., 2017).



Gambar 2.1 Faktor Mempengaruhi Persepsi

Sumber : (Wijaya, C., 2017)

Gambar diatas menunjukan bahwa ada tiga faktor pembentuk persepsi, yakni: (1) *Perceiver*, orang atau individu pemberi persepsi, (2) target, individu maupun objek yang menjadi target persepsi, (3) situasi, suatu keadaan saat persepsi dilakukan. Faktor pelaku persepsi terdiri dari (a) sikap-sikap, (b) motif-motif, (c) minat-minat, (d) pengalaman, (e) harapan-harapan. Pelaku persepsi ialah penafsiran individu yang ketika melihat objek yang ia lihat akan sangat dipengaruhi oleh karakteristik inidividu tersebut, yakni, sikap, motif, minat, pengalaman dan harapan. Faktor target mengandung komponen: (a) sesuatu yang baru, (b) gerakan, (c) suara, (d) ukuran, (e) latar belakang, (f) kedekatan, (g) kemiripan. Dari target atau sasaran ini dapat membentuk cara kita memandangnya. Faktor dalam situasi juga mempengaruhi persepsi kita, yakni (a) waktu, (b) keadaan kerja, (c) keadilan sosial (Wijaya, C., 2017).

2.5 Studi Literatur

Umumnya semua jenis penelitian memerlukan studi pustaka, riset kepustakaan (*library research*) dan riset lapangan (*field research*), keduanya tetap memerlukan studi pustaka. Perbedaan yang menonjol dari keduanya adalah kedudukan dan atau tujuan, fungsi dari studi pustaka tersebut. Dalam *field research*, penelusuran pustaka digunakan sebagai langkah awal untuk membuat kerangka penelitian, maupun untuk memperoleh penelitian yang sejenis, mempertajam kajian teori ataupun metodologi. Sedangakan dalam riset pustaka ini, penelusuran pustaka bukan hanya pada fungsi yang disebutkan di atas, melainkan juga sekaligus sebagai memperoleh data penelitian dari sumber perpustakaan tersebut (Zed, M., 2014).

Ada tiga alasan studi literatur ini digunakan yaitu (Zed, M., 2014):

a. Karena persoalan penelitian tersebut hanya bisa dijawab lewat penelitian pustaka.
b. Studi literatur ini digunakan sebagai tahap yang tersendiri yaitu untuk studi pendahuluan.

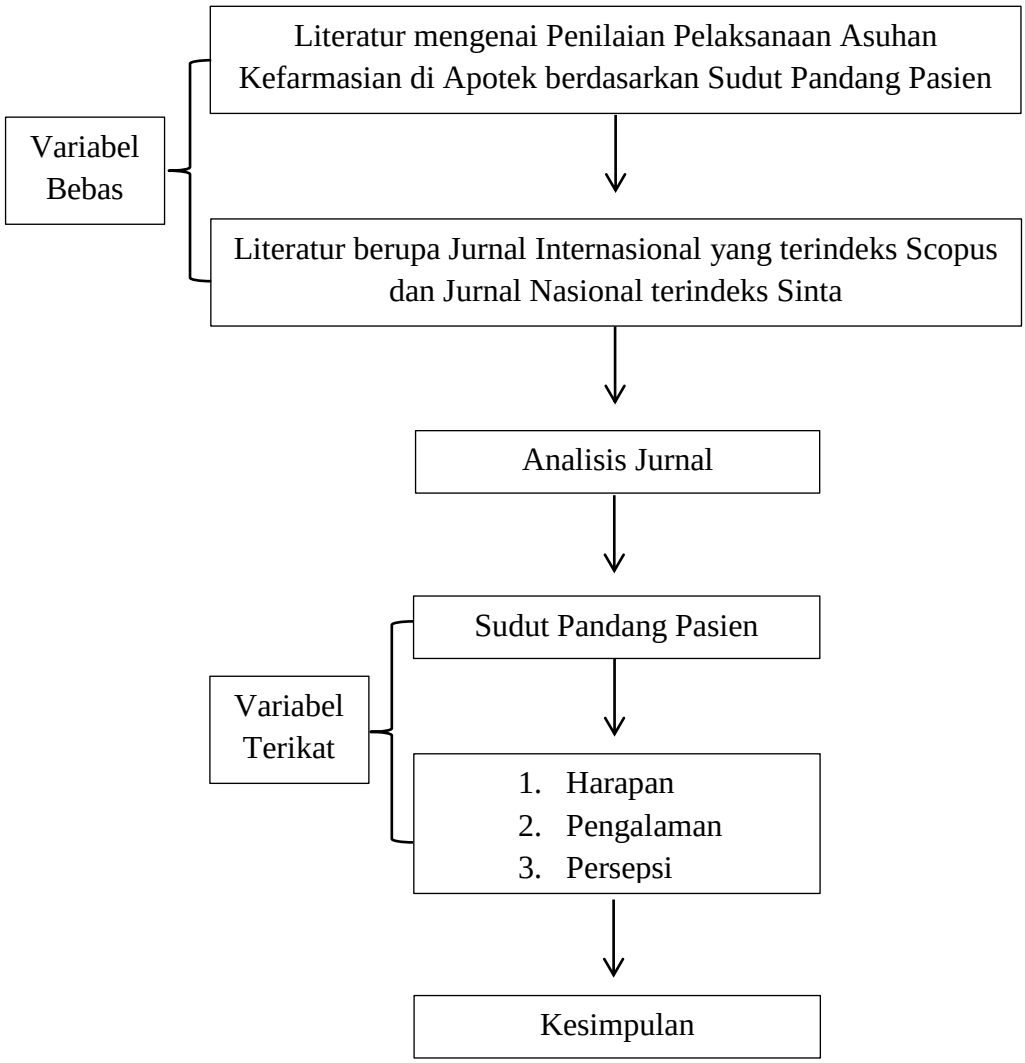
c. Data pustaka tetap andal dapat digunakan untuk menjawab persoalan penelitiannya. Jadi studi literatur ini adalah serangkaian prosedur yang berkaitan dengan metode pengumpulan data pustaka, membaca dan mencatat hingga mengolah data penelitian.

Empat Ciri Utama Studi Kepustakaan, yaitu (Zed, M., 2014):

a. Seorang peneliti berhadapan langsung dengan teks atau data angka, tidak dengan informasi langsung di lapangan.
b. Data pustaka bersifat ‘siap pakai’, yang artinya peneliti tidak pergi kemana-mana atau ke lapangan, melainkan hanya berhadapan langsung dengan sumber bahan penelitian yang sudah tersedia.
c. Data pustaka umumnya adalah sumber sekunder, yaitu peneliti memperoleh data penetian dari tangan kedua bukan data orisinil yang didapatkan langsung dari sampel.
d. Kondisi data pustaka tidak dibatasi oleh ruang dan waktu. Peneliti berhadapan dengan data yang statik/tetap, artinya kapanpun peneliti datang dan pergi, data tersebut tidak akan berubah karena data itu merupakan data yang sudah ‘mati’ yang tersedia atau tersimpan dalam rekaman tertulis (teks, angka, gambar, rekaman tape atau film).

2.6 Kerangka Konsep

Konsep merupakan suatu gambaran yang masih abstrak yang diperoleh dari proses generalisasi fenomena yang akan diteliti. Suatu karya ilmiah konsep tersebut dibuat dalam bentuk kerangka agar mampu menggambarkan hubungan antara variabel satu dengan yang lainnya (Sani, K.F., 2016).



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian