



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian

Rumah sakit adalah suatu organisasi yang kompleks, menggunakan gabungan alat ilmiah khusus dan rumit, dan difungsikan oleh berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik modern, yang semuanya terikat bersama-sama dalam maksud yang sama, untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik (Siregar, 2004).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 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.

Rumah sakit juga merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan (Siregar, 2004).

2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan

kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit umum mempunyai fungsi:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna.
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.3 Jenis dan Klasifikasi Rumah Sakit

2.1.3.1 Jenis Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya:

1. Berdasarkan jenis pelayanan

a. Rumah sakit umum

Memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Memberi pelayanan diagnosis dan terapi untuk berbagai kondisi medik, seperti penyakit dalam, bedah, pediatrik, psikiatri, ibu hamil dan sebagainya.

b. Rumah sakit khusus

Memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya, seperti rumah sakit kanker, bersalin, psikiatri, pediatri, mata, lepra, tuberkulosis, ketergantungan obat dan rumah sakit rehabilitasi.

2. Berdasarkan pengelolaan

a. Rumah sakit publik

Dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai denganketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Rumah sakit privat

Dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Rumah Sakit dapat ditetapkan menjadi Rumah Sakit pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar rumah sakit pendidikan. Rumah Sakit pendidikan ditetapkan oleh menteri setelah berkoordinasi dengan menteri yang membidangi urusan pendidikan. Rumah sakit pendidikan merupakan rumah sakit yang menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya (UU No. 44 Tahun 2009).

2.1.3.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit, Klasifikasi rumah sakit adalah pengelompokan kelas rumah sakit berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan.

Klasifikasi rumah sakit umum dan khusus ditetapkan berdasarkan pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarana serta administrasi dan manajemen.

Klasifikasi Rumah Sakit umum sebagai berikut :

a. Rumah Sakit umum kelas A

Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 pelayanan medik spesialis dasar, 5 pelayanan spesialis penunjang medik, 12 pelayanan medik spesialis lain dan 13 pelayanan medik sub spesialis. Jumlah tempat tidur minimal 400 buah.

b. Rumah Sakit umum kelas B

Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 pelayanan medik dasar, 4 pelayanan spesialis penunjang medik, 8 pelayanan medik spesialis lainnya, dan 2 pelayanan medik sub spesialis. Jumlah tempat tidur minimal 200 buah.

c. Rumah Sakit umum kelas C

Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 pelayanan medik dasar, 4 pelayanan spesialis penunjang medik. Jumlah tempat tidur minimal 100 buah.

d. Rumah Sakit umum kelas D

Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 pelayanan medik dasar. Jumlah tempat tidur minimal 50 buah.

Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, rumah sakit khusus diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Khusus Kelas A, Rumah Sakit Khusus Kelas B dan Rumah Sakit Khusus Kelas C.

2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

2.2.1 Pengertian

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) dapat didefinisikan sebagai suatu departemen atau unit atau bagian di suatu rumah sakit di bawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa orang apoteker yang memenuhi persyaratan perundang-undangan yang berlaku dan kompeten secara profesional, tempat atau fasilitas penyelenggaraan yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian, yang terdiri dari pelayanan paripurna, mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan sediaan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita rawat tinggal dan rawat jalan, pengendalian mutu, dan pengendalian distribusi serta penggunaan seluruh sediaan farmasi di rumah sakit, pelayanan farmasi klinik umum dan spesialis, mencakup pelayanan langsung pada penderita dan pelayanan klinik yang merupakan program rumah sakit secara keseluruhan (Siregar, 2004).

2.2.2 Tujuan

Menurut Siregar (2004), tujuan IFRS antara lain :

- a. Memberi manfaat kepada penderita, rumah sakit, sejawat profesi kesehatan, dan kepada profesi farmasi oleh apoteker rumah sakit yang kompeten dan memenuhi syarat.
- b. Membantu dalam penyediaan perbekalan yang memadai oleh apoteker rumah sakit yang memenuhi syarat.
- c. Menjamin praktek profesional yang bermutu tinggi melalui penetapan dan pemeliharaan standar etika profesional, pendidikan dan pencapaian, dan melalui peningkatan kesejahteraan ekonomi.
- d. Meningkatkan penelitian dalam praktek farmasi rumah sakit dan dalam ilmu farmasetik pada umumnya.
- e. Menyebarkan pengetahuan farmasi dengan mengadakan pertukaran informasi antara para apoteker rumah sakit, anggota profesi, dan spesialis yang serumpun.
- f. Memperluas dan memperkuat kemampuan apoteker rumah sakit.
- g. Membantu menyediakan personel pendukung yang bermutu untuk IFRS
- h. Membantu dalam pengembangan untuk kemajuan profesi kefarmasian.

2.2.3 Ruang Lingkup

Menurut Siregar (2004), ruang lingkup farmasi terbagi menjadi dua, yaitu

:

- a. Farmasi klinik yaitu ruang lingkup farmasi yang dilakukan dalam program rumah sakit, yaitu pemantauan terapi obat (PTO), evaluasi penggunaan obat

(EPO), penanganan bahan sitotoksik, pelayanan di unit perawatan klinis, pemeliharaan formularium, penelitian, pengendalian infeksi di rumah sakit, serta informasi obat.

- b. Farmasi non klinik mencakup perencanaan penetapan spesifikasi produk dan pemasok, pengadaan, pembelian, produksi, penyimpanan, pengemasan dan pengemasan kembali, distribusi dan pengendalian semua perbekalan kesehatan yang beredar yang digunakan di rumah sakit secara keseluruhan.

2.2.4 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Pelayanan Farmasi

Berdasarkan Kepmenkes No. 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, indikator dan standar dari pelayanan farmasi adalah :

Tabel 2.1 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Pelayanan Farmasi

No	Indikator	Standar
1.	Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
2.	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat	100%
3.	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$
4.	Penulisan resep sesuai dengan formularium	100%

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa standar pelayanan minimal rumah sakit pelayanan farmasi untuk indikator penulisan resep sesuai dengan formularium adalah sebesar 100%.

2.3 Panitia Farmasi dan Terapi (PFT)

2.3.1 Pengertian

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004, Panitia Farmasi dan Terapi adalah organisasi yang

mewakili hubungan komunikasi antara staf medis dengan staf farmasi, sehingga anggotanya terdiri dari dokter yang mewakili spesialisasi-spesialisasi yang ada di rumah sakit dan apoteker wakil dari Farmasi Rumah Sakit, serta tenaga kesehatan lainnya.

2.3.2 Fungsi dan Ruang Lingkup

Menurut SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 fungsi dan ruang lingkup PFT terkait dengan perannya dalam pelayanan farmasi rumah sakit adalah:

- a. Mengembangkan formularium di rumah sakit dan merevisinya. Pemilihan obat untuk dimasukkan dalam formularium harus didasarkan pada evaluasi secara subjektif terhadap efek terapi, keamanan serta harga obat dan juga harus meminimalkan duplikasi dalam tipe obat.
- b. Panitia Farmasi dan Terapi harus mengevaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis.
- c. Menetapkan pengelolaan obat yang digunakan di rumah sakit dan yang termasuk dalam kategori khusus.
- d. Membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- e. Melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji *medical record* dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi.

Tinjauan ini dimaksudkan untuk meningkatkan secara terus menerus penggunaan obat secara rasional.

- f. Mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai efek samping obat.
- g. Menyebarkan ilmu pengetahuan yang menyangkut obat kepada staf medis dan perawat.

Upaya peningkatan mutu pelayanan suatu rumah sakit tidak terlepas dari manajemen obat yang merupakan bagian penting dari manajemen rumah sakit. Oleh karena itu manajer rumah sakit selalu berupaya meningkatkan efektifitas dan efisiensi manajemen obat di Rumah Sakit.

Tidak efektif dan efisiennya manajemen obat dapat dilihat dari gejala sebagai berikut:

1. Kekurangan obat yang terlalu sering dan terjadi pada banyak jenis obat
2. Kelebihan Jenis obat tertentu
3. Penyediaan obat tidak merata
4. Perimbangan manfaat biaya (*Cost Effectiveness*) yang tidak baik
5. Pengaturan anggaran obat yang tidak proporsional
6. Cara peresepan yang tidak rasional dan tidak efektif
7. Penyimpangan dan distorsi kebutuhan obat

Menurut WHO dalam upaya memperbaiki manajemen obat diperlukan sistem pengelolaan obat yang efektif dan efisien melalui proses :

1. Perencanaan yaitu seleksi obat yang dibutuhkan dan memperkirakan jumlah yang

2. Dibutuhkan pengadaan yaitu bagaimana cara melakukan seleksi pemasok, dan mengatur cara pembelian dan cara pembayarannya.
3. Distribusi yaitu bagaimana cara menerima barang, menyimpannya, cara mengontrol persediaan, pengangkutan dan pencatatan untuk keperluan monitoring dan pengawasan
4. Penggunaan yaitu bagaimana cara peresepan, cara penggunaan oleh pasien dan cara menanggapi keluhan pasien.

2.4 Sistem Formularium

2.4.1 Pengertian

Menurut SK Menkes No. 1197/Menkes/SK/X/2004 Formularium adalah himpunan obat yang diterima/disetujui oleh Panitia Farmasi dan Terapi untuk digunakan di rumah sakit dan dapat direvisi pada setiap batas waktu yang ditentukan.

Sistem yang dipakai adalah suatu sistem dimana prosesnya tetap berjalan terus, dalam arti kata bahwa sementara formularium itu digunakan oleh staf medis, di lain pihak Panitia Farmasi dan Terapi mengadakan evaluasi dan menentukan pilihan terhadap produk obat yang ada di pasaran, dengan lebih mempertimbangkan kesejahteraan pasien (Menkes No.1197/Menkes/SK/X/2004).

2.4.2 Keuntungan

Menurut Siregar (2004), keuntungan diberlakukannya sistem formularium di rumah sakit, antara lain :

- a. Membantu meyakinkan mutu dan ketepatan penggunaan obat di dalam rumah sakit. Dokter dan para staf profesional lainnya dengan keahlian bidang pokok

utama untuk tiap kategori obat dapat mengetahui obat yang secara rutin tersedia bagi perawatan penderita.

- b. Sebagai bahan edukasi bagi staf tentang terapi obat yang tepat. Ribuan formulasi obat tersedia secara komersial. Tidak ada seorang profesional dapat mengetahui itu semua dengan cukup baik untuk semua penggunaan secara rasional. Formularium harus memuat sejumlah pilihan terapi obat yang wajar, yang jenisnya dibatasi secukupnya agar anggota staf dapat mengetahui dan mengingat obat formularium yang mereka gunakan secara rutin.
- c. Memberi rasio manfaat biaya yang tertinggi, bukan hanya sekedar pengurangan harga. Dengan suatu formularium yang dibatasi, IFRS dapat mempertahankan suatu pembelian dan sistem pengendalian perbekalan yang lebih efisien.

2.5 Penulisan Resep

Berdasarkan Kepmenkes No. 1197/MENKES/SK/X/2004 yang dimaksud resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi, dokter hewan kepada apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Dokter sebagai penulis resep obat untuk pasien merupakan tenaga kesehatan yang sangat berperan dan otonom. Menurut Quick *et al.*, (1997), pengobatan yang rasional diawali dengan penulisan resep obat oleh dokter, dengan langkah-langkah :

- a. diagnosis yang tepat
- b. memilih obat yang baik dari pilihan yang tersedia

- c. memberi resep dengan dosis yang cukup dan jangka waktu yang cukup
- d. berdasarkan pada pedoman pengobatan yang berlaku saat itu.

Menurut Kusumadewi dkk (2011), penggunaan obat yang rasional didefinisikan sebagai penggunaan obat yang aman sesuai dengan kebutuhan klinisnya, efektif untuk periode waktu yang cukup, memadai, dan biaya yang ekonomis. Penulisan resep yang rasional yang berarti penggunaan obat secara rasional, merupakan komponen dari tujuan penggunaan obat yang tercantum dalam Kebijakan Obat Nasional.

Pola pengambilan terapi obat baru berbeda untuk dokter spesialis dan dokter umum. Dokter spesialis cenderung lebih berpengalaman dalam menggunakan obat untuk mengobati penyakit, tapi mungkin mereka kurang memiliki pengetahuan yang luas tentang obat diluar spesialisasi. Dokter spesialis mengobati pasien lebih agresif daripada dokter umum (Smith *et al.*, 1996).

Dalam WHO (1988), faktor-faktor yang mempengaruhi penulisan resep oleh dokter dibagi menjadi 2 yaitu faktor medis yang berhubungan dengan kondisi kesehatan pasien dan merupakan faktor utama yang menentukan apakah seorang pasien akan diberikan resep obat atau tidak. Faktor non medis terbagi dua lagi yaitu faktor kondisi peresepan (*factor conditioning*) dan faktor individu (*individual factors*) yaitu semua yang berhubungan dengan individu dokter. Kekuatan dari industri obat nasional dan kekuasaan dari pihak berwenang mengontrol, merupakan dua faktor kondisi yang penting yang juga mempengaruhi individu.

Sementara itu, menurut Quick et al (1997), faktor yang dapat mempengaruhi perilaku penulisan resep para dokter antara lain :

- a. Pengetahuan dokter yang ketinggalan karena perkembangan yang begitu pesat
- b. Langkanya naskah dan kepustakaan yang bermutu dan shahih dan walaupun ada, para dokter terlalu sibuk dan tidak sempat membacanya
- c. Pengaruh promosi dan pemberian informasi yang sepihak dari perusahaan-perusahaan farmasi dan justru informasi yang dilakukan secara profesional dengan prinsip-prinsip pemasaran yang modern inilah yang sering ditangkap oleh dokter.
- d. Tekanan dari pihak penderita yang menghendaki obat tertentu.
- e. Rasa bersalah dokter kalau tidak memberikan resep antibiotika.

Faktor-faktor yang disebutkan di atas berbeda pengaruhnya untuk setiap dokter pada kondisi-kondisi tertentu dan bersifat kompleks. Karena itu intervensi yang dilakukan untuk memperbaiki kualitas peresepan obat haruslah dimulai dengan mengerti terlebih dahulu pada masalah perilaku.

Pasien memiliki hak untuk menentukan produk dan jasa apa yang mereka butuhkan yang harus dipenuhi oleh pihak rumah sakit dan dokter. Hal ini ditegaskan dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak memperoleh akses atau sumber daya di bidang kesehatan, berhak atas pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau, berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

2.6 Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Menurut Kamus Besar Indonesia (Pranoto, 2007), patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin

Ada beberapa teori yang menjelaskan kepatuhan, diantaranya adalah teori *compliance* dan teori *obedience*. Teori *compliance* dikembangkan oleh Green dan Kreuters (1991), yang menurutnya kepatuhan adalah ketaatan melakukan suatu yang dianjurkan atau respon yang diberikan terhadap sesuatu diluar subyek. Teori ini juga dikembangkan oleh Niven (2002), yang menurutnya kepatuhan sebagai sejauh mana perilaku seseorang sesuai dengan ketentuan. Sementara itu, teori *obedience* dikembangkan oleh Stanley Milgram dalam serangkaian eksperimennya pada tahun 1963. Milgram menyatakan bahwa kunci untuk patuh atau tidak bergantung pada figur otoritas. Kerumitan terjadi karena pada umumnya dua istilah di atas sama-sama diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia sebagai kepatuhan. Dua teori ini akan dielaborasi untuk menjelaskan fenomena perilaku tertentu, yang dalam hal ini adalah perilaku tidak patuh.

2.6.1 Teori *Compliance* Oleh Green dan Kreuters

2.6.1.1 Pengertian

Compliance menurut Green dan Kreuter (1991) adalah perubahan-perubahan dalam perilaku karena permintaan langsung. Kepatuhan adalah ketaatan melakukan suatu yang dianjurkan atau respon yang diberikan terhadap sesuatu diluar subyek.

2.6.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kepatuhan

Green dan Kreuter (1991) menyatakan bahwa perilaku seseorang terhadap objek dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai-nilai, pendidikan dan persepsi berkenaan dengan motivasi seseorang untuk bertindak.

2. Faktor pemungkin

Faktor pemungkin adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan seseorang antara lain ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas lainnya.

3. Faktor penguat

Faktor penguat adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seseorang. Kadang-kadang meskipun seseorang sudah tahu akibat dari perbuatannya tetapi tidak mempedulikannya.

2.6.2 Teori *Compliance* oleh Niven

2.6.2.1 Pengertian

Menurut Sacket dalam Niven (2002) kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

2.6.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidapatuhan

Menurut Niven (2002), faktor-faktor yang mempengaruhi ketidapatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian antara lain :

a. Pemahaman tentang instruksi

Tak seorangpun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan kepadanya.

b. Kualitas Interaksi

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dengan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

c. Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang mereka terima.

d. Keyakinan, sikap dan Kepribadian

Becker et al (1979) dalam Niven (2002) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan.

2.6.3 Teori *Obedience* oleh Milgram

2.6.6.1 Pengertian

Menurut sebuah penelitian oleh Milgram tahun 1963 dalam Myers (2014), kepatuhan (*obedience*) merupakan salah satu jenis perilaku sosial, dimana seseorang menaati dan mematuhi permintaan orang lain untuk melakukan sesuatu karena adanya unsur otoritas.

Teori ini menjelaskan bahwa figur otoritas menjadi sangat dominan. Hasil empiris teori Milgram sering muncul dalam berbagai bidang kehidupan sehari-hari. Misalnya interaksi individu dengan berbagai figur otoritas di sekelilingnya

seperti polisi, pemerintah, atasan, orangtua dan lain-lain. Meskipun individu memiliki kapasitas untuk membuat pilihan moral dan bertanggung jawab secara moral, seringkali kapasitas tersebut terkikis apabila dihadapkan dengan otoritas pemimpin yang sangat dominan.

2.6.6.2 Faktor-faktor Penyebab Kepatuhan

Berdasarkan penelitian Milgram dalam Sarwono (1993) dan Myers (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan antara lain :

1. Status Lokasi

Menurut Shaw (1979), kepatuhan berhubungan dengan *prestige* seseorang di mata orang lain. Demikian juga dengan lokasi. Apabila seseorang percaya bahwa lembaga yang menyelenggarakan program adalah lembaga yang memiliki status keabsahan, prestise, dan kehormatan, maka lembaga tersebut akan dipatuhi oleh anggota organisasi. *Prestige* mengacu pada reputasi yang baik atau harga diri yang tinggi.

Eksperimen Milgram dilakukan di lokasi penting yang dihormati yakni Yale University. Maka mungkin, wibawa institusional melegitimasi perintah pada eksperimen Milgram. Pada wawancara setelah eksperimen, banyak partisipan yang mengatakan jika bukan karena reputasi Yale, mereka tidak akan mematuhi. Untuk melihat apakah itu benar, Milgram memindahkan eksperimennya ke Bridgeport, Connecticut yang kurang bergengsi. Hasilnya, meskipun rata-rata tingkat kepatuhan (48%) masih tinggi, secara signifikan lebih rendah dari 65% saat di Yale (Myers, 2014).

2. Tanggung Jawab Personal

Tanggung jawab menurut Kamus Umum Bahasa Indonesia (Pranoto, 2007), adalah berkewajiban menanggung, memikul, menanggung segala sesuatunya, atau memberikan jawab dan menanggung akibatnya. Dengan kata lain tanggung jawab adalah kesadaran manusia akan tingkah laku atau perbuatannya yang disengaja maupun yang tidak disengaja (Rachmadianty, 2012).

Pada eksperimen Milgram, saat tanggung jawab personal berkurang, maka ketaatan meningkat. Hal ini berhubungan dengan eksperimen Milgram yang menyatakan bahwa kepatuhan dapat diciptakan melalui seseorang yang memasuki status sebagai agen dimana orang tersebut tidak melihat dirinya bertindak sebagai dirinya secara mandiri, tetapi sebagai perantara dari sebuah otoritas. Yang utama dari status sebagai agen ini adalah pengalihan tanggung jawab dimana tanggung jawab dari seseorang ini dilepaskan dan diberikan kepada figur otoritas selaku pemberi perintah (Sarwono, 1993).

3. Legitimasi Figur Otoritas

Legitimasi dapat diartikan seberapa jauh masyarakat mau menerima dan mengakui kewenangan, keputusan atau kebijakan yang diambil oleh seorang pemimpin. Faktor penting yang dapat menimbulkan kepatuhan sukarela adalah penerimaan seseorang akan ideologi yang mengabsahkan kekuasaan orang yang berkuasa dan membenarkan intruksinya (<http://id.wikipedia.org>).

Menurut Anderson (2008), kekuasaan bisa menjadi *legitimate* (sah) apabila diterima oleh anggota dari masyarakat. Otoritas adalah kekuasaan yang

diterima oleh orang lain sebagai keabsahan atau sesuatu yang sah yang muncul dari pelaksanaan kekuasaan dan kepercayaan konstituen bahwa kekuasaan itu sah.

Menurut Milgram dalam Myers (2014), pihak otoritas harus dipersepsi sebagai pihak yang sah. Hal ini berdasarkan eksperimen Milgram pada saat eksperimenter menerima panggilan telepon yang mengharuskannya meninggalkan laboratorium. Setelah eksperimenter pergi, orang lain yang telah ditugaskan untuk berperan sebagai juru tulis (sebenarnya adalah orang kedua yang bersekutu) bersikap seperti orang yang memebrikan perintah. Hasilnya, 80% guru menolak untuk patuh. Pemberontakan yang melawan otoritas yang memiliki legitimasi ini sangat berbeda dengan sikap sopan yang menghargai yang dilihat oleh eksperimenter.

4. Status Figur Otoritas

Simbol status adalah penggunaan simbol atau lambang untuk menunjukkan kedudukan seseorang dalam masyarakat yang diwujudkan dalam bentuk tingkah laku sesuai dengan status yang dimilikinya (Myers, 2014).

French dan Raven (1959), dalam Wirawan, (2003) menjelaskan bahwa kedudukan berbasis pada pengetahuan figur otoritas dalam bidang tertentu. Bawahan memerlukan kekuasaan figur otoritas berdasarkan persepsinya bahwa figur otoritas tersebut mempunyai keahlian dalam bidang tersebut melebihi pengetahuannya sendiri dan figur otoritas mampu memenuhi standar dalam bidang tersebut. Kualitas personal tersebut berupa memiliki pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman dalam bidang tertentu, dapat membuat sesuatu atau menyelesaikan suatu problem.

Pada eksperimen Milgram, penggunaan mantel atau jas laboratorium membuat seseorang terlihat penting, memiliki kewenangan dan profesionalisme. Saat pemberi perintah adalah orang biasa, kepatuhan menurun ke tingkat 20% (Sarwono, 1993)). Hal ini mengindikasikan bahwa peran sosial seseorang memiliki kewenangan yang cukup dan *prestige* untuk mengamankan ketaatan, terlepas dari konteks sosial (Kokot, 2001).

5. Dukungan Rekan

Seseorang cenderung berperilaku sama dengan rekan atau sesama dalam lingkungan sosialnya. Orang cenderung bersama sesuai dengan kelompok sosialnya misalnya umur, jenis kelamin, ras, agama, hobi, pekerjaan, dan cenderung bertindak dan berperilaku seperti anggota dari kelompok tersebut. Bagi yang tidak cocok dengan perilaku kelompok, maka akan tidak disukai.

Salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan adalah kehadiran atau keberadaan rekan yang menolak untuk patuh (Encina, 2004). Jika seseorang memiliki dukungan sosial dari teman mereka yang tidak patuh, maka kepatuhan juga cenderung berkurang. Demikian juga dengan kehadiran orang lain yang dianggap tidak mematuhi sosok otoritas, dapat mengurangi tingkat kepatuhan.

Seseorang cenderung menyesuaikan dengan lingkungan sosial. Lingkungan yang tidak patuh akan memudahkan seseorang untuk berbuat ketidakpatuhan sehingga sama dengan lingkungannya meskipun kepatuhan adalah sesuatu yang penting (Fernald, 2007).

6. Kedekatan dengan Figur Otoritas

Salah satu faktor yang jelas dalam eksperimen Milgram tentang kepatuhan adalah kehadiran atau pengawasan langsung dari seorang figur otoritas. Bila seorang figur otoritas meninggalkan ruangan dan memberikan intruksinya lewat telepon, kepatuhan akan menurun (Atkinson, 1983). Lebih mudah untuk melawan perintah dari figur otoritas jika mereka tidak dekat (Dewey, 2007). Sebaliknya, ketika sosok otoritas dekat, maka kepatuhan akan cenderung lebih tinggi. Dengan kehadiran figur otoritas, maka dapat mengawasi secara langsung dan memberikan intruksi langsung mengenai prosedur dan juga arahan mengenai apa yang harus dilakukan.

Kehadiran secara fisik dari figur otoritas juga mempengaruhi kepatuhan. Pada eksperimen Milgram, saat eksperimenter memberikan perintah dengan menggunakan telepon, kepatuhan penuh menurun hingga 21% (meskipun banyak yang berbohong dan mengatakan mereka mematuhi perintahnya). Orang berperilaku lebih penuh dengan perasaan kepada mereka yang memiliki hubungan personal (Myers, 2014).