

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Narkotika dan Psikotropika

2.1.1. Definisi

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan (UU RI, 1997). Narkotika menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) yaitu segala zat yang dapat mempengaruhi aktivitas pikiran seperti opioid.

Narkotika adalah obat atau zat aktif yang bekerja menekan susunan saraf pusat, efek terutama yang ditimbulkan narkotika adalah penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, dan mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri serta memberikan efek ketergantungan atau adiksi. Digunakan sebagai analgesik, antitusif, antispasmodik, dan premedikasi anestesi dalam praktek kedokteran (Maslim, 2001). Opioid adalah golongan zat baik yang alamiah, semi sintetis, maupun sintetis yang khasiatnya dalam bidang kedokteran adalah sebagai analgetika (Yanny, 2001). Efek klinis lainnya adalah dapat menurunkan susunan saraf pusat, menurunkan sensasi nyeri, menundakan emosi, nyeri penurunan respirasi, sedasi, menimbulkan rasa lemah, miosis, mual atau muntah, konstipasi, pucat,

euforia, pusing, *drowsiness*. Biasanya obat-obatan ini secara umum digunakan dengan cara dihisap, injeksi, peroral (Suwarso, 2002).

Psikotropika yaitu zat atau obat baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku. Menurut KBBI Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis dan bukan narkotika yang dapat menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku, obat yang dapat mempengaruhi atau mengubah cara berbicara ataupun tingkah laku seseorang (UU RI, 1997).

Sebenarnya psikotropika baru dikenalkan sejak lahirnya suatu cabang ilmu farmakologi yaitu psikofarmaka yang khusus mempelajari psikotropika. Psikotropika mulai berkembang pesat setelah ditemukannya Alkaloid Raulwolfiadan klorpromazine yang ternyata efektif untuk mengobati kelainan psikiatrik (Santoso, 1995). Berdasarkan penggunaan klinik, psikotropika dibagi menjadi empat golongan, yaitu *antipsikosis*, *anti ansietas*, *antidepresan*, dan *psikotogenik*. *Neuroleptik* berguna untuk terapi *psikosis* akut maupun kronik.

Antipsikosis ini bekerja mengatasi *agresivitas*, *hyper reaktivitas*, dan labilitas emosional pada pasien *psikosis*. Contoh psikotropika adalah klorpromazin, mepazin, asetofenazin, klorprotiksen, haloperidol (Santoso, 1995). Selanjutnya yaitu *Antiansietas* terutama berguna untuk pengobatan simptomatik penyakit *psikoneurosis* dan berguna sebagai obat tambahan pada terapi penyakit yang didasari *ansietas* atau perasaan cemas dan ketegangan

mental. Contoh psikotropik golongan ini adalah klordiazepoksid, diazepam, klorazepat, lorazepam, halozepam (Santoso, 1995).

Antidepresan adalah obat yang digunakan untuk terapi mengatasi tekanan mental (depresi mental). Obat ini terbukti dapat menghilangkan atau mengurangi depresi yang timbul pada beberapa jenis *skizofrenia*. Perbaikan depresi ditandai dengan perbaikan alam kesadaran, bertambahnya aktivitas fisik, dan kewaspadaan mental, nafsu makan dan pola tidur yang baik dan berkurangnya pikiran morbid. Contoh psikotropik jenis ini adalah imipramine, amoxapine, meklobemide, kitalopram, trazodone (Santoso, 1995).

Psikotogenik ialah obat yang menimbulkan kelainan tingkah laku, disertai halusinasi, ilusi, gangguan cara berfikir dan perubahan alam perasaan, jadi dapat menimbulkan psikosis. Psikosis toksik memang dapat timbul setelah pemberian berbagai jenis obat, tetapi obat baru digolongkan psikotogenik jika dapat menimbulkan keadaan psikotik tanpa delirium dan disorientasi. Contoh psikotropika jenis ini adalah meskalin dietilamid asam lisergad (Santoso, 1995).

Penggunaan psikotropika yang tidak rasional akan mengakibatkan ketergantungan obat dan disintegrasi biologis psikologis dan sosial terjadi disabilitas akhirnya cacat yang makin lama makin berat (Maslim, 2000). Namun, tidak semua zat atau obat dapat menimbulkan ketagihan dan ketergantungan tergantung pada pemakainya. Zat atau bahan yang dapat menimbulkan ketagihan atau ketergantungan mempunyai ciri-ciri, sebagai

berikut yang pertama yaitu keinginan yang tak tertahankan (*unpowering desire*) terhadap zat yang dimaksud, dan jika perlu dengan jalan apapun untuk memperolehnya lalu kedua yaitu kecenderungan untuk menambah takarannya (dosis) sesuai dengan toleransi tubuh tanpa perhitungan dosis oleh dokter ataupun medis selanjutnya yang ketiga yaitu ketergantungan psikis (*psychological dependence*), apabila pemakaian zat dihentikan akan timbul kecemasan, kegelisahan, depresi, dan lain-lain gejala psikik. Lalu keempat yaitu ketergantungan fisik (*physical dependence*), apabila pemakaian zat ini dihentikan, akan menimbulkan gejala fisik yang dinamakan gejala putus obat (*withdrawal syndrome*) (Hawari, 1999).

Salah satu khasiat psikotropika yaitu sebagai psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku di dunia kedokteran terdapat jenis obat yang berkhasiat sebagai obat tidur (*sedativa/hipnotika*) yang mengandung zat aktif nitrazepam atau barbiturat atau senyawa lain yang khasiatnya sama. Golongan ini tidak termasuk narkotika melainkan termasuk psikotropika golongan IV (Hawari, 2001). Golongan *sedativa/hipnotika* ini sangat membantu bagi pengobatan mereka (*klien*) yang menderita stress dengan gejala-gejala kecemasan dan gangguan tidur (*insomnia*). Penggunaan obat jenis ini harus di bawah pengawasan dokter dan hanya dibeli dengan resep dokter (Hawari, 2001). Penggunaan *sedativa/hipnotika* izin yang seharusnya sebagai pengobatan (*medicine*) bila disalahgunakan dapat juga menimbulkan

adiksi (ketagihan) dan dependensi (ketergantungan), apalagi bila dosisnya melampaui batas (*overdosis*) (Hawari, 2001).

2.1.2. Penggolongan Narkotika dan Psikotropika

a. Narkotika

Penggolongan narkotika dibedakan menjadi 3 golongan yaitu golongan I, II, dan III menurut Kemenkes RI (2009).

Tabel 2.1. Penggolongan Narkotika

No	Golongan	Obat	Keterangan
1.	Narkotika golongan I	Heroin, Kokain, Ganja, tanaman koka, daun koka, kokain mentah, psilosina, psilotsin, psilosibina, rolisiklidina, STP, DOM, tenamfetamina, tenosiklidina, TMA, amfetamina, deksamfetamina, fenetilina, fenmetrazina, fensiklidina, levamfetamina, levometamfetamina.	Narkotika golongan I yaitu narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan.
2.	Narkotika golongan II	Morfin, petidin, alfameprodina, alfametadol, alfaprodina, alfentanil, allilprodina, anileridina, asetilmetadol, benzetidin, benzilmorfina, betameprodina, betametadol, betaprodina, betasetilmetadol, bezitramida, dekstromoramida, diampromida, dietiltiambutena, difenoksilat, difenoksin, dihidromorfina, dimefheptanol, dimenoksadol, dimetiltiambutena, dioksafetil, butirrat, dipipanona, drotebanol, ekgonina, fenampromida, fenazosina, fenomorfan, fenoperidina, fentanil, klonitazena, kodoksima, levofenasilmorfan, levomoramida, levometorfan, levorfanol, metadona.	Narkotika golongan II yaitu narkotika yang berkhasiat sebagai pengobatan, digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan.

Lanjutan tabel 2.1. Penggolongan narkotika

No	Golongan	Obat	Keterangan
3.	Narkotika golongan III	Kodeina, asetildihidrokodeina, dekstropropoksifena, dihidrokodeina, etilmorfina, nikokodina, norkodeina, polkodina, propiram.	Narkotika golongan III yaitu narkotika yang berkhasiat sebagai pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan atau tujuan pengebangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan.

b. Psikotropika

Penggolongan psikotropika dibedakan menjadi 4 golongan yaitu golongan I, II, III, dan IV menurut Kemenkes RI (1997).

Tabel 2.2. Penggolongan Psikotropika

No	Golongan	Obat	Keterangan
1.	Psikotropika golongan I	Ekstasi, brolamfetamina, etisiklidina, etriptamina, katinona, mekatinona, psilobibna, rolisiklidina, tenamfetamina, tenoksilidina	Psikotropika golongan I yaitu psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan
2.	Psikotropika golongan II	Amphetamine, deksamfetamina, fenetilina, fenmetrazina, fensiklidina, levamfetamina, meklorkualon, metamfetamina, metamfetamina rasemat, metakualon, metilfenidat, sekobarbital, zipepro.	Psikotropika golongan II yaitu psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat yang dapat mengakibatkan sindroma ketergantungan pada penggunaannya.
3.	Psikotropika golongan III	Phenobarbital, amobarbital, buprenofrina, butalbital, flunitrazepam, glutetimida, katina, pentazosina, pentobarbital, siklobarbital.	Psikotropika golongan III yaitu psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang mengakibatkan sindroma ketergantungan.

Lanjutan tabel 2.2. Penggolongan psikotropika

No	Golongan	Obat	Keterangan
4.	Psikotropika golongan IV	allobarbital, alprazolam, amfepramona, aminorex, barbital, benzfetamina, bromazepam, brotizolam, delorazepam, diazepam, estazolam, etil amfetamina, etinamat, fencamfamina, fendimetrazina, fenobarbital, fenproporeks, fentermina, fludiazepam, flurazepam, halazepam, haloksazolam, kamazepam, ketazolam, klobazam, klosazolam, klonazepam, klorazepat, klordiazepoksida, klotiazepam, lefetamina, loprazolam, lorazepam, lormetazepam, mazidol, medazepam, mefenoreks, meproamat, mesokarb, metilfeno barbital, metiprilon, midazolam, nimetazepam, nitrazepam, nordazepam, oksazepam, oksazolam, pemolina, pinazepam, pipadrol, pirovalerona, prazepam, sekbutabarbital, temazepam, tetrazepam.	Psikotropika golongan IV adalah Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindroma ketergantungan.

2.1.3. Pengelolaan Obat Golongan Narkotika dan Psikotropika

Menurut Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI bekerjasama dengan *Japan International Cooperation Agency*, pengelolaan perbekalan farmasi atau sistem manajemen perbekalan farmasi merupakan suatu siklus kegiatan yang dimulai dari perencanaan sampai evaluasi yang saling terkait antara satu dengan yang lain. Kejadiannya mencakup perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pencatatan dan pelaporan, penghapusan, monitoring dan evaluasi (Kemenkes RI, 2010).

Pengelolaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan meliputi perencanaan, pengelolaan, penyimpanan, dan pelayanan (Depkes RI, 2004). Pengelolaan obat adalah tersedianya obat setiap saat dibutuhkan baik mengenai jenis, jumlah maupun kualitas secara efisien, dengan demikian pengelolaan obat dapat dipakai sebagai proses penggerakan dan pemberdayaan semua sumber daya yang dimiliki untuk dimanfaatkan dalam rangka mewujudkan ketersediaan obat setiap saat dibutuhkan untuk operasional efektif dan efisien (Wirdah, 2013). Fungsi pengelolaan obat dapat dilakukan dalam empat tahap utama yang saling terkait dan diperkuat oleh sistem pengelolaan pendukung atau pengelolaan support yang tepat dengan serangkaian kegiatan kompleks yang merupakan suatu siklus yang saling terkait, pada dasarnya terdiri dari 4 fungsi dasar yaitu seleksi/ perencanaan, pengadaan, distribusi serta penggunaan (WHO, 2004).

Pengelolaan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi sangat penting dilakukan untuk mencegah penyimpangan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi di fasilitas pelayanan kefarmasian. Seluruh kegiatan pengelolaan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi di fasilitas pelayanan kefarmasian wajib berada di bawah tanggung jawab seorang Apoteker penanggung jawab. Tenaga kefarmasian dalam melakukan pengelolaan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi harus sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian (BPOM, 2018).

Penyimpanan atau penanganan obat golongan narkotika dan psikotropika setelah barang diterima di instalasi farmasi perlu dilakukan

penyimpanan sebelum dilakukan pendistribusian. Penyimpanan harus dapat menjamin kualitas dan keamanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan persyaratan kefarmasian. Persyaratan kefarmasian yang dimaksud meliputi persyaratan stabilitas dan keamanan, sanitasi, cahaya, kelembaban, ventilasi, dan penggolongan jenis sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai (Permenkes, 2016). Peraturan Menteri kesehatan Nomor 3 Tahun 2015 menyebutkan tempat penyimpanan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi di fasilitas produksi, fasilitas distribusi, dan fasilitas pelayanan kefarmasian harus mampu menjaga keamanan, khasiat, dan mutu narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi. Tempat penyimpanan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi dapat berupa gudang, ruangan, atau lemari khusus. Tempat penyimpanan narkotika dan psikotropilka dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain narkotika dan psikotropika (Permenkes, 2015).

Metode penyimpanan dapat dilakukan berdasarkan kelas terapi, bentuk sediaan, dan jenis sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai antara lain. Yang pertama yaitu secara alfabetis disusun berdasarkan abjad (alfabetis) atau nomor, persamaan bentuk (obat kering atau cair) dan cara pemberian obat (luar, oral, dan suntikan). Hal ini dapat mempermudah pengambilan obat bila terdapat nama obat yang mirip selanjutnya yaitu penyusunan obat berdasarkan frekuensi penggunaan dibagi menjadi 2 yaitu yg pertama Sistem FIFO (*First In First Out*) yaitu penyimpanan berdasarkan pada obat yang pertama kali masuk. Penyimpanan dengan cara FIFO

dilakukan dengan menempatkan obat lama disusun paling depan. Obat baru diletakkan paling belakang. Tujuannya agar obat yang pertama diterima harus pertama juga digunakan.

Selanjutnya yang kedua Sistem FEFO (*First Expired First Out*) adalah penyimpanan obat berdasarkan obat yang memiliki tanggal kadaluarsa lebih cepat maka dikeluarkan lebih dulu. Obat yang memiliki tanggal ED (*expired date*) lebih cepat harus ditempatkan disusun paling depan agar bisa cepat dikeluarkan dan dapat mengantisipasi adanya stok rusak akibat ED. Lalu metode ketiga yaitu obat disusun berdasarkan volume barang dengan jumlah banyak harus ditempatkan sedemikian rupa agar tidak terpisah, sehingga mudah pengawasan dan penanganannya. Barang yang jumlah sedikit harus diberi perhatian/tanda khusus agar mudah ditemukan kembali.

Selanjutnya yaitu LASA (*Look Alike Sound Alike*). Lasa adalah obat dengan penampilan dan penamaan yang mirip tidak ditempatkan berdekatan dan harus diberi penandaan khusus untuk mencegah terjadinya kesalahan pengambilan obat. Obat LASA disimpan terpisah dengan obat LASA lainnya yang sama jenisnya, dan disesuaikan dengan stabilitas penyimpanan (Permenkes, 2016).

a. Pengelolaan Narkotika

Industri farmasi, pedagang besar farmasi, sarana penyimpanan sediaan farmasi pemerintah, apotek, rumah sakit, pusat kesehatan masyarakat, balai pengobatan, dokter, dan lembaga ilmu pengetahuan wajib membuat, menyampaikan, dan menyimpan laporan berkala

mengenai pemasukan atau pengeluaran narkotika yang berada dalam penguasaannya (UU RI, 2009). Pelanggaran terhadap ketentuan mengenai penyimpanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan/atau ketentuan mengenai pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dikenai sanksi administratif oleh menteri atas rekomendasi dari kepala badan pengawas obat dan makanan (BPOM) dapat berupa teguran, peringatan, denda administratif, Penghentian sementara kegiatan dan pencabutan izin (UU RI, 2009).

Pengelolaan narkotika berdasarkan UU No. 35 tahun 2009 tentang narkotika adalah sebagai berikut:

- 1) Menurut pasal 43 ayat (2), bahwa apotek hanya dapat menyerahkan narkotika kepada rumah sakit, pusat kesehatan masyarakat, apotek lainnya, balai pengobatan, dokter, dan pasien. Pada ayat (3) menyebutkan bahwa apotek hanya dapat menyerahkan narkotika kepada pasien berdasarkan resep dokter.
- 2) Berdasar pasal 9 ayat (3), rencana kebutuhan tahunan narkotika disusun berdasarkan data pencatatan dan pelaporan rencana dan realisasi produksi tahunan yang diaudit secara komprehensif dan menjadi pedoman pengelolaan, pengendalian, dan pengawasan narkotika secara nasional.
- 3) Narkotika yang berada dalam penguasaan apotek wajib disimpan secara khusus. Apotek wajib membuat, menyampaikan, dan

menyimpan laporan berkala mengenai pemasukan dan/atau pengeluaran narkotika yang berada dalam penguasaannya.

- 4) Industri farmasi, pedagang besar farmasi, sarana penyimpanan sediaan farmasi pemerintah, apotek, rumah sakit, pusat kesehatan masyarakat, balai pengobatan, dokter, dan lembaga ilmu pengetahuan wajib membuat, menyampaikan, dan menyimpan laporan berkala mengenai pemasukan dan/atau pengeluaran narkotika yang berada dalam penguasaannya.

Sedangkan menurut UU RI No.35 Tahun 2009 tentang narkotika, instalasi farmasi berhak memesan sediaan narkotika yang telah ditetapkan oleh menteri kesehatan, menyimpan sediaan narkotika secara baik dan benar, wajib melaporkan pemakaian sediaan narkotika kepada dinas kesehatan dan memusnahkan sediaan narkotika (UU RI, 2009). Dengan demikian setiap instalasi harus mampu mengelola sediaan psikotropika dan narkotika, pengelolaan sediaan psikotropika dan narkotika dilakukan dengan ketat yaitu terdapat monitoring, terkendali dan aman agar sediaan dapat diolah secara efektif dan efisien. Menurut UU RI No.35 Tahun 2009 tentang narkotika, industri farmasi, pedagang besar farmasi, sarana penyimpanan sediaan farmasi pemerintah, apotek, rumah sakit, pusat kesehatan masyarakat, balai pengobatan, dokter, dan lembaga ilmu pengetahuan wajib membuat, menyampaikan, dan menyimpan laporan berkala mengenai

pemasukan dan/atau pengeluaran narkotika yang berada dalam penguasaannya.

b. Pengelolaan Psikotropika

Berdasarkan pasal 12 ayat (2) UU No. 5 tahun 1997 tentang psikotropika, penyaluran psikotropika oleh apotek dalam rangka peredaran hanya dapat dilakukan oleh :

- 1) Pabrik besar kepada apotek.
- 2) Pedagang Besar Farmasi (PBF) kepada apotek.

Pabrik obat, pedagang besar farmasi, sarana penyimpanan sediaan farmasi pemerintah, apotek, rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, dokter, lembaga penelitian dan/atau lembaga pendidikan, wajib membuat dan menyimpan catatan mengenai kegiatan masing-masing yang berhubungan dengan psikotropika (UU RI, 1997).

Dalam rangka melakukan pengendalian dan pengawasan, Menteri berwenang mengambil tindakan administratif terhadap pabrik obat, pedagang besar farmasi, sarana penyimpanan sediaan farmasi pemerintah, apotek, rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, dokter, lembaga penelitian dan/atau lembaga Pendidikan, dan fasilitas rehabilitasi yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan Undang-Undang No.5 tahun 1997 tentang psikotropika (UU RI, 1997).

Tindakan administratif sebagaimana dimaksud pada Undang-Undang No.5 tahun 1997, dapat berupa :

1. Teguran lisan
2. Teguran tertulis
3. Penghentian sementara kegiatan
4. Denda administratif
5. Pencabutan izin praktek (UU RI, 1997).

Menurut pasal 14 ayat (2) UU No. 5 tahun 1997 tentang psikotropika, penyerahan psikotropika oleh apotek hanya dapat dilakukan kepada apotek lainnya, rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, dokter, dan pengguna/pasien. Berdasarkan ayat (4), penyerahan psikotropika oleh apotek dilaksanakan berdasarkan resep dokter. Penyerahan psikotropika oleh dokter hanya dapat diperoleh dari apotek dan dilaksanakan dalam hal :

- a. Menjalankan praktek terapi dan diberikan melalui suntikan.
- b. Menolong orang sakit dalam keadaan darurat.
- c. Menjalankan tugas di daerah terpencil yang tidak ada apotek.

Pabrik obat, pedagang besar farmasi, sarana penyimpanan sediaan farmasi pemerintah, apotek, rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, dokter, lembaga penelitian dan/atau lembaga pendidikan, wajib membuat dan menyimpan catatan mengenai kegiatan masing-masing yang berhubungan dengan psikotropika. Pelelolaan

psikotropika menurut Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) No.5 Tahun 1997 wajib melaporkan pemakaian sediaan psikotropika kepada dinas kesehatan, memusnahkan sediaan psikotropika, serta berhak menyerahkan psikotropika kepada pasien dengan resep dokter, balai pengobatan, dokter, rumah sakit, apotek, dan puskesmas (UU RI, 1997).

2.2. Rasionalitas Obat

Menurut *World Health Organization* (WHO), penggunaan obat yang rasional adalah apabila pasien menerima pengobatan sesuai dengan kebutuhan klinisnya, dalam dosis yang sesuai dengan kebutuhan, dalam periode waktu yang sesuai, dan dengan biaya yang terjangkau oleh pasien tersebut dan oleh kebanyakan masyarakat (Kemenkes RI, 2006). Sampai saat ini di tengah masyarakat seringkali dijumpai berbagai masalah dalam penggunaan obat. Diantaranya ialah kurangnya pemahaman tentang penggunaan obat tepat dan rasional (Septiana, 2020). WHO memperkirakan bahwa lebih dari separuh dari seluruh obat di dunia diresepkan, diberikan, dan dijual dengan cara yang tidak tepat dan separuh dari pasien menggunakan obat secara tidak tepat. Adanya penggunaan obat yang rasional yaitu untuk menjamin pasien mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhannya, untuk periode waktu yang terdekat, serta dengan harga yang terjangkau (Kemenkes RI, 2011).

Penggunaan obat rasional penyakit harus ditentukan dengan tepat sehingga pemilihan obat dapat dilakukan dengan tepat dan akan terkena pada sasarannya dengan menimbulkan efek samping seminimal. Obat dapat didefinisikan sebagai

suatu zat yang dimaksudkan untuk dipakai dalam diagnosis, mengurangi rasa sakit, mengobati atau mencegah penyakit pada manusia atau hewan (Munaf, 2008). Pengobatan yang rasional merupakan suatu proses yang kompleks dan dinamis, dimana terkait komponen, mulai dari diagnosis, pemilihan dan penentuan dosis obat, penyediaan dan pelayanan obat, petunjuk pemakaian obat, bentuk sediaan yang tepat, cara pengemasan, pemberian label, dan kepatuhan penggunaan obat secara rasional adalah pemilihan dan penentuan dosis lewat persepan yang rasional. Persepan yang rasional, selain akan menambah mutu pelayanan kesehatan juga akan menambah efektifitas dan efisiensi. Melalui obat yang tepat, dosis yang tepat dan cara pemakaian yang tepat penyakit dapat disembuhkan lebih cepat dengan resiko yang lebih kecil kepada penderita (Kimin, 2010).

Evaluasi penggunaan obat merupakan suatu program jaminan mutu yang terstruktur dan terus menerus dilakukan, serta secara organisatoris di rumah sakit untuk memberikan jaminan bahwa obat digunakan secara tepat, aman, dan efektif. Evaluasi penggunaan obat dapat memainkan peran kunci dalam membantu sistem perawatan kesehatan untuk memahami, menafsirkan dan meningkatkan administrasi persepan dan untuk mempertahankan penggunaan obat secara rasional. Penggunaan obat dikatakan rasional apabila pasien menerima pengobatan yang sesuai dengan kebutuhannya secara klinik, dalam dosis yang sesuai dengan kebutuhan individunya, selama waktu sesuai. Penggunaan obat yang rasional harus memenuhi beberapa kriteria berikut, yaitu pemilihan obat yang tepat, tepat indikasi, tepat dosis, tepat pemberian dan tepat pasien. Ketidakrasionalan penggunaan obat pada penderita asma membuat penderita tidak mendapatkan pengobatan yang tepat

sehingga kondisi memburuk, derajat asma meningkat, menurunkan kualitas hidup dan meningkatkan resiko kematian (Florensia, 2016).

Dalam melakukan evaluasi penggunaan obat melalui proses yang sistematis direncanakan berbasis kriteria untuk pemantauan, evaluasi, dan terus meningkatkan penggunaan obat, dengan tujuan akhir meningkatkan hasil terapi obat untuk sekelompok pasien. Proses perbaikan evaluasi obat memiliki aplikasi dalam penyediaan pelayanan farmasi. Apoteker menjadi peran penting dalam proses keseluruhan dari program evaluasi penggunaan obat ini karena sesuai pengalaman dibidang pelayanan farmasi. Atas dorongan tersebut, apoteker memiliki kesempatan untuk mengidentifikasi dalam penyiapan resep pada pasien seperti keadaan khusus seperti asma, diabetes, atau tekanan darah tinggi. Kemudian apoteker dengan dokter dan tim pelayanan kesehatan lainnya mengambil tindakan yang diperlukan untuk meningkatkan terapi obat (Florensia, 2016).

Evaluasi penggunaan obat sangat penting dilakukan oleh apoteker untuk menjamin ketepatan peresepan dan penggunaan obat, *cost effectiveness*, serta untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Florensia, 2016). Evaluasi rasionalitas penggunaan obat dapat dilakukan secara kualitatif dan kuantitatif. Secara kuantitatif, dapat digunakan metode *Anatomycal Therapeutic Chemical/Defined Daily Dose* (ATC/DDD). Hasil yang didapatkan menggunakan metode ini selanjutnya dibandingkan dengan penggunaan obat di rumah sakit yang setara, sehingga dapat ditentukan apakah penggunaan satu macam atau kelompok obat tersebut berlebihan, sedang, atau kurang (Florensia, 2016).

Secara kualitatif, menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011 yang mengacu pada WHO, evaluasi penggunaan obat dapat dilakukan dengan cara meninjau dari segi tepat diagnosa, tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat informasi, tepat harga, tepat cara dan lama pemberian, serta waspada efek samping. Tepat yang pertama adalah tepat diagnosis yaitu penggunaan obat disebut rasional jika diberikan untuk diagnosis yang tepat. Jika diagnosis tidak ditegakkan dengan benar, maka pemilihan obat akan terpaksa mengacu pada diagnosis yang tidak tepat tersebut. Akibatnya obat yang diberikan juga tidak akan sesuai dengan indikasi yang seharusnya serta tidak akan mampu memenuhi pengobatan pasien (Kemenkes, 2011).

Tepat yang kedua yaitu tepat indikasi yaitu evaluasi ketepatan yang dilihat dari perlu tidaknya pasien diberi obat tersebut. Ketepatan untuk memutuskan pemberian obat harus benar-benar didasarkan pada alasan medis dan terapi farmakologi yang dibutuhkan oleh pasien (Kemenkes, 2011). Selanjutnya tepat ketiga yaitu tepat pasien yaitu ketepatan pemilihan obat yang mempertimbangkan keadaan pasien sehingga tidak menimbulkan kotraindikasi kepada pasien secara individu atau disebut juga dengan respon individu terhadap obat (Kemenkes, 2011)

Tepat yang keempat yaitu tepat obat yaitu Keputusan pemilihan obat diambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Pemberian obat dikatakan tepat apabila jenis obat yang dipilih berdasarkan pertimbangan manfaat dan resiko. Evaluasi ketepatan obat dinilai berdasarkan ketepatan pemilihan obat dengan mempertimbangkan diagnosis yang telah tertulis dan obat yang dipilih harus memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit (Kemenkes, 2011).

Selanjutnya yaitu tepat dosis yaitu tepat dalam frekuensi pemberian, dosis yang diberikan, serta cara pemberian. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat yang memiliki indeks terapi sempit, akan sangat beresiko untuk menimbulkan efek samping. Begitupun sebaliknya, dosis yang terlalu kecil tidak menjamin tercapainya efek farmakologi yang optimal dan diharapkan (Kemenkes, 2011). Selanjutnya yaitu waspada efek samping yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi (Kemenkes, 2011).

2.3. Rekam Medik

Rekam medik adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (UU RI, 2004). Rekam medik merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 1989). Rekam medik adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes, 2008)

Rekam medik merupakan sejarah ringkas, jelas dan akurat dari kehidupan dan kesakitan penderita, ditulis dari sudut pandang medik yang memiliki beberapa fungsi penting di rumah sakit untuk mencapai pengobatan yang optimal yaitu: sebagai dasar perencanaan dan berkelanjutan perawatan penderita, suatu sarana komunikasi antara dokter, menyediakan data yang digunakan dalam penelitian dan pendidikan, sebagai dasar untuk kaji ulang studi dan evaluasi perawatan yang

diberikan pada penderita, melengkapi bukti dokumen terjadinya atau penyebab penyakit penderita, membantu perlindungan kepentingan hukum penderita. Suatu rekam medik yang lengkap mencakup data identifikasi dan sosiologis, sejarah famili pribadi, sejarah kesakitan yang sekarang, pemeriksaan fisik. Pemeriksaan khusus seperti: konsultasi, data laboratorium klinis, pemeriksaan sinar x dan pemeriksaan lain, diagnosis sementara, diagnosis kerja, penanganan medik atau bedah, patologi mikroskopik dan nyata, kondisi pada waktu pembebasan tindak lanjut dan temuan otopsi (Siregar & Amalia 2003).

Catatan isi rekam medik Merupakan uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya. Dokumen Merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya. Manfaat rekam medik secara umum yaitu diantaranya untuk dasar dan petunjuk pengobatan pasien, peningkatan kualitas pelayanan, pendidikan dan penelitian, pembiayaan, statistik kesehatan, pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik (Kolili, 2011).

2.4. Rumah Sakit

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. rumah sakit berlaku sebagai suatu instrument utama yang dengannya, profesi kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada orang-orang dari

komunitas. rumah sakit dapat juga diartikan sebagai suatu sarana kesehatan yang digunakan sebagai tempat untuk menyelenggarakan setiap kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat (Siregar & Amalia 2003).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia 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 merupakan salah satu dari sarana kesehatan yang 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 (UU RI, 2009).

Rumah sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugas rumah sakit umum adalah melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan. Berdasarkan kelasnya rumah sakit umum dikategorikan berdasarkan pelayanan medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan penunjang medis dan nonmedis,

pelayanan kesehatan kemasyarakatan dan rujukan, pendidikan, penelitian dan pengembangan, administrasi umum dan keuangan (Listiyono, 2015).

Dalam rangka melindungi penyelenggaraan rumah sakit, tenaga kesehatan dan melindungi pasien maka rumah sakit perlu mempunyai peraturan internal rumah sakit yang biasa disebut *hospital by laws*. Peraturan tersebut meliputi aturan-aturan berkaitan dengan pelayanan kesehatan, ketenagaan, administrasi dan manajemen. Bentuk peraturan internal rumah sakit yang merupakan materi muatan pengaturan dapat meliputi antara lain: Tata tertib rawat inap pasien, identitas pasien, hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit, *informed consent*, rekam medik, *visum et repertum*, wajib simpan rahasia kedokteran, *komete medik*, panitia etik kedokteran, panitia etika rumah sakit, hak akses dokter terhadap fasilitas rumah sakit, persyaratan kerja, jaminan keselamatan dan kesehatan, kontrak kerja dengan tenaga kesehatan dan rekanan (Listiyono, 2015).

Bentuk dari *Hospital by laws* dapat merupakan Peraturan Rumah Sakit, *standar Operating Procedure* (SOP), Surat Keputusan, Surat Penugasan, pengumuman, Pemberitahuan dan Perjanjian (MOU). Peraturan internal rumah sakit antara rumah sakit satu dengan yang lainnya tidak harus sama materi muatannya, hal tersebut tergantung pada: sejarahnya, pendiriannya, kepemilikannya, situasi dan kondisi yang ada pada rumah sakit tersebut. Namun demikian peraturan internal rumah sakit tidak boleh bertentangan dengan peraturan di atasnya seperti keputusan menteri, keputusan Presiden, peraturan pemerintah dan Undang-undang. Dalam bidang kesehatan peraturan tersebut harus selaras dengan

Undang-Undang nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan dan peraturan pelaksanaannya (Listiyono, 2015).

Persyaratan penyelenggaraan rumah sakit menurut menteri departement kesehatan berdasarkan kepemilikannya, rumah sakit dapat dibedakan menjadi 2 (dua), yaitu rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta. Pada dasarnya, peraturan yang dilakukan pada kedua jenis rumah sakit tersebut sama, namun ada beberapa peraturan yang membedakannya. Misanya penyelenggarakan rumah sakit bertujuan untuk memberikan pelayanan penyembuhan penyakit, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemulihan kesehatan individu yang bermutu, efisiensi, efektif, dan merata; Rumah sakit wajib mempunyai ruangan untuk penyelenggaraan rawat jalan. Rawat inap minimal 25 tempat tidur, rawat darurat, penunjang medik dan non- medik; Kelas pelayanan rumah sakit terdiri dari kelas VIP, kelas I, kelas II, kelas III (Listiyono, 2015).

Rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan kepemilikan, jenis pelayanan, dan kelas. Pertama yaitu berdasarkan kepemilikan, rumah sakit yang termasuk ke dalam jenis ini adalah rumah sakit pemerintah (pusat, provinsi, dan kabupaten), rumah sakit BUMN (ABRI), dan rumah sakit yang modalnya dimiliki oleh swasta (BUMS) ataupun rumah sakit milik luar negeri (Permenkes RI, 2010). Selanjutnya berdasarkan jenis pelayanan, yang termasuk ke dalam jenis ini adalah rumah sakit umum, rumah sakit jiwa, dan rumah sakit khusus (misalnya rumah sakit jantung, ibu dan anak, rumah sakit mata, dan lain-lain). Selanjutnya yaitu berdasarkan kelas rumah sakit berdasarkan kelasnya dibedakan atas rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D. Pertama yaitu rumah sakit tipe A merupakan

rumah sakit tipe teratas yang merupakan rumah sakit pusat dan memiliki kemampuan pelayanan medik yang lengkap (Listiyono, 2015).

Rumah sakit umum tipe A sekurang-kurangnya terdapat 4 pelayanan medik spesialis dasar yang terdiri dari pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah dan obstetri dan ginekologi. Selanjutnya Rumah Sakit tipe B merupakan rumah sakit yang masih termasuk dalam pelayanan kesehatan tingkat tersier yang lebih mengutamakan pelayanan subspesialis. Juga menjadi rujukan lanjutan dari rumah sakit tipe C (Listiyono, 2015).

Selanjutnya Rumah Sakit tipe C adalah rumah sakit yang merupakan rujukan lanjutan setingkat diatas dari dari pelayanan kesehatan primer. Pelayanan yang diberikan sudah bersifat spesialis dan kadang juga memberikan pelayanan subspesialis. Selanjutnya rumah sakit tipe D merupakan rumah sakit yang menyediakan pelayanan medis dasar, hanya sebatas pada pelayanan kesehatan dasar yakni umum dan kesehatan gigi. Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis paling sedikit 2 pelayanan medis dasar (Listiyono, 2015).

Menurut Haliman dan Wulandari (2012), jenis-jenis rumah sakit di Indonesia secara umum ada lima, yaitu: yang pertama rumah sakit umum, biasanya rumah sakit umum melayani segala jenis penyakit umum, memiliki institusi perawatan darurat yang siaga 24 jam (ruang gawat darurat). Untuk mengatasi bahaya dalam waktu secepat-cepatnya dan memberikan pertolongan pertama. Pelayanan di dalamnya juga terdapat layanan rawat inap dan perawatan intensif, fasilitas bedah, ruang bersalin, laboratorium, dan sarana-prasarana lain.

Selanjutnya yang kedua yaitu rumah sakit khusus atau spesialis dari namanya sudah tergambar bahwa rumah sakit khusus atau rumah sakit spesialis hanya melakukan perawatan kesehatan untuk bidang-bidang tertentu, misalnya, rumah sakit untuk trauma (*trauma center*), rumah sakit untuk ibu dan anak, rumah sakit manula, rumah sakit kanker, rumah sakit jantung, rumah sakit gigi dan mulut, rumah sakit mata, rumah sakit jiwa. Ketiga yaitu rumah sakit pendidikan dan penelitian, rumah sakit ini berupa rumah sakit umum yang terkait dengan kegiatan pendidikan dan penelitian di fakultas kedokteran pada suatu universitas atau lembaga pendidikan tinggi. Keempat yaitu rumah sakit lembaga atau perusahaan, rumah sakit ini adalah rumah sakit yang didirikan oleh suatu lembaga atau perusahaan untuk melayani pasien-pasien yang merupakan anggota lembaga tersebut dan yang terakhir merupakan klinik yaitu tempat pelayanan kesehatan yang hampir sama dengan rumah sakit, tetapi fasilitas medisnya lebih (Listiyono, 2015).

2.5. Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan kefarmasian pada saat ini telah bergeser orientasinya dari obat ke pasien yang mengacu kepada pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*). Kegiatan pelayanan kefarmasian yang semula hanya berfokus pada pengelolaan obat sebagai komoditi menjadi pelayanan yang komprehensif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (Anonima, 2004). Sebagai konsekuensi perubahan orientasi tersebut, apoteker dituntut untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan perilaku untuk dapat melaksanakan interaksi langsung dengan pasien. Bentuk interaksi tersebut antara lain adalah melaksanakan perubahan

informasi, monitoring penggunaan obat dan mengetahui tujuan akhirnya sesuai harapan dan terdokumentasi dengan baik (Anonim, 2004).

Apoteker harus memahami dan menyadari kemungkinan terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*) dalam proses pelayanan. *Medication error* adalah kejadian yang merugikan pasien akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan yang sebetulnya dapat dicegah. Oleh sebab itu, apoteker dalam menjalankan praktik harus sesuai standar yang ada untuk menghindari terjadinya hal tersebut. Apoteker harus mampu berkomunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam menetapkan terapi untuk mendukung penggunaan obat yang rasional (Anonim, 2004).

Instalasi farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di rumah sakit (Permenkes, 2016). Instalasi farmasi rumah sakit merupakan instalasi yang bertugas untuk menyediakan, mengelola dan melaksanakan penelitian tentang obat-obatan (Aslam dan Tan, 2003). Pelayanan farmasi 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. Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, dan pelayanan farmasi klinik yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat (Depkes RI, 2004).

Pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan

farmasi klinik, yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan farmasi, mengharuskan adanya perubahan pelayanan dari paradigma lama *drug oriented* ke paradigma baru *patient oriented* dengan filosofi *pharmaceutical care* (pelayanan kefarmasian). Praktek pelayanan kefarmasian merupakan kegiatan yang terpadu dengan tujuan untuk mengidentifikasi, mencegah dan menyelesaikan obat dan masalah yang berhubungan dengan kesehatan (Anonim, 2004).

Tujuan dari pelayanan farmasi adalah melangsungkan pelayanan farmasi yang optimal baik dalam keadaan biasa maupun dalam keadaan gawat darurat, sesuai dengan keadaan pasien maupun fasilitas yang tersedia. Lalu menyelenggarakan kegiatan pelayanan profesional berdasarkan prosedur kefarmasian dan kode etik profesi. Selanjutnya yaitu meberikan pelayanan informasi dan konseling mengenai obat dan menjalankan pengawasan obat berdasarkan aturan-aturan yang berlaku. Selanjutnya melakukan dan memberi pelayanan bermutu melalui analisis, telaah dan evaluasi pelayanan juga mengadakan penelitian di bidang farmasi dan peningkatan metode (Siregar dan Amalia, 2009).

Pelayanan kefarmasian yang baik adalah pelayanan yang berorientasi langsung dalam proses penggunaan obat, bertujuan menjamin keamanan, efektifitas dan kerasionalan penggunaan obat dengan menerapkan ilmu pengetahuan dan fungsi dalam perawatan pasien. Terutama untuk narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi masyarakat perlu dilindungi dari risiko narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi yang tidak terjamin keamanan, khasiat dan mutu (BPOM,

2018). Kegiatan pelayanan kefarmasian yang semula hanya berfokus pada pengelolaan obat sebagai komoditi menjadi pelayanan yang komprehensif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dari pasien (Bertawati, 2013).

2.6. Landasan Teori

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan atau juga dapat digunakan sebagai analgesik, antitusif, antispasmodik, dan premedikasi anestesi dalam praktek kedokteran. Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku. Obat-obat golongan ini sama-sama dapat mempengaruhi pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada penggunaannya dan akan bermanfaat apabila penggunaan sesuai atas pertimbangan medis.

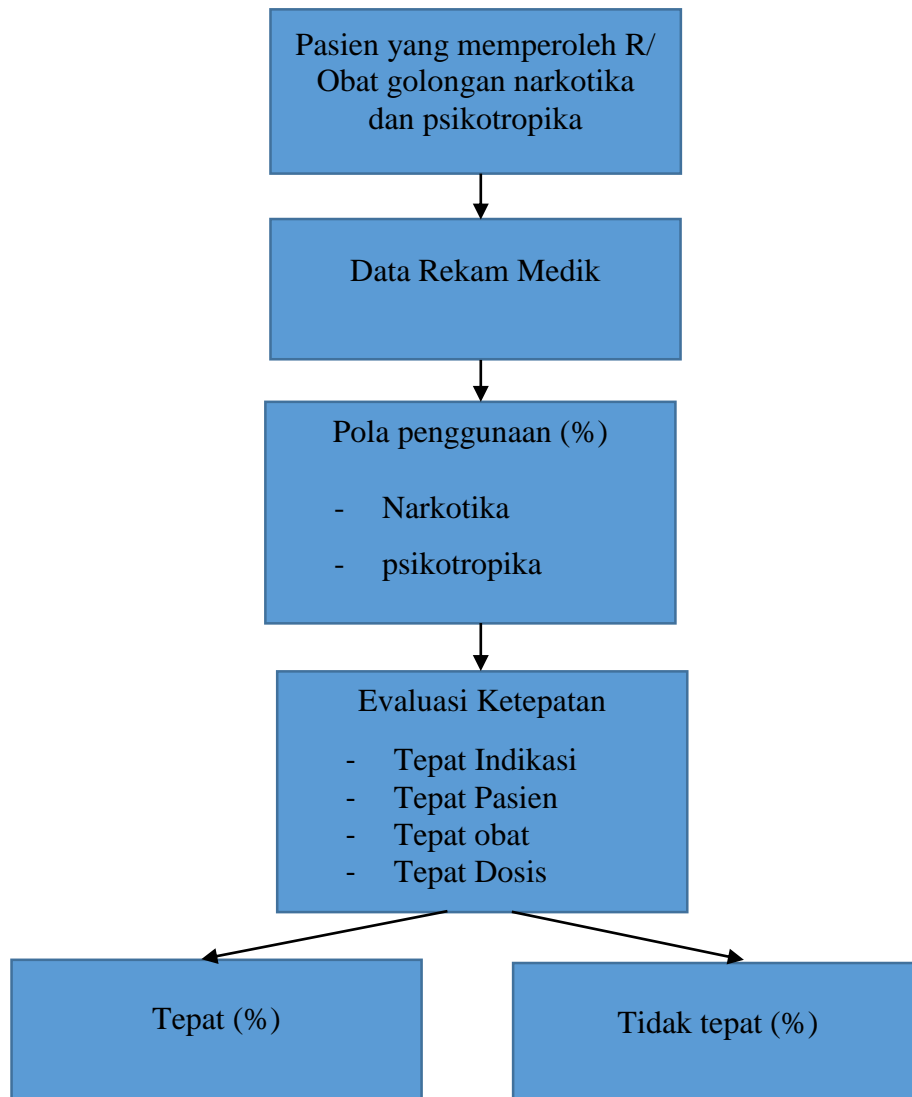
Data Badan Narkotika Nasional (BNN) dalam setiap tiga tahun menunjukkan prevelensi penggunaan narkotika dan psikotropika mencapai 2,18 % dan selalu mengalami peningkatan tiap tahunnya. Sampai saat ini masih banyak kasus penggunaan zat-zat adiktif yang sangat berbahaya bagi tubuh dan menjadi masalah karena tanpa adanya anjuran dari dokter. Salah satunya dikenal dengan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA). Jumlah kasus penyalahgunaan berdasarkan penggolongannya yang masuk dalam kategori narkotika terus mengalami peningkatan dalam 5 tahun terakhir 2008-2012.

Sebaliknya jumlah kasus penyalahgunaan psikotropika kian menurun, hal ini terlihat jelas pada tahun 2009 jumlah kasus psikotropika 8.779 kasus dan tahun 2010 jumlah kasus psikotropika menurun secara signifikan menjadi 1.181 kasus.

Seperti yang kita ketahui bahwa narkotika dan psikotropika memiliki sisi positif yaitu dapat digunakan dalam pelayanan kesehatan berupa pengobatan dan ilmu pengetahuan sedangkan sisi negatifnya yaitu dapat disalah gunakan. Menurut survei Badan Narkotika Nasional (BNN) data pemakaian secara nasional dari tahun 1997-2008 terdapat 54.435 kasus untuk penyalahgunaan Narkotika, 44.117 untuk kasus penyalahgunaan Psikotropika, dan 16.852 untuk kasus penyalagunaan zat adiktif

Evaluasi penggunaan obat sangat penting dilakukan oleh apoteker untuk menjamin ketepatan peresepan dan penggunaan obat, *cost effectiveness*, serta untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Evaluasi rasionalitas penggunaan obat dapat dilakukan secara kualitatif dan kuantitatif. Penggunaan obat yang rasional adalah penggunaan obat yang sesuai dengan kebutuhan klinis pasien dalam jumlah dan untuk masa yang memadai, dan dengan biaya yang terendah. Evaluasi mengenai penggunaan obat dapat dilakukan dengan menggunakan indikator tepat pasien, tepat indikasi, tepat obat, tepat dosis.

2.7. Kerangka konsep



Gambar 2.1. Kerangka konsep

2.8. Keterangan Empirik

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan, maka dapat disusun keterangan empirik sebagai berikut:

Pertama, didapat data tentang gambaran penggunaan obat golongan narkotika dan psikotropika pada pasien rawat jalan di salah satu rumah sakit di kabupaten Sragen.

Kedua, didapat data ketepatan penggunaan obat golongan narkotika dan psikotropika berdasarkan tepat indikasi, tepat obat, tepat pasien, dan tepat dosis pada pasien rawat jalan di salah satu rumah sakit di kabupaten Sragen.