



INFAR2KES

Informasi Kefarmasian dan Alat Kesehatan



Penandatanganan Pakta Integritas Wilayah Bebas Korupsi Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Konsolidasi Pelaporan SAK dan SIMAK BMN Semester I Tahun 2012 Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Pengobatan Alternatif Ayurveda

SUSUNAN REDAKTUR

PENASIHAT

Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan

PENANGGUNG JAWAB

Sekretaris Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan

KETUA REDAKSI

Kepala Bagian Hukum, Organisasi, Dan Hubungan Masyarakat

SEKRETARIS REDAKSI

Kepala Subbagian Hubungan Masyarakat

ANGGOTA REDAKSI:

Leo Simaremare, SH, M.Si.
 Mohamad Arief Jatmiko, ST
 drg. Retno D. Martami
 Martin Sirait, S.Si, Apt.
 Dra. Ardiyani, Apt., M.Si
 Sari Mutiarani, S.Si, Apt.
 Dra. Ema Viaza, Apt.
 Beluh Mabasa Ginting, ST, M.Si
 Yulia Y. Barkah, SH
 Fajar Ramadhitya Putera, S.Si, Apt.
 Mohamad Isyak Guridno, S.Si., Apt.
 Febri Sri Lestari, S.Sos.
 Awan Yurianto
 Radiman, Amd.
 Rudi, Amd.MI

ALAMAT REDAKSI:

Kementerian Kesehatan RI
 Jln. Rasuna Said Kav. 4-9
 Subbagian Humas Lt. 8 R. 802
 Telp.: (021) 5214869 / 5201590 Ext. 8009

Pengantar

Rutinitas keseharian dalam pelaksanaan kegiatan senantiasa menemani hari-hari kita di lingkungan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan

Namun semuanya itu tidak menjadikan semangat kita untuk terus meningkatkan kinerja dan menyumbangkan karya terbaik dalam pembangunan kesehatan

Pencanangan Zona Integritas dan Wilayah Bebas Korupsi di Kementerian Kesehatan menjadi liputan pembuka pada edisi *Infarkes* kali ini. Kegiatan ini langsung direspons segera dengan kegiatan Penandatanganan pakta Integritas Wilayah Bebas Korupsi Di Lingkungan Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Diharapkan dari kegiatan tersebut Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dapat menjadi unit utama Kementerian Kesehatan dapat mengulangi prestasi tahun lalu sebagai unit utama terbaik dengan Laporan Keuangan yang mendapat penilaian Wajar Tanpa Pengecualian, dan semoga tahun ini juga dapat menjadi unit utama yang mendapat predikat Wilayah Bebas Korupsi dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani

Selain kedua kegiatan tersebut, pada Buletin *Infarkes* Edisi IV Tahun 2012 kali ini juga ada liputan lainnya mengenai Seminar Nasional Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), juga ada Konsolidasi Penyusunan SAK dan SIMAK-BMN Dalam Rangka Penyusunan Laporan Keuangan Semester I Tahun 2012, Peningkatan Kemampuan Di Bidang Keprotokolan dan kegiatan-kegiatan lainnya

Kritik dan saran yang bersifat konstruktif akan selalu kami harapkan dari para pembaca. Semoga Buletin *Infarkes* ini akan tetap selalu menjadi media komunikasi yang informatif dan promotif dalam menggambarkan pelaksanaan kegiatan di lingkungan Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

DAFTAR ISI

LIPUTAN

- Pencanangan Zona Integritas Dan Wilayah Bebas Korupsi Di Kementerian Kesehatan hal 03
- Penandatanganan Pakta Integritas Wilayah Bebas Korupsi Di Lingkungan Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan hal 05
- Penandatanganan Perjanjian Kerjasama Program Hibah Global Fund hal 07
- Audiensi Antara Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Dengan Lingkar Ganja Nusantara (LGN) hal 08
- Seminar Nasional Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) hal 10
- Pemantapan SAK dan SIMAK-BMN Dalam Rangka Peningkatan Penyusunan Laporan Keuangan Ditjen Binfar dan Alkes hal 13
- Peningkatan Kemampuan Di Bidang Keprotokolan hal 14

- Konsolidasi Penyusunan SAK dan SIMAK-BMN Dalam Rangka Penyusunan Laporan Keuangan Semester I Tahun 2012 hal 15
- Seminar Umum International Pharmaceuticals Manufacturers Group hal 17

ARTIKEL

- Sekilas Tentang Penapisan Teknologi Di Bidang Alat Kesehatan (Health Technology Assessment) hal 18

PENGOBATAN ALTERNATIF

- Ayurveda hal 22

KOLOM HIKMAH

- Allah Hilang Dari Istana Jiwa hal 24

PENCANANGAN ZONA INTEGRITAS DAN WILAYAH BEBAS KORUPSI DI KEMENTERIAN KESEHATAN



Menteri Kesehatan dr. Nafsiah Mboi, Sp.A, MPH, menandatangani Pakta Integritas pada Pencanangan Zona Integritas (ZI) sebagai komitmen untuk mewujudkan Wilayah Bebas Korupsi (WBK) di lingkungan Kementerian Kesehatan. Penandatanganan disaksikan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara (PAN) dan Reformasi Birokrasi (RB), Azwar Abu Bakar; Wakil Ketua Ombudsman, Hj. Azlaini Agus; Wakil Menteri Kesehatan RI, Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, M.Sc, PhD; para Pejabat Eselon I dan II Kementerian Kesehatan dan 15 Unit Pelaksana Teknis (UPT) Vertikal Kemenkes di 15 Provinsi di Indonesia. Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan turut serta menghadiri acara ini

Kegiatan dilaksanakan pada Rabu, 18 Juli 2012 di Ruang Dr. J. Leimena, Lantai 2, Gedung Kementerian Kesehatan RI, Jln. HR. Rasuna Said, Kuningan, Jakarta Selatan.

Menteri Kesehatan berharap ini merupakan langkah awal dalam mewujudkan aparatur Kementerian Kesehatan yang bersih dan melayani. Menurut Menkes, penerapan Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) sudah

direncanakan sejak tahun 2011 tetapi tertunda pelaksanaannya karena opini laporan keuangan Kementerian Kesehatan masih *disclaimer*. Saat ini Kementerian Kesehatan telah mendapat opini WDP sehingga pencanangan ini dapat terlaksana. Zona Integritas (ZI) adalah predikat yang diberikan BPK kepada suatu Kementerian/Lembaga/Provinsi/Kabupaten/Kota yang pimpinannya dan jajarannya berkomitmen mewujudkan birokrasi yang bersih dan melayani.

Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) adalah predikat yang diberikan kepada suatu unit kerja pada Zona Integritas yang memenuhi syarat indikator mutlak dan memperoleh hasil penilaian indikator operasional antara 80 hingga 90 dari Badan Pemeriksa Keuangan (BPK).

Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) adalah predikat yang diberikan kepada suatu unit kerja pada Zona Integritas yang memenuhi syarat indikator mutlak dan memperoleh hasil penilaian indikator operasional 90 atau lebih.

Menurut Menkes, dalam pelaksanaannya diperlukan perencanaan yang baik, terstruktur

dan tersistem, serta harus *in-line* dengan sistem yang dikembangkan dan dilaksanakan secara Nasional oleh Pemerintah Pusat.

Selain itu, ada beberapa hal yang menjadi pendukung dalam pembangunan zona integritas. Tahun ini Kemenkes mendapat nilai CC atas laporan kinerja instansi pemerintah. Bahkan, dari survey integritas yang dilakukan Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) tahun 2011, Kemenkes berada di posisi kedua untuk instansi pusat, dan urutan 9 untuk seluruh instansi.

Selanjutnya, sejak tahun 2010, Kemenkes telah memberlakukan sistem Layanan Pengadaan Barang dan Jasa Secara Elektronik (LPSE) dan mulai tahun 2012 telah dibentuk Unit Layanan Pengadaan (ULP) pada setiap unit utama. Selain itu, Kemenkes telah membentuk Unit Layanan Terpadu (ULT), yang memberikan pelayanan atas:

- (a) Perizinan Sarana Produksi dan Distribusi Alkes;
- (b) Registrasi Alkes dan PKRT;
- (c) Rekomendasi Sekolah Kesehatan;
- (d) Ethical Clearance Peneliti



- Kesehatan;
- (e) Informasi Registrasi Dokter/Dokter Gigi;
 - (f) Rekomendasi Pengobatan Tradisional Asing;
 - (g) Perizinan dan Akreditasi Rumah Sakit; dan
 - (h) Pengaduan Masyarakat melalui Hot Line Service dan Email (Pusat Tanggap dan Respon Cepat).

Kemajuan lainnya, registrasi *online* dalam seleksi CPNS dan dokter/dokter gigi/bidan PTT telah diberlakukan sejak tahun 2007. Begitu pula dengan seleksi *online* bagi Petugas Kesehatan Haji telah dilaksanakan sejak tahun 2010. Di samping itu, Kemenkes juga telah memberlakukan persyaratan wajib Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) bagi pejabat Eselon I dan II serta Kuasa Pemegang Anggaran (KPA), Penyelenggara Kegiatan (PK) dan Bendahara.

Menteri PAN dan RB Azwar Abubakar mengatakan, penandatanganan pakta integritas merupakan langkah awal dalam pembangunan zona

integritas menuju wilayah bebas dari korupsi. Dalam hal ini, ada beberapa indikator mutlak yang harus dipenuhi oleh setiap instansi, antara lain minimal harus WDP, nilai LAKIP CC, telah melaksanakan program anti korupsi dan lain-lain seperti diatur dalam Permen PAN dan RB No. 20 tahun 2012.

Dengan sejumlah indikator yang telah dimiliki Kementerian Kesehatan, Menteri PAN dan RB Azwar Abubakar optimis, dalam waktu yang tidak terlalu lama bisa menjadi wilayah bebas dari korupsi. Namun hal itu tentunya membutuhkan berbagai langkah yang konsisten dari segenap jajaran aparatur Kemenkes, terutama dari pimpinan.

Diakui juga bahwa Kementerian Kesehatan merupakan lembaga yang memiliki tanggung jawab sangat besar dalam memberikan pelayanan dasar, yakni di bidang kesehatan. Untuk mendukung berbagai kebijakan di bidang kesehatan, Kementerian PAN dan RB juga membuka peluang yang luas dalam penyediaan PNS bidang kesehatan. Menteri PAN dan RB menambahkan

bahwa dalam moratorium CPNS, tenaga kesehatan dan dokter termasuk yang dikecualikan, sebab di banyak daerah memang masih sangat kekurangan. Dalam hal ini, Menteri Azwar Abubakar juga mengapresiasi berbagai langkah yang telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, seperti pemberlakuan sistem LPSE, dan tahun ini telah dibentuk UKP pada setiap unit utama. Pada kesempatan tersebut, juga dilakukan *video tele-conference* dua arah antara Kantor Pusat Kemenkes RI dengan 8 Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kemenkes RI di Daerah, antara RSU Adam Malik Medan, RS Hasan Sadikin Bandung, Poltekes Surabaya, Poltekes Samarinda, RS Sanglah Denpasar, RSUP dr. Kandow Manado, RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar, dan Poltekes III Jakarta. Selain itu, video conference satu arah dengan 6 UPT lainnya, yaitu RSUP M. Djamil Padang, Kantor Kesehatan Pelabuhan Banda Aceh, Poltekes Tanjung Karang Lampung, Poltekes Solo, dan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

PENANDATANGANAN PAKTA INTEGRITAS WILAYAH BEBAS KORUPSI DI LINGKUNGAN DITJEN BINA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN



Acara Pencanangan Zona Integritas menuju Wilayah Bebas Korupsi (WBK) di lingkungan Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dilaksanakan pada hari Kamis tanggal 2 Agustus di Ruang Rapat Ditjen Binar dan Alkes dan dihadiri oleh:

- a. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan
- b. Inspektur IV Inspektorat Jenderal Kemenkes
- c. Para Sekretaris Unit Utama
- d. Para Pejabat Struktural Eselon II, III, IV, Para PPK dan Bendahara

Acara diawali dengan Laporan Ketua Panitia, Drs. Purwadi, Apt, MM, ME. Dalam laporannya, di antaranya dipaparkan hal-hal sebagai berikut:

- a. penerapan Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) sudah direncanakan sejak tahun 2011 tetapi tertunda pelaksanaannya karena opini laporan keuangan Kementerian Kesehatan masih *disclaimer*. Saat ini Kementerian Kesehatan telah mendapat opini WDP sehingga pencanangan ini dapat terlaksana.
- b. Zona Integritas (ZI) adalah predikat yang diberikan BPK kepada suatu Kementerian/Lembaga/Provinsi/Kabupaten/Kota yang pimpinannya dan jajarannya berkomitmen mewujudkan birokrasi yang bersih dan melayani.
- c. Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) adalah predikat yang

diberikan kepada suatu unit kerja pada Zona Integritas yang memenuhi syarat indikator mutlak dan memperoleh hasil penilaian indikator operasional antara 80 hingga 90 dari Badan Pemeriksa Keuangan (BPK).

- d. Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) adalah predikat yang diberikan kepada suatu unit kerja pada Zona Integritas yang memenuhi syarat indikator mutlak dan memperoleh hasil penilaian indikator operasional 90 atau lebih.
- e. Dalam pelaksanaannya diperlukan perencanaan yang baik, terstruktur dan tersistem, serta harus *in-line* dengan sistem yang dikembangkan dan dilaksanakan secara Nasional oleh Pemerintah Pusat.
- f. Selain itu, ada beberapa hal yang menjadi pendukung dalam pembangunan zona integritas. Tahun ini Kemenkes mendapat nilai CC atas Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK), sedangkan LAK Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan mendapat penilaian A dan merupakan unit utama terbaik dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja dengan nilai 82,25. Bahkan, dari survey integritas yang dilakukan Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK)

tahun 2011, Kemenkes berada di posisi kedua untuk instansi pusat, dan urutan 9 untuk seluruh instansi.

Acara dilanjutkan dengan sambutan Dirjen Binar dan Alkes yang dalam paparannya menjelaskan:

Pencanangan Zona Integritas (ZI) menuju Wilayah Bebas dari Korupsi merupakan Implementasi dari Instruksi Presiden Nomor 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi dan Inpres Nomor 17 tahun 2011 tentang Rencana Aksi Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi.

Ibu Menteri Kesehatan pada tanggal 18 Juli 2012 telah mencanangkan Zona Integritas (ZI) Kementerian Kesehatan selanjutnya seluruh Unit Eselon I menindaklanjuti dengan melakukan pencanangan ZI di wilayah kerja masing masing, dan hari ini saya baru saja mencanangkan Zona Integritas (ZI) dan menandatangani PAKTA INTEGRITAS dan diikuti oleh Para Pejabat Eselon II, saya harapkan bukan hanya sekedar mencanangkan tetapi harus diikuti dengan karya nyata menjadikan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan sebagai Wilayah Birokrasi yang bersih dan melayani serta Wilayah yang Bebas Korupsi

Keberhasilan pembangunan Zona Integritas sangat ditentukan oleh kapasitas dan kualitas integritas masing-masing individu dan organisasi, oleh karena segenap jajaran Ditjen Binar dan Alkes dari mulai saya sebagai Dirjen, Para Pejabat Struktural Eselon II, III dan IV serta seluruh Staf agar melaksanakan tugasnya secara bertanggung jawab dengan memperhatikan nilai nilai kejujuran, loyalitas, dan komitmen selanjutnya diimplementasikan kedalam bentuk tindakan yang kongkrit mengarah

kepada Kinerja yang lebih baik dengan tetap mengedepankan penyelenggaraan aparatur yang bersih dan bebas dari korupsi.

Momentum penandatanganan Zona Integritas bagi Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan sangat mendukung, ditandai dengan:

- a. BPK-RI telah memberikan Opini Wajar Dengan Pengecualian (WDP) atas Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan Tahun 2011 setelah dalam dua tahun terakhir ini BPK selalu memberikan Opini Tidak Memberikan Pendapat (TMP/Disclaimer)
 - b. Sumbangan Ditjen Binfar dan Alkes terhadap Opini WDP Kementerian Kesehatan Tahun 2011 sangat nyata yaitu menjadi **Unit Utama Terbaik I** dengan penyimpangan paling kecil yaitu dengan nilai *Plan Materiality (PM)* 0,003 dan ini harus dipertahankan dan ditingkatkan sehingga pada tahun 2012 dapat memberikan kontribusi terhadap tercapainya Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan yang Wajar Tanpa Pengecualian (WTP)
 - c. Berdasarkan hasil Survey Integritas Pelayanan Publik tahun 2011 yang dilakukan oleh KPK, Kementerian Kesehatan menduduki posisi terbaik kedua dari seluruh Instansi Pusat dan memperoleh nomor urut sembilan dari seluruh Instansi Pusat dan Daerah yang telah disurvei oleh KPK tersebut
- Kontribusi Ditjen Binfar dan Alkes terhadap hasil penilaian ini adalah pada melaksanakan pelayanan perizinan yang baik, cepat, tanggap dan bersih dari KKN melalui Unit pelayanan terpadu. Jenis perizinan yang berada dalam tanggungjawab Ditjen Binfar dan Alkes adalah:
- a. Perizinan Sarana Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan

- b. Perizinan Sarana Produksi dan Distribusi Kefarmasian
- c. Pengurusan Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA)

Kemenpan dan RB memberikan nilai CC atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Kementerian Kesehatan Tahun 2010 dengan nilai 63,08

Sementara itu LAKIP Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Tahun 2010 mendapatkan Penilaian A dengan nominal nilai 82,25

Sejak tahun 2010, Kementerian Kesehatan telah memberlakukan Sistem Layanan Pengadaan Barang dan Jasa Secara Elektronik (LPSE) dan mulai tahun 2012 telah dibentuk Unit Layanan Pengadaan (ULP)

Kontribusi Ditjen Binfar dan Alkes terhadap penggunaan LPSE dalam proses pengadaan barang dan Jasa sangat nyata, pada tahun 2011 pengadaan Ditjen Binfar dan Alkes melalui LPSE nilainya mencapai lebih dari 1,2 Triliun.

Tahun 2012 proses pengadaan barang dan Jasa di lingkungan Ditjen Binfar dan Alkes sudah dilakukan oleh Unit Layanan Pengadaan (ULP)

Selain itu di Ditjen Binfar dan Alkes sudah mulai menerapkan dan akan terus ditingkatkan kualitasnya adalah penggunaan Sistem Elektronik berbasis komputer dalam menunjang pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya, diantaranya:

- a. Sistem Perizinan secara elektronik terkait dengan Import dan ekspor terintegrasi secara online dengan National Single Window (NSW) yang diberlakukan nasional untuk Kementerian/Lembaga.
- b. E-Logistik untuk memantau ketersediaan obat nasional terintegrasi secara online dengan Instalasi Farmasi Provinsi/Kab/Kota
- c. E-STRA yaitu Sistem Elektronik untuk Pengurusan Surat Tanda Registrasi Apoteker
- d. E-Yanfar, Yaitu Sistem Elektronik untuk

pelaporan Program Pelayanan Kefarmasian

- e. Laporan Dinamika Pedagang Besar Farmasi (PBF) secara elektronik
- f. Laporan Penggunaan Narkotika dan Psikotropika secara Elektronik
- g. Dan yang sedang dibangun dan akan diterapkan tahun 2012 adalah Sistem Manajemen Keuangan untuk Perjalanan Dinas (SIMKEU-Perjadin)

Pada tahun 2012 akan menerapkan Standard ISO 9001:2008 di mulai dari Direktorat Produksi dan Distribusi Kefarmasian dan selanjutnya pada tahun 2013 seluruh Jajaran Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan akan menerapkan Standard ISO 9001:2008

Sangat diharapkan dukungan dari semua pihak dalam melaksanakan Tugas Pokok dan Fungsi Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan sehingga tercipta Wilayah Birokrasi yang Bersih dan Melayani serta Wilayah Bebas Korupsi di lingkungan Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dan pada akhirnya dapat memberikan kontribusi terhadap keberhasilan Program-program Kementerian Kesehatan

Acara Penganjangan Zona Integritas (ZI) di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan ini dilaksanakan dengan cara pemaparan materi dan pemukulan gong yang dilakukan oleh Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan yang menandai secara resmi penganjangan Zona Integritas di lingkungan Ditjen Binfar dan Alkes.

Acara dilanjutkan dengan penandatanganan Pakta Integritas dalam mewujudkan ZI, WBK, dan WBBM.

Kesimpulan dari acara ini adalah, Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan berkomitmen untuk turut serta memberantas korupsi dan ikut serta menciptakan Zona Integritas Wilayah Bebas Korupsi di lingkungan Kemenkes.

PENANDATANGANAN PERJANJIAN KERJASAMA PROGRAM HIBAH GLOBAL FUND



Hari ini (Rabu, 27 Juni 2012) dilakukan penandatanganan Perjanjian Kerjasama Program Hibah *Global Fund Cross-Cutting Healt System Strenghtening Intervention* Bidang Kefarmasian tahun 2012 antara Kementerian Kesehatan dalam hal ini Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dengan para para Kepala Dinas Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Kegiatan ini dilatarbelakangi Strategi Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014 dimana salah satunya adalah “meningkatkan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang memenuhi standar dan terjangkau oleh masyarakat dengan upaya yang dilakukan berupa peningkatan ketersediaan obat publik dan perbekalan kesehatan yang didukung dengan adanya peningkatan persentase instalasi farmasi sesuai standar.

Upaya peningkatan persentase instalasi farmasi sesuai standar telah dilakukan melalui pengalokasian bersumber dana APBN atau APBD, namun demikian dukungan anggaran tersebut masih sangat terbatas dan perlu adanya pengalokasian tambahan yang dialokasikan melauai dana pinjaman dan/atau hibah luar negeri (PHLN). Melalui Program *Bluebook* tahun 2010 telah kami usulkan usulkan kegiatan

kegiatan yang dapat dilaksanakan dalam rangka peningkatan persentase instalasi farmasi yang sesuai standar dengan bersumber dana PHLN kepada Setjen Kemenkes RI cc. Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran yang kemudian ditindak lanjuti melalui dana PHLN Global Fund ATM (AIDS, TB dan Malaria) dengan koordinator Pusat data dan Informasi Setjen Kemenkes RI di tahun 2010 ini.

Berdasarkan fokus kegiatan GF ATM, sasaran pendanaan melalui dana PHLN ini hanya difokuskan kepada daerah DTPK Daerah Terpencil, Perbatasan dan kepulauan) dan DBK (Daerah Bermasalah kesehatan) di sejumlah 138 kab/kota di 24 Propinsi yang nantinya direncanakan akan dilaksanakan di tahun 2012-2013. Kegiatan ini sejalan dengan Instruksi Presiden Nomor 1 tahun 2010 tentang percepatan pembangunan kesehatan di daerah DBK dan DTPK dn Nomor 3 Tahun 2010 tentang Percepatan Pencapaian Target MDG's.

Dalam upaya mendukung inpres tersebut untuk itu diperlukan dukungan penguatan terhadap sistem kesehatan terkait Manajemen Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan berupa Peningkatan Sarana Prasarana IFK nelalui kerjasama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah

terkait Program Kefarmasian dan Alat kesehatan.

Selain itu juga diharapkan dengan pembangunan Instalasi Farmasi ini mempunyai dampak secara sosial dan lingkungan di daerah sehingga dapat meningkatkan efektifitas pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan di provinsi dan kab/Kota dalam menjamin mutu obat dan perbekalan kesehatan.

Instalasi farmasi juga merupakan entitas pelayanan kefarmasian bagi seorang apoteker di daerah sehingga terdapat wujud kontribusi keahlian dan profesi dalam integrasi pelayanan kesehatan, khususnya dalam menjamin ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan di daerah. Dengan ditandatanganinya perjanjian kerjasama ini diharapkan akan didapatkan komitmen antara pusat dan daerah Kab/Kota yang akan melaksanakan kegiatan Rehabilitasi Instalasi Farmasi sehingga dengan adanya Instalasi farmasi Kab/Kota yang sesuai standar dapat memberikan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan yang berkhasiat, aman dan bermutu serta tentunya sangat berpengaruh terhadap upaya upaya peningkatan derajat kesehatan bagi masyarakat.

AUDIENSI ANTARA DIREKTORAT JENDERAL BINA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN DENGAN LINGKAR GANJA NUSANTARA (LGN)



Pada hari Senin, 11 Juni 2012 telah dilaksanakan Audiensi dengan Lingkaran Ganja Nusantara (LGN), di Ruang 803 B. Lantai 8. Gedung Dr. Adhyatma, Kementerian Kesehatan RI, Jln. H.R. Rasuna Said, Blok X5, Kavling 4-9, Jakarta Selatan.

Pertemuan audiensi dipimpin oleh Direktur Bina Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan, Drs. T. Bahdar J. Hamid, Apt, M.Pharm dan dihadiri oleh perwakilan dari:

- a. Badan Litbang Kesehatan
- b. Biro Hukum dan Organisasi
- c. Pusat Komunikasi Publik
- d. Direktorat Bina Kesehatan Jiwa
- e. Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian
- f. Subdit Produksi dan Distribusi Narkotika
- g. Pendiri Lingkaran Ganja Nusantara (LGN)
- h. Anggota LGN

Inti permasalahan audiensi ini adalah membahas mengenai penelitian dan pemanfaatan tanaman ganja untuk kegunaan medis

Paparan dari pihak LGN, di antaranya menyampaikan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Visi dan misi LGN yang salah satu misi LGN yaitu ingin mengadakan penelitian tanaman ganja di

Indonesia.

- 2) Hasil penelitian di luar negeri mengenai ganja medis yang dapat digunakan untuk mengobati kanker dan reseptor Cannabinoid yang ada pada otak manusia.
- 3) Pihak LGN mempertanyakan beberapa point sebagai berikut:
 - a) Penelitian apa saja yang telah Kemenkes RI lakukan terkait dengan Ganja Medis? Apakah LGN dapat memperoleh hasil penelitian tersebut untuk dimasukkan dalam keputusannya?
 - b) Terkait dengan UU Narkotika Tahun 2009 pasal 8, Alasan Indonesia memasukan ganja dalam golongan 1 sehingga tidak dapat digunakan untuk tujuan medis?
 - c) Terkait dengan UU Narkotika Tahun 2009 pasal 13, bagaimanakah prosedur yang ada di dalam Kemenkes RI dalam mendapatkan izin melakukan penelitian?
 - d) Apa tanggapan dari Kemenkes RI mengenai legalisasi ganja (regulasi

ganja) untuk kepentingan medis?

Pihak Kementerian Kesehatan memberikan respons sebagai berikut:

- 1) UU No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika telah menetapkan Ganja sebagai Golongan I Narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi. Lembaga di bawah Kementerian Kesehatan yang memiliki tanggung jawab dalam bidang penelitian kesehatan adalah Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes).
- 2) Dari Pihak Balitbangkes menyatakan bahwa Kemenkes belum pernah melakukan penelitian tanaman ganja di Indonesia.
- 3) Dalam hal ini untuk melakukan penelitian mengenai potensi ganja untuk pengobatan, pemerintah/Kemenkes mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

- 4) Kemenkes sangat terbuka dengan wacana penelitian yang berkaitan dengan kesehatan. Namun, untuk mengadakan penelitian, harus berkoordinasi dengan Badan Litbang Kesehatan Kemenkes RI, dengan prosedural pengajuan surat permohonan kepada Menteri Kesehatan. Kementerian Kesehatan telah menerbitkan izin khusus untuk memperoleh, menanam, menyimpan, dan menggunakan tanaman Papaver, Ganja, dan Koka untuk penelitian bagi Balai Besar Penelitian bagi Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (BBPPTO & OT) Tawangmangu sebagai UPT dari Balitbangkes berdasarkan Keppmenkes Nomor 123/Menkes/SK/III/2012 tentang izin memperoleh, menanam, menyimpan, dan menggunakan tanaman Papaver, Ganja, dan Koka.
- 5) Materi atau bahan yang akan dijadikan penelitian akan dikaji dan dipertimbangkan oleh Tim Komisi Etik Litbang untuk menghasilkan keputusan bahwa materi atau bahan tersebut layak diteliti atau tidak.
- 6) Pemerintah sudah memiliki sarana untuk penelitian yang bernama BPTO (Balai Penelitian Tanaman Obat) Tawangmangu, Jawa Tengah.
- 7) Jika ada pihak luar Kementerian Kesehatan mau bekerja sama dalam penelitian maka harus membuat MoU melalui Litbang dan membuat PKS (Perjanjian Kerja Sama).
- 8) Terkait UU No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika pasal 8, Ganja dimasukkan dalam Golongan I

sehingga tidak dapat digunakan untuk tujuan medis karena Indonesia telah meratifikasi Konvensi Tunggal Narkotika melalui uu No. 8 Tahun 1976 tentang Pengesahan Konvensi Tunggal Narkotika Beserta Protokol yang mengubahnya. Dalam *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*, menetapkan ganja (Cannabis dan Cannabis resin termasuk ekstrak dan tingtur Cannabis) dalam list *Schedule I Single Convention on Narcotic Drugs*.

Dengan ratifikasi Konvensi Tunggal Narkotika tersebut, maka penggolongan Narkotika di Indonesia mangacu kepada penggolongan Narkotika dalam *Schedule I, II, III, dan IV Single Convention on Narcotic Drugs* dan penambahan dari Golongan I dan II UU No.5 Tahun 1997 tentang Psicotropika.

- 9) Terkait dengan UU Narkotika Tahun 2009 pasal 13 mengenai prosedur yang ada di Kemenkes RI dalam mendapatkan izin melakukan penelitian, menyatakan bahwa lembaga ilmu pengetahuan yang berupa lembaga pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan yang diselenggarakan oleh Pemerintah ataupun swasta dapat memperoleh, menanam, menyimpan, dan menggunakan Narkotika untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan teknologi setelah mendapat izin Menteri.

Dalam hal ini, lembaga ilmu pengetahuan mengajukan surat permohonan kepada Menteri Kesehatan, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan izin khusus untuk memperoleh,

menanam, menyimpan, dan penggunaan tanaman Papaver, Ganja, dan Koka untuk penelitian bagi Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (BBPPTO & OT) Tawangmangu sebagai UPT Balitbangkes, berdasarkan Keppmenkes Nomor 132/Menkes/SK/III/2012 tentang Izin Memperoleh, Menanam, Menyimpan, dan Menggunakan Tanaman Papaver, Ganja, dan Koka

- 10) Mengenai legalisasi ganja (regulasi ganja) untuk kepentingan medis, Kemenkes RI mengacu kepada *Single Convention on Narcotic Drugs, 1960*, UU No. 8 Tahun 1976 tentang Pengesahan Konvensi Tunggal Narkotika 1960 beserta protokol yang mengubahnya dan UU 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, maka Ganja hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan untuk tujuan medis (pelayanan kesehatan).

- 11) Indonesia menggolongkan ganja ke dalam golongan 1 narkotika yang berarti ganja dan semua turunannya tidak boleh digunakan kecuali untuk keperluan penelitian. Penggolongan narkotika ini mengikuti referensi dari NCB (*Narcotics Control Bureau*) dan pendapat para ahli yang mengatakan bahwa ganja lebih banyak efek negatifnya, yaitu tingkat ketergantungan yang sangat tinggi.

SEMINAR NASIONAL TENTANG SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL (SJSN)



Seminar Nasional tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional diadakan pada 5-6 Juli 2012 di Hotel Ayodya Bali dengan tema "Seminar Nasional tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah Jaminan Kesehatan Nasional yang Ditunggu Semua Orang". Muatan materi secara umum dalam kegiatan ini adalah Arah Kebijakan Pemerintah, Standardisasi Pelayanan Dokter, Rumah Sakit, Pelayanan Obat dan Kesiapan Industri Kesehatan Menyongsong Penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan.

Acara diawali oleh *Keynote Address* dari Direktur Utama PT Askes selaku Panitia Penyelenggara, Dr. Gede Subawa, M.Kes. Dalam paparannya dikemukakan hal-hal sebagai berikut:

UU tentang BPJS

1) Untuk pemenuhan kebutuhan dasar yang layak bagi seluruh masyarakat yang sesuai dengan UUD Pasal 34 ayat 2 (Pemerintah wajib tingkatkan kesejahteraan masyarakat dan mengembangkan sistem jaminan sosial), UUD Pasal 28 H pasal 3 (Setiap warga negara berhak mendapatkan jaminan sosial), dan Konvensi ILO 102/1952, maka dibentuklah Sistem Jaminan Sosial Nasional.

- 2) Terkait dengan penerapan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), per tanggal 28 Oktober 2011, UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) disahkan oleh DPR.
- 3) Berdasarkan UU ini maka per tanggal 1 Januari 2014, BPJS-1 atau BPJS-Kesehatan akan berjalan penuh.
- 4) BPJS-Kesehatan yang akan didirikan merupakan transformasi dari PT Askes.

Program Jaminan Kesehatan Nasional

Setelah disahkannya UU tersebut, pemerintah melalui Kementerian terkait menindaklanjuti pelaksanaan UU dengan menyelesaikan peraturan turunan tentang berbagai perangkat teknis seperti desain program dan manfaat yang tepat, siapa saja yang berhak, ketentuan tentang iuran termasuk penerima bantuan iuran, pembiayaan yang berkelanjutan, tata kelola yang baik, ketersediaan infrastruktur dan dukungan dari seluruh kepentingan.

Peraturan turunan UU tersebut termasuk keseluruhan ketentuan perihal detail program Jaminan Kesehatan Nasional akan menjadi pemicu semua pihak terkait untuk berbenah diri mempersiapkan penyelenggaraan SJSN.

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Hal-hal pokok yang terkait dengan persiapan pelayanan kesehatan antara lain

- 1) Kepesertaan
- 2) Sosialisasi Kepada Masyarakat
- 3) Pelayanan Dasar
- 4) Standardisasi Pelayanan Rumah Sakit
- 5) Pelayanan dan penggunaan Obat

Transformasi PT Askes menjadi BPJS Kesehatan

Proses transformasi kelembagaan dan operasional saat ini sedang berlangsung, meliputi keseluruhan tatacara proses, SDM, Organisasi, pemberdayaan teknologi informasi, dan budaya kerja.

Tantangan yang dihadapi

- 1) Penyempurnaan Perhitungan Pola Pembiayaan Berbasis CBG's yang disepakati dan diterima oleh semua pihak
- 2) Tuntutan penyediaan fasilitas kesehatan yang berkualitas dan merata
- 3) Perubahan mindset dalam pelayanan kesehatan
- 4) Sustainability program atau bahwa program jaminan sosial harus berkelanjutan selama negara ini ada. Oleh karena itu, harus dikelola secara prudent, efisien dengan tetap mengacu kepada budaya pengelolaan korporasi.

Pertemuan dibuka oleh Wakil Menteri Kesehatan, Prof. Dr. Ali Gufron Mukti, M.Sc., Ph.D. yang juga sebagai *Keynote Address* dalam acara ini. Dalam paparannya dikemukakan hal-hal sebagai berikut:



- b. Upaya DPR dalam Mewujudkan Jaminan Kesehatan bagi Seluruh Rakyat Indonesia oleh Dr. Surya Chandra MPH, Ph.D. sebagai Anggota Komisi IX DPR RI
- c. Jaminan Kesehatan Menuju Universal Coverage: Antara Tantangan dan Harapan oleh Dr. Drg. Nurshanty S. Andi Sapada, M.Sc., Sekretaris Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan
- d. Pembangunan BPJS Kematangan, Rakyat Sehat Produktif, dan NKRI Kematangan oleh Hasbullah Thabrany dari Universitas Indonesia, IISI
- e. Konsep *Managed Care* dalam Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional oleh Umbu M. Marisi dari PT Askes (Persero)
- f. Konsepsi Jaminan Sosial Nasional: Implementasi UU 40/2004 SJSN dan UU 24/2011 BPJS oleh Timur Sutanto dari Dewan Pengurus Nasional Asosiasi Pengusaha Indonesia (DPN Apindo) dan Anggota Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)
- g. Peluang Industri Asuransi Kesehatan Swasta dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Dr. Rosa Ch. Ginting sebagai CEO InHealth
- h. Pentingnya Jaminan Kesehatan Nasional dan Skema Terbaik bagi Semua Pihak oleh Ir. H. Said Iqbal, ME sebagai anggota Tripartit Nasional; sebagai Presiden Dewan Pimpinan Pusat Federasi Serikat Pekerja, Pekerja Metal Indonesia; Presiden Konfederasi Serikat Pekerja Indonesia
- i. Pelayanan Dasar Berbasis Kedokteran Keluarga dan Sistem Rujukan dalam JKN oleh drg. Bulan Rachmadi, M.Kes, Kasubdit Bina Pelayanan Kedokteran

Dalam pelaksanaan SJSN, peran dan fungsi Kementerian Kesehatan antara lain:

- 1) Regulasi Sistem Pelayanan Kesehatan (rujukan dan lain-lain)
- 2) Regulasi (standarisasi) kualitas pelayanan kesehatan, obat, dan alat kesehatan
- 3) Regulasi tarif pelayanan kesehatan dan *co-sharing*
- 4) Penanganan program *public health & goods*
- 5) Penanganan kesehatan DTBK dan lain-lain

Persiapan implementasi SJSN: *Universal Health Coverage*

Adanya dasar hukum, strategi upaya dari pokok-pokok permasalahan sehingga terwujud kesejahteraan umum.

Pelayanan dalam Jaminan Kesehatan

- 1) Aspek penyelenggaraan jaminan kesehatan
 - 2) Aspek paket manfaat dan iuran
 - 3) Aspek pelayanan kesehatan
- Pembenahan sistem rujukan melalui restrukturisasi pelayanan kesehatan (sistem kesehatan di provinsi)

Mekanisme pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan diberikan secara

terstruktur dan berjenjang dengan sistem rujukan.

Ada dua kemungkinan pilihan kebijakan dalam memilih fasilitas kesehatan

- ✍ Peserta dapat memilih fasilitas kesehatan sesuai regional pelayanan dan tetap dijamin portabilitasnya sesuai tingkat kebutuhan medisnya
- ✍ BPJS membatasi pilihan pelayanan kesehatan

Peserta mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan yang menandatangani Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan BPJS (pasal 11 butir d dan e) UU BPJS dan penjelasannya)

Standar tarif pelayanan ditetapkan oleh pemerintah setelah mendapat masukan dari BPJS dan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.

Aspek keuangan, kelembagaan, sosialisasi, pengawasan, monitoring

Materi yang dibahas dalam kegiatan ini adalah sebagai berikut:

- a. Mewujudkan Jaminan Kesehatan Nasional: Implementasi UU 40/2004 dan UU 24/ 2011 oleh Haris Eko Santoso, MM, FSAI dari Dewan Jaminan Sosial Nasional



- Keluarga, Direktorat Bina Upaya Kesehatan, Kemenkes RI
- j. Dokter Layanan Dasar Sebagai Basis Rujukan dalam JKN oleh DR. dr. Mahlil Ruby, M.Kes, sebagai Ketua Bidang Pembiayaan dan Ekonomi Kesehatan PBIDI
- k. Standarisasi Pelayanan RS dan *Best Practice* RS menuju *Universal Coverage* dalam Jaminan Kesehatan Nasional oleh dr. Chairul Radjab Nasution, SpPD-KGEH, FINASIM, FACP, M.Kes sebagai Direktur Bina Upaya Kesehatan Rujukan, Kemenkes RI
- L. Persiapan Industri

Kesimpulan dan Rencana Tindak Lanjut:

Kepesertaan: Kelompok bukan penerima upah dengan pendapatan tidak teratur yang masuk kategori miskin, hampir miskin, dan tidak mampu dibayar oleh pemerintah, sehingga:

- 1) Kepesertaan PBI 2014 ditargetkan minimal 96 juta
- 2) Peserta Jamkes dikelola BPJS Kesehatan pada 2014: 121.100.000 jiwa

- 3) Peserta Jamkes dikelola Non-BPJS Kesehatan pada 2014: 50 Juta
- 4) Jumlah penduduk mempunyai jaminan kesehatan 171.174.461 jiwa

Paket Manfaat: terdapat jenis pelayanan yang dijamin, yang terbatas, yang dikenakan urun biaya dan yang tidak dijamin

Besaran iuran masih berbeda:

- 1) PBI: besaran iuran masih dalam pembahasan dengan *range* perhitungan Rp 16.000 s.d. Rp 27.000 per orang per bulan
- 2) Non PBI: persentase dari upah, 3 % Pemberi Kerja dan 2 % Pekerja Di atas 2019 besaran iuran hampir sama antara PBI dan Non PBI

Mekanisme Pelayanan Saling Menguntungkan bagi berbagai pihak:

- 1) Pelayanan kesehatan diberikan secara terstruktur dan berjenjang dengan sistem rujukan; berlaku sistem rujukan ke atas dan ke bawah
- 2) Peserta mendapatkan pelayanan

di fasilitas kesehatan yang menandatangani Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan BPJS.

- 3) Bagi Peserta: terdapat kemungkinan ruang KEBEBASAN peserta Jaminan Kesehatan memilih fasilitas kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis (*consumer choices*) terjamin; namun tetap dalam konteks terstruktur berjenjang dengan sistem rujukan.
- 4) Bagi Penyedia Layanan Kesehatan: terdapat ruang kebebasan “pemberi layanan” untuk bersaing Mutu/Kualitas pelayanan yang menarik bagi peserta
- 5) Fasilitas Kesehatan: Untuk menutupi kekurangan fasilitas kesehatan (kebutuhan tempat tidur RS dan perbaikan puskesmas) dan alat kesehatan diperlukan anggaran sekitar Rp 19 Trilyun (2012-2014)
- 6) Aspek Keuangan
 - a) Perlu disusun Standar Akuntansi Keuangan khusus untuk BPJS
 - b) Perlu dipersiapkan Laporan Keuangan Penutup PT Askes (Persero) dan Laporan Keuangan Pembuka BPJS Kesehatan

Kelembagaan

Perlu dibentuk *Project Management Office* (PMO) untuk menangani masa transformasi dan transisi BPJS Kesehatan, termasuk SDM (Verifikator Independen).

Hal yang utama adalah diperlukan komitmen pemerintah (terutama saat awal implementasi program)

PEMANTAPAN SAK DAN SIMAK-BMN DALAM RANGKA PENINGKATAN PENYUSUNAN LAPORAN KEUANGAN DITJEN BINFAR DAN ALKES



Kegiatan Pemantapan Sistem Akuntansi Keuangan (SAK) dan Sistem Akuntansi Barang Milik Negara (SIMAK-BMN) Dalam Rangka Peningkatan Penyusunan Laporan Keuangan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Semester I Tahun 2012, telah dilaksanakan pada tanggal 21 s.d. 24 Juni 2012 di Bandung, Jawa Barat.

Maksud dan Tujuan kegiatan ini adalah dalam rangka persiapan penyusunan dan pemantapan Laporan Keuangan Ditjen Binfar dan Alkes Semester I Tahun 2012.

Pertemuan dihadiri oleh Penanggung Jawab Anggaran Kefarmasian dan Alat Kesehatan; Penanggung Jawab anggaran Instalasi Farmasi Provinsi; Penanggung Jawab anggaran Dinas Kesehatan Provinsi serta Kadinkes Kabupaten/Kota; Biro Keuangan Setjen Kemenkes. Juga hadir para narasumber dari Kementerian Keuangan yaitu Direktorat Jenderal Kekayaan Negara (DJKN); Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang (KPKNL); Direktorat Akuntansi dan Pelaporan Keuangan.

Acara diawali dengan Laporan Ketua Panitia, yaitu Kepala Bagian Keuangan Setditjen Binfar dan Alkes, yang dalam laporannya di antaranya dipaparkan hal-hal sebagai berikut:

a. Tema Rapat Pertemuan Peningkatan dan Pemantapan Petugas Sistem Akuntansi Instansi (SAK dan SIMAK-BMN) Dalam Rangka Persiapan Penyusunan Laporan Keuangan Ditjen

Binfar dan Alkes Semester I Tahun 2012.

b. Tujuan dilaksanakannya acara ini adalah untuk mencapai profesionalitas dalam membuat laporan keuangan baik di pusat ataupun daerah sama sesuai dengan ketentuan yaitu Sistem Akuntansi Keuangan (SAK) yang berlaku,

Selanjutnya Sesditjen Binfar dan Alkes memberikan arahan dan membuka secara resmi acara ini. Dalam arahannya, dipaparkan hal-hal sebagai berikut:

a. Dalam kegiatan ini Ditjen Binfar dan Alkes sebagai salah satu unit utama di Kementerian Kesehatan, telah mendapat penghargaan Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) atas Laporan Keuangan Tahun 2011, sementara untuk Kementerian Kesehatan sendiri mendapat penilaian Wajar Dengan Pengecualian (WDP).

b. Diharapkan kepada para peserta yang hadir bisa berlanjut di pertemuan selanjutnya, supaya laporan keuangan tahun lalu dengan tahun ini bisa tersambung angka-angka yang dilaporkan

c. Juga kepada petugas yang baru juga selalu aktif bertanya kepada petugas yang lama dan petugas yang digantikan mau memberikan informasi yang dibutuhkan sehingga laporan keuangannya bisa di pertanggung jawabkan bagi instansi yang memerlukannya dalam pemeriksaan terkait keuangan.

d. Kepada para peserta rapat Sesditjen menyampaikan selamat bekerja dan sukses hingga selesai acara dan kembali ke daerah masing-masing dengan selamat sampai di rumah.

Materi yang disajikan dalam kegiatan ini adalah sebagai berikut:

a. Kebijakan Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Ditjen Binfar & Alkes.

- b. Kebijakan umum penatausahaan Barang Milik Negara (BMN).
- c. Tata cara pelaksanaan Hibah BMN.
- d. Kebijakan implementasi aplikasi SAKPA tahun 2012.
- e. *Feedback* laporan keuangan TA 2011.
- f. Implementasi aplikasi SAKPA & SIMAK BMN (teori).
- g. Implementasi aplikasi SAKPA & SIMAK BMN (praktek).
- h. Evaluasi dan latihan aplikasi SAKPA & SIMAK BMN

Kesimpulan acara ini adalah sebagai berikut:

- a. Dalam pertemuan juga disampaikan tentang Hibah BMN DK/TP dilakukan kepada Pemerintah Daerah; juga Hibah dilaksanakan oleh pengguna barang setelah mendapatkan persetujuan pengelola barang; dalam hal bukti kepemilikan tidak ada, dapat digantikan dengan bukti lainnya seperti dokumen kontrak, akte/perjanjian jual beli, dan dokumen lainnya yang setara.
- b. Berkaitan dengan Barang Milik Negara yang berasal dari Dana Dekonsentrasi dan Dana Tugas Pembantuan sebelum tahun anggaran 2011, yang selanjutnya disingkat BMN DK/TP, adalah semua barang yang dibeli atau diperoleh dari Dana Dekonsentrasi dan Dana Tugas Pembantuan sebelum tahun anggaran 2011.
- c. Disebutkan Dana Dekonsentrasi adalah dana yang berasal dari APBN yang dilaksanakan oleh gubernur sebagai wakil Pemerintah yang mencakup semua penerimaan dan pengeluaran dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi, tidak termasuk dana yang dialokasikan untuk instansi vertikal pusat di daerah.

PENINGKATAN KEMAMPUAN DI BIDANG KEPROTOKOLAN



Pada tanggal 11 - 12 Juni 2012 telah dilaksanakan kegiatan Peningkatan Kemampuan Di Bidang Keprotokolan, di Hotel Aston Rasuna.

Maksud dan Tujuan kegiatan ini untuk meningkatkan pemahaman serta kemampuan di bidang Keprotokolan, yaitu menyebarluaskan tata cara melayani dan memposisikan pimpinan dalam setiap acara sesuai dengan ketentuan yang ada, di lingkungan Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan pada khususnya, dan di Kementerian Kesehatan pada umumnya.

Acara diawali dengan laporan ketua panitia Kepala Bagian Kepegawaian dan Umum, yang di antaranya dipaparkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Dilaksanakannya acara ini adalah untuk menyebarluaskan tata cara melayani dan memposisikan pimpinan dalam setiap acara sesuai dengan ketentuan yang ada.
- b. Setelah terbitnya UU no.9/2010 tentang Keprotokolan yaitu dijelaskan mengenai Serangkaian kegiatan yang berkaitan dengan aturan dalam acara kenegaraan atau acara resmi yang meliputi Tata Tempat, Tata Upacara, dan Tata Penghormatan sebagai bentuk penghormatan kepada seseorang sesuai dengan jabatan dan /atau kedudukannya dalam negara,

pemerintah, atau masyarakat.

Selanjutnya Sesditjen Binfar dan Alkes memberikan arahan dan membuka secara resmi kegiatan Peningkatan Kemampuan Di Bidang Keprotokolan ini. Dalam arahannya, dipaparkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Diharapkan kepada para peserta yang hadir bisa memanfaatkan kesempatan ini sebagai tindak lanjut pelayanan kepada pimpinan sesuai aturan yang berlaku.
- b. Sekaligus menempatkan setiap pimpinan pada letak dan posisi sesuai jabatannya sehingga dimengerti oleh setiap pimpinan yang lama atau yang baru.
- c. Kepada para peserta Sesditjen menyampaikan selamat mengikuti dan sukses hingga selesai latihan dan bisa mendapat hasil yang baik dan berguna dalam pelayanan kepada semua pimpinannya.

Materi yang disajikan dalam kegiatan ini adalah sebagai berikut:

- a. Dasar-dasar keprotokolan di lingkungan Pemerintah.
- b. Peran Sekretaris dalam pelayanan keprotokolan terhadap pimpinan.
- c. Pelayanan pimpinan dalam rangka perjalanan dinas dalam dan luar negeri.

- d. Tata cara protokoler di Kementerian Kesehatan.

Narasumber dalam kegiatan ini adalah

- a. Ahmad Taufik, M.Si (PusdiklatKementerian Setneg RI)
- b. Dra.Asmulyati Azhar,MM (Wakil Direktur Asmi Education Centre)
- c. Nurlina Supartini,S.KP.MPH (Subbag TU PDP Biro Umum)
- D. Ardian Atmantoro,S.Pd. (Subbag Protokol Biro Umum)

Penyampaian materi acara kegiatan “Peningkatan Kemampuan di bidang Keprotokolan” dilaksanakan dengan cara paparan dan diskusi antara peserta dengan para Narasumber.

Kesimpulan kegiatan “Peningkatan Kemampuan di bidang Keprotokolan” antara lain sebagai berikut:

- Melihat tujuan dari pengaturan keprotokolan adalah memberikan penghormatan kepada seseorang sesuai dengan kedudukan dan jabatannya, memberikan pedoman penyelenggaraan acara, dan menciptakan hubungan baik dalam tata pergaulan antar bangsa.
- Dalam Etika Protokol kegiatan keprotokolan memperhatikan adat istiadat, dan menjunjung tinggi nilai-nilai budaya nasional.
- Selanjutnya untuk dapat memahami tugasnya, Protokoler harus memahami seluk beluk keprotokolan sesuai dengan acara yang akan dilaksanakan.

KONSOLIDASI PENYUSUNAN SAK DAN SIMAK-BMN DALAM RANGKA PENYUSUNAN LAPORAN KEUANGAN SEMESTER I TAHUN 2012



Kegiatan Pertemuan Konsolidasi Penyusunan SAK dan SIMAK-BMN Antara Pusat dan Daerah Dalam Rangka Pelaporan Keuangan Semester I Tahun 2012 Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dilaksanakan pada tanggal 9 s.d. 12 Juli 2012 di Imperium Hotel Bandung, Jawa Barat.

Pertemuan dihadiri oleh Petugas Penanggung Jawab Pelaporan Keuangan di setiap satuan kerja (satker). Baik pengelola laporan Sistem Akuntansi Instansi (SAI) yang terdiri dari pengelola laporan Sistem Akuntansi Keuangan (SAK), maupun pengelola laporan Sistem Informasi Manajemen Barang Milik Negara (SIMAK-BMN). Para pengelola laporan yang hadir terdiri dari unit Satuan Kerja Pusat maupun unit satker Dekonsentrasi di setiap Provinsi. Selain itu, dalam kegiatan ini hadir pula Tim dari Inspektorat Jenderal bersama Inspektur Wilayah I yang melakukan review atas laporan SAI dari seluruh satker Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Turut pula hadir Narasumber dari Direktorat Akuntansi dan Pelaporan Keuangan (DAPK).

Acara diawali dengan Laporan Ketua Panitia, Heri Radison, SKM, MKM. Dalam laporannya, di antaranya dipaparkan hal-hal sebagai berikut:

a. Tujuan pertemuan ini adalah melakukan Konsolidasi Penyusunan

Laporan Keuangan (LK) Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Semester I sekaligus dilakukan Review oleh Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan.

- b. Peserta kegiatan ini adalah Petugas SAI (SAK dan SIMAK BMN) dari Satker Ditjen Binfar dan Alkes; terdiri 5 Satker Pusat dan 33 Satker Dekonsentrasi Kefarmasian
- c. Diharapkan dalam pertemuan ini tersusun Laporan Keuangan (LK) Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan yang lebih baik sehingga dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan.

Sebelum acara utama, Sekretaris Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan memberikan arahan dan membuka secara resmi Kegiatan Rapat Konsultasi Nasional Bidang Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Dalam arahnya, dipaparkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 171/PMK.05/2007 tentang Sistem Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Pemerintah Pusat, dinyatakan bahwa setiap Kementerian Negara/Lembaga wajib

menyelenggarakan akuntansi berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintahan yang berlaku melalui Aplikasi Sistem Akuntansi Instansi (SAI) yaitu Sistem Akuntansi Keuangan (SAK) dan Sistem Informasi Manajemen dan Akuntansi Barang Milik Negara (SIMAK BMN) untuk menghasilkan Laporan Keuangan dan Laporan Barang Milik Negara.

- b. Penyusunan Laporan Keuangan (LK) Semester I Tahun 2012 ini selain melakukan Konsolidasi Tingkat Eselon I, juga secara paralel dilakukan reviu oleh Inpektorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. Untuk itu data dan dokumen yang menjadi kewajiban setiap satker sehingga dapat dilakukan reviu oleh Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI harus disiapkan, diantaranya :

- Berita Acara Rekonsiliasi (BAR) Internal SAK dan BMN
- BAR SAK dengan KPPN
- BAR SIMAK BMN dengan KPKNL
- BA *Stock Opname* Persediaan
- Laporan Keuangan berisi LRA, Neraca CaLK, Ca_BMN dan SOR
- ADK SAK, Persediaan dan SIMAK-BMN

- c. Predikat Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan Tahun Anggaran 2011 adalah Wajar Dengan Pengecualian (WDP). Sedangkan Ditjen Binfar dan Alkes memperoleh nilai simpangan hanya sebesar 0.003 yang merupakan Peringkat Pertama dari seluruh Eselon I di Kementerian Kesehatan sekaligus memperoleh penilaian Wajar Tanpa



Pengecualian (WTP) untuk unit utama Kemenkes.

- d. Tugas ini tidak berhenti dengan peringkat WDP. Akan tetapi harus dilanjutkan sampai Kemenkes mendapat Predikat Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) dan mempertahankannya.
- e. Pertemuan SAI ini merupakan rangkaian kegiatan penyusunan Laporan Keuangan yang harus disusun dan disampaikan secara berjenjang dan dilaksanakan secara paralel antara Eselon I Ditjen Binfar dan Alkes, Tim Reviu Inspektorat Jenderal dan Biro Keuangan dan BMN.
- F. Dengan sinergisitas dan harmonisasi yang telah kita bina, mari bersama-sama kita tingkatkan Opini Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan dan raih WTP 2012 dengan Menyusun Laporan Keuangan Satker Pusat dan Daerah di Lingkungan Ditjen Binfar dan Alkes Semester I Tahun Anggaran 2012 sehingga dapat mewujudkan Laporan BMN yang akuntabel. Sehingga tujuan utama Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan mendapat Predikat WTP.

Materi yang disajikan dalam kegiatan

ini adalah sebagai berikut:

- a. Pentingnya Reviu Laporan Keuangan Dalam Mewujudkan Laporan Keuangan Kemenkes Yang Berkualitas, disampaikan oleh Inspektur Wilayah I
- b. Reviu Laporan Keuangan Pada Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Semester I 2012, namun batal dipaparkan karena isinya sudah sama dengan paparan pertama.

Pertemuan Konsolidasi Penyusunan SAK dan SIMAK-BMN Antara Pusat dan Daerah ini dilaksanakan dengan cara pemaparan materi dan *desk review* yang dilakukan oleh Tim Inspektorat Jenderal kepada seluruh 5 Satker Pusat dan 33 Satker Dekonsentrasi Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

Hasil Review Pertemuan Konsolidasi Penyusunan SAK dan SIMAK-BMN Antara Pusat dan Daerah Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Semester I Tahun 2012 ini adalah sebagai berikut:

- a. Dari 38 satker Pusat dan Daerah (Dekonsentrasi) yang direview laporan keuangannya, ada 10 satker yang laporan keuangannya sudah

dinilai baik dan tidak ada koreksi.

Terdiri dari 1 (satu) satker pusat yaitu Direktorat Bina Produksi dan Distribusi Kefarmasian. Sedangkan yang lainnya adalah sembilan (9) satker Dekonsentrasi yaitu Sumatera Utara, Lampung, Aceh, Bangka Belitung, Maluku, Kalimantan Barat, Sulawesi Barat, Sumatera Barat, dan Nusa Tenggara Barat.

- b. Untuk satker-satker lainnya masih terdapat koreksi dalam laporan keuangan (LK) nya.
- c. Ada 2 provinsi yang realisasi dana dekonsentrasinya masih nol, yaitu DKI Jakarta dan Papua.

Kesimpulan dari Hasil Review Pertemuan Konsolidasi Penyusunan SAK dan SIMAK-BMN Antara Pusat dan Daerah Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Semester I Tahun 2012 ini adalah nilai realisasi anggaran/serapan dananya dinilai masih rendah.

SEMINAR UMUM INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS GROUP



International Pharmaceutical Manufacturers Group (IPMG) pada tanggal 27 Juni 2012 mengadakan kegiatan Seminar Umum dengan tema “Etika Pemasaran Obat Demi Layanan Kesehatan Yang Lebih Baik”,

Pertemuan dihadiri oleh Staf Ahli Menteri (SAM) Kementerian Kesehatan, Sesditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) dan Perusahaan Konsultan Control Risks, Ketua Panitia dalam laporannya, menyebutkan bahwa dilaksanakannya acara ini adalah bertujuan untuk menyerukan penegakan etika dalam promosi obat, agar pasien mendapat manfaat optimal melalui pengobatan yang tepat.

Selanjutnya dalam Seminar Umum dengan tema “Etika Pemasaran Obat Demi Layanan Kesehatan Yang Lebih Baik” ini, dipaparkan hal-hal sebagai berikut:

- a. *International Pharmaceutical Manufacturers Group (IPMG)* merupakan organisasi nirlaba yang beranggotakan 24 perusahaan farmasi internasional berbasis riset di Indonesia, menerbitkan revisi kode etik IPMG tentang praktek pemasaran farmasi bagi seluruh pemangku kepentingan terkait dalam industri farmasi.
- b. Dalam Revisi Kode Etik ini adalah bagian dari upaya berkelanjutan

IPMG untuk menegakkan etika bisnis dalam promosi obat di Indonesia.

- c. Selain itu IPMG juga memaparkan materi tentang “Peluncuran Kode Etik Pemasaran IPMG Yang Baru : Komitmen Terhadap Praktek Pemasaran Yang Beretika Di Indonesia”
- d. Langkah ini juga bertujuan untuk memberikan dampak positif dan signifikan terhadap industri farmasi nasional, terutama dalam upaya penyediaan perawatan kesehatan secara menyeluruh, sesuai dengan kebutuhan dan standar yang layak diminati oleh para pasien.
- e. Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) memaparkan tentang “Integritas Profesional Dalam Menciptakan Bisnis Beretika”
- f. Perusahaan Konsultan Control Risks memaparkan tentang “Menegakkan Praktek Bisnis Yang Baik Di Negara-Negara Asia Pasifik”

Narasumber dalam kegiatan ini adalah

- a. Parulian Simanjuntak (Direktur Eksekutif IPMG)
- b. Abdullah Hehamahua (Anggota Tim Penasehat KPK)
- c. Corene Crossin (*Managing Director*, Asia Tenggara)
- d. Allen Doumit (Kepala Sub Komite Praktek Pemasaran)

Penyampaian materi acara kegiatan Seminar Umum dengan tema “Etika pemasaran obat demi layanan kesehatan yang lebih baik” dilaksanakan dengan metode penyajian materi dan tanya jawab antara peserta dengan narasumber.

Kesimpulan kegiatan Seminar Umum dengan tema “Etika pemasaran obat demi layanan kesehatan yang lebih baik” antara

lain sebagai berikut:

1. Sesuai dengan fungsinya, kode etik IPMG untuk mengatur interaksi antara perusahaan anggota IPMG dan praktisi kesehatan, juga berupaya menawarkan solusi etis bagi berbagai permasalahan yang biasa dijumpai di lapangan agar integritas dan profesionalisme para praktisi kesehatan dan perusahaan farmasi.
2. Dalam pemasaran merupakan praktek yang dapat melibatkan interaksi intensif antara praktisi kesehatan dan pasien, sehingga rentan terhadap berbagai kegiatan yang dapat mempengaruhi integritas industri.
3. Berkaitan dengan revisi kode etik ini sangat penting untuk mempertahankan kepercayaan masyarakat dan para pemangku kepentingan lainnya terhadap industri kesehatan serta untuk menjamin praktek yang bersih.
4. Diharapkan mampu meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang lebih baik, informasi yang lebih berimbang serta pengobatan yang tepat.
5. Salah satu Inisiatif industri yang bermanfaat bagi peningkatan kualitas layanan kesehatan, namun juga mengangkat reputasi industri farmasi di Indonesia.

Para Perusahaan dan Praktisi kesehatan dapat terus mengikuti perkembangan dan tantangan terbaru dalam sektor Farmasi di Indonesia juga menyelaraskan industri farmasi dengan *Mexico City Principles for Voluntary Codes of Business in Biopharmaceutical Sector* yang didukung oleh Negara-negara anggota APEC pada bulan November 2011.

SEKILAS TENTANG PENAPISAN TEKNOLOGI DI BIDANG ALAT KESEHATAN (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT)

Oleh: Beluh Mabasa Ginting, ST, M.Si

I. DEFINISI

- Teknologi adalah pemanfaatan ilmu pengetahuan secara terorganisasi untuk tujuan praktis
- Teknologi kesehatan adalah teknik, obat, alat dan prosedur yang digunakan oleh profesi kedokteran dalam memberi layanan medik pada seseorang dan sistem dimana layanan medik tersebut diberikan (*Office of Technology Assessment, 1982*). Teknik, obat, alat, prosedur dan sistem yang mendukungnya merupakan perangkat yang digunakan oleh tim untuk melakukan penegakkan diagnosis, pengobatan dan kegiatan penunjang. Dengan demikian dapat dimengerti bahwa kemampuan dan efisiensi proses pelaksanaannya ditentukan oleh sejumlah faktor yang saling terkait yang terjadi selama proses berlangsung baik faktor teknik, alat, prosedur, maupun sistem yang mendukungnya.
- *Health Technology Assessment (HTA)* atau dalam bahasa Indonesia Penapisan Teknologi Kesehatan adalah metodologi untuk menilai dan memperbandingkan teknologi kesehatan dalam terminologi moneter, kinerja dan nilai (*Quality*)
- HTA juga melihat hal-hal yang berada di luar efek klinik dan teknik suatu teknologi untuk dampak sosial, ekonomi (*Cost analysis*) dan keorganisasian (*Efficiency*).
- HTA adalah sarana untuk mempromosikan pengembangan teknologi dan difusi teknologi secara rasional (*Equity*)

Berdasarkan kalimat di atas maka dapat disimpulkan *Health Technology*

Assessment (HTA) atau dalam bahasa Indonesia Penapisan Teknologi dibidang Kesehatan adalah mampu melaksanakan evaluasi dan memilih peralatan atau teknologi yang baru, memberikan masukan dan tafsiran yang mendalam terhadap pengambil keputusan tentang manfaat dan kerugian dari suatu alat baru yang akan di beli.

II. MANAJEMEN PENAPISAN TEKNOLOGI ALAT KESEHATAN

Penyebab kurang efisiennya penggunaan dan pemeliharaan sarana dan peralatan kesehatan diakibatkan karena kurang dilakukannya perencanaan pengadaan peralatan dan pemeliharanya. Di beberapa negara kurang dari separoh peralatan yang ada tidak digunakan secara rutin. Karena kurangnya kemampuan mengoperasikan dan melakukan pemeliharaan alat secara profesional serta tidak tersedianya biaya pemeliharaan (yang seharusnya di sediakan sekurangnya 1% dari nilai investasi peralatan tersebut), optimalnya biaya pemeliharaan adalah 7% - 8% dari biaya peralatan. Kurang baiknya pemeliharaan peralatan medik sering kali berakibat pada pendeknya masa pakai peralatan tersebut, dan berdampak pada meningkatnya tambahan biaya yang diperlukan untuk pemeliharaan mencapai 20%-40%. Berkurangnya inventaris peralatan yang dapat digunakan meningkatkan biaya pelayanan hingga 60%-80%. Disamping itu tidak tepatnya pemilihan peralatan kesehatan dan dikarenakan peruntukannya belum sesuai dengan **standar tipe pelayanan yang dimaksudkan** mengakibatkan meningkatnya secara bermakna biaya kesehatan yang harus ditanggung pasien

sehingga semboyan untuk keselamatan pasien (*patient safety*) hanya omongan dibibir saya (*lip service*).

investasi peralatan tersebut), optimalnya biaya pemeliharaan adalah 7% - 8% dari biaya peralatan. Kurang baiknya pemeliharaan peralatan medik sering kali berakibat pada pendeknya masa pakai peralatan tersebut, dan berdampak pada meningkatnya tambahan biaya yang diperlukan untuk pemeliharaan mencapai 20%-40%. Berkurangnya inventaris peralatan yang dapat digunakan meningkatkan biaya pelayanan hingga 60%-80%. Disamping itu tidak tepatnya pemilihan peralatan kesehatan dan dikarenakan peruntukannya belum sesuai dengan **standar tipe pelayanan yang dimaksudkan** mengakibatkan meningkatnya secara bermakna biaya kesehatan yang harus ditanggung pasien sehingga semboyan untuk keselamatan pasien (*patient safety*) hanya omongan dibibir saya (*lip service*).

Salah satu yang perlu diperhatikan dalam manajemen penapisan teknologi alat kesehatan adalah masalah dalam penggunaan teknologi kesehatan itu sendiri yang mana dapat mengakibatkan :

- *Over use*
- *Under use*
- *Misuse*

Ketiga kondisi tersebut di atas menggambarkan ketidak tepatan sasaran dari penggunaan alat yang akan mempunyai dampak tidak efisiennya alat dan yang paling buruk lagi terjadinya kesalahan medik atau *medical error*. Ketiga kondisi tersebut di atas dapat digambarkan sebagai berikut.

III. POINT PENTING PENAPISAN TEKNOLOGI ALAT KESEHATAN

Secara garis besar terdapat beberapa point penting dalam manajemen penapisan teknologi alat kesehatan, 2 (dua) diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Studi kelayakan

Pada dasarnya dalam melakukan studi kelayakan membutuhkan elemen berikut :

- A. Kebutuhan investasi
- B. Kelayakan investasi
- C. Perhitungan kelayakan investasi

dalam melakukan suatu investasi. Keberhasilan sarana pelayanan kesehatan atau sebut saja rumah sakit yang mencerminkan profesionalisme merupakan referensi dasar yang menjadi indikator bahwa berhasil atau tidaknya suatu investasi. Perlu diketahui juga kepemilikan dana finansial hanya oleh satu orang atau individu merupakan salah satu hambatan dalam investasi. Berikut adalah skema investasi berdasarkan kebutuhan:



- ROI
- PIB
- Efisiensi
- Efektifitas

A. Kebutuhan Investasi

Investasi sebagai penanaman modal yang akan berpengaruh pada jangka panjang, maka perlu dilakukan pertimbangan yang rasional. Beberapa hal yang harus diperhitungkan dalam melakukan investasi adalah sebagai berikut:

- Faktor pengguna
- Faktor sasaran
- Faktor resiko

Ketiga faktor ini tidak dapat dipisahkan satu sama lain karena saling mendukung , mempengaruhi dan saling ketergantungan

Penerapan faktor resiko (*risk factor and management Equipment of Medical equipment*) dapat mengetahui apakah alat kesehatan yang akan dibeli berisiko tinggi atau membutuhkan pemeliharaan yang intensif. Dalam menerapkan faktor resiko hal yang perlu diperhatikan

Keterangan ;

Pada hubungan ini, dibagi dalam tiga tingkat pemeliharaan yaitu:

- Pemeliharaan intensif,
- Pemeliharaan sedang, dan
- Pemeliharaan minimal.

Sebagian besar alat yang mekanik, *pneumatic*, dan fluida, biasanya membutuhkan pemeliharaan yang intensif.

Pemahaman bagan faktor resiko di atas

akan lebih mudah dimengerti bila diterapkan pada contoh kasus misalnya untuk alat Hemodialisis dan *Computed Thomography (CT Scanner)* sehingga kita dapat dengan mudah memahami *treatment* apa yang harus diterapkan pada kedua alat tersebut diatas. Untuk lebih jelasnya lihat tabel di bawah berikut ini :

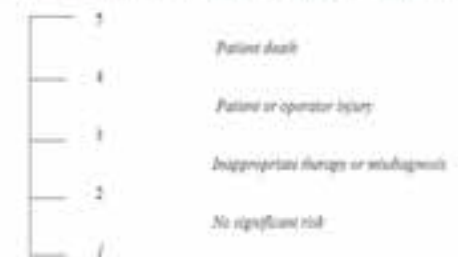
Dari tabel tersebut diatas dapat disimpulkan sebagai berikut:



Keterangan score:
 8-10 = Alat the up
 6-7 = Alat diagnostic
 1-5 = Alat health

b. Hubungan resiko faktor alat dengan score

Resiko faktor adalah kemungkinan resiko yang terjadi bila alat mengalami kegagalan atau rusak



Hubungan kebutuhan alat pemeliharaan alat dengan score dapat digambarkan sebagai berikut.



- Alat Hemodialisis adalah alat terapi bila terjadi resiko kegagalan fungsi alat dapat mengakibatkan pasien meninggal dan membutuhkan pemeliharaan yang intensif.
- Alat *Computed Thomography* (CT Scanner) adalah alat diagnostik bila terjadi resiko kegagalan fungsi alat dapat mengakibatkan pasien meninggal dan membutuhkan pemeliharaan yang intensif.

CATATAN Hanya alat yang mempunyai total score 12 atau lebih yang termasuk dalam program pengecekan dan

Tabel bobotage fungsi alat, resiko fisik alat dan kebutuhan pemeliharaan alat

Tipe alat	Bobotage fungsi alat dengan skor	Bobotage resiko fisik alat dengan skor	Bobotage kebutuhan pemeliharaan alat dengan skor	Total skor
Hemodialisis	10	2	1	13
Computed Tomography (CT Scanner)	4	4	4	12

Pemeliharaan alat = fungsi alat + Resiko fisik alat + kebutuhan pemeliharaan

mendapatkan penjadwalan pengecekan rutin.

B. Kelayakan Investasi

Dalam menentukan kelayakan investasi, penting diketahui berbagai komponen yang dilakukan dalam rangka mutu kelayakan, masalah yang berkaitan, guna pengambilan keputusan untuk melaksanakan atau membatalkan. Komponen studi kelayakan antara lain:

Komponen studi kelayakan antara lain:

No	Komponen kelayakan	Fungsinya
1	Tujuan	Mengidentifikasi tujuan yang akan dilaksanakan oleh rumah sakit
2	Kelayakan	Menilai kelayakan teknologi yang akan dilaksanakan
3	Kelayakan teknis	Meliputi kelayakan secara teknis, dapat memenuhi standar
4	Verifikasi	Dalam hal ini, kelayakan teknis, termasuk pemeliharaan yang ada
5	Manajemen	Apakah termasuk dalam pelaksanaan manajemen

C. Perhitungan kelayakan investasi

Dalam menentukan keuangan layak atau tidak, membutuhkan beberapa cara perhitungan yaitu:

- ROI (*return of Investment*). ROI yaitu menentukan berapa persen penghasilan yang diterima dari nilai investasi.
- *Payback period*. *Pay back period* yaitu berapa lama investasi yang ditanam akan kembali dengan pembayaran dari hasil penerimaan

- Efisiensi. Penggunaan sumber daya secara minimum guna pencapaian hasil yang optimum.
- Efektivitas. Pencapaian tujuan secara tepat atau memilih tujuan-tujuan yang tepat dari serangkaian alternatif atau menentukan pilihan dari beberapa pilihan lainnya.

2. Strategic technology planning

Strategi ini sangat penting dalam penentuan suatu teknologi yang akan dibeli oleh rumah sakit. Beberapa langkah harus di laksanakan sebelum memutuskan teknologi mana yang tepat untuk di gunakan. Tahapannya adalah sebagai berikut :

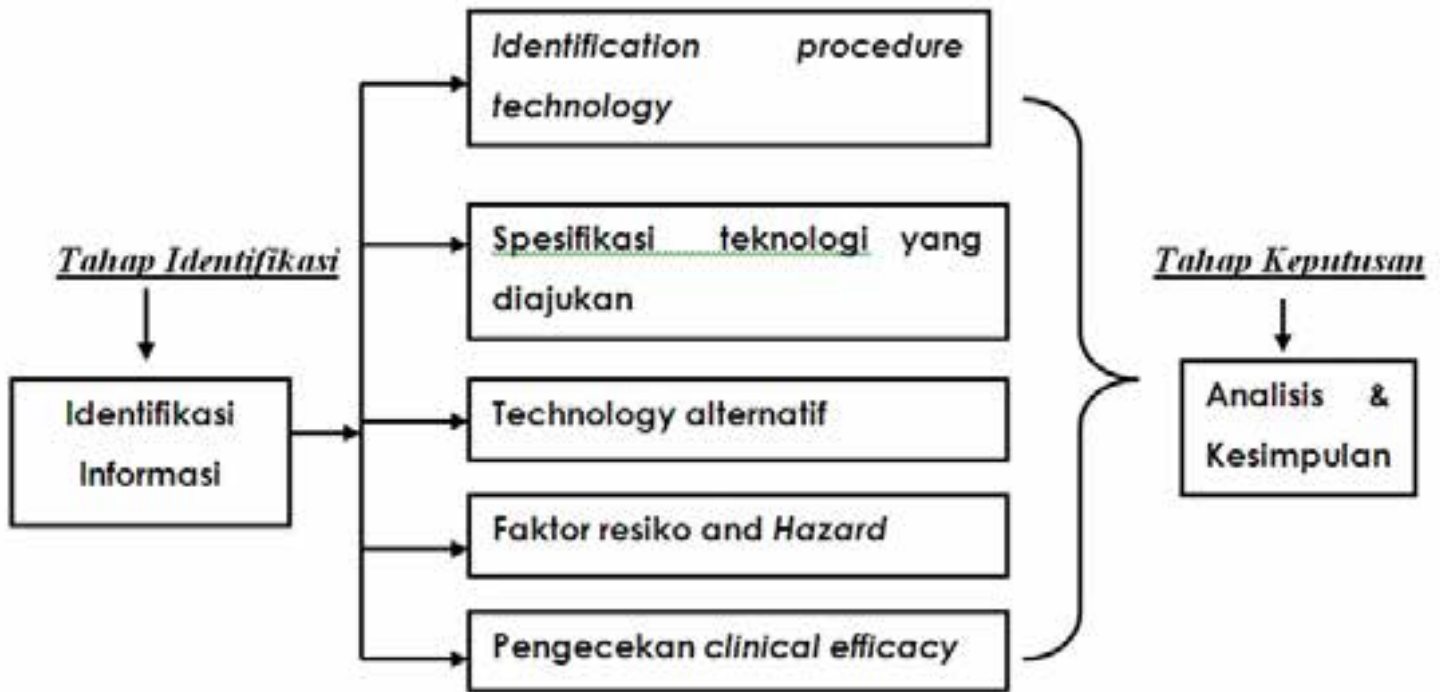
1. *Identification and detailing of the procedure(s) for which the requester intends use of the technology.*
2. *Collection of information about the specific technology being requested.*
3. *Identification of other clinical*

procedures for which the technology could be used.

4. *Collection of information about alternative technologies that could be used for the same clinical procedures.*
5. *Comparison of the requested and alternative technologies to the existing technologies within the organization*
6. *Determination of the risks and Hazards associated with the use of the requested and alternative technologies.*
7. *Examination of clinical efficacy of the requested and alternative technologies.*
8. *Performance of conceptual needs analysis based on II of this information.*

ETIMETIK	IDENTITAS
1. PEMERIKSAAN $F = \frac{\text{Anggaran} - \text{Saluran}}{\text{Anggaran}} \times 100\%$	1. RESPONSI LAYANAN $FR = \frac{\text{Saluran}}{\text{Tanggul}} \times 100\%$
2. KEBERHASILAN $E = \frac{\text{Saluran} - \text{Capaian}}{\text{Saluran}} \times 100\%$	2. KEBERHASILAN PROSEDUR $EP = \frac{\text{Pelayanan} - \text{Capaian}}{\text{Saluran}} \times 100\%$
3. TERLALU MARAK $DR = \frac{\text{Rasio pelayanan} - \text{Rasio pasar}}{\text{Rasio pasar}} \times 100\%$	3. KEBERHASILAN PELAYANAN $EP = \frac{\text{Layanan}}{\text{Saluran}} \times 100\%$
4. PEMANFAATAN $F = \frac{\text{Pelayanan}}{\text{Saluran}} \times 100\%$	4. TINGKAT KEBERHASILAN $TE = \frac{\text{Evaluasi} - \text{Kelayakan}}{\text{Saluran}} \times 100\%$
5. LAYANAN $KL = \frac{\text{Layanan}}{\text{Saluran}} \times 100\%$	
6. MANAJEMEN $FE = \frac{\text{Manajemen}}{\text{Saluran}} \times 100\%$	

Skema Prosedur *Strategy Technology Planning*



Pada skema di atas, dapat dilihat bahwa dalam penapisan teknologi harus diperhatikan *procedure technology*, spesifikasi teknologi, faktor resiko dan *hazard*, serta pengecekan manfaat klinis (*clinical efficacy*) serta kehandalan alat.

IV. DAFTAR PUSTAKA

1. www.yanmedik-depket.net/hta/Profil%20HTA/Kebijakan%20HTA%20Indonesia.ppt
2. <http://www.p3skkk-litbang.depket.go.id/ringkasan9.htm>
3. [Http://www.google.co.id/search?hl=id&source=hp&q=TELAAH+ETHIC+DAN+SOSIAL%0BDALAM+PENAPISAN+](http://www.google.co.id/search?hl=id&source=hp&q=TELAAH+ETHIC+DAN+SOSIAL%0BDALAM+PENAPISAN+)

DAN+ADAPTASI+TEKNOLOGI+KESEHATAN&btnG=Telusuri+dengan+Google&meta=&q=null&oq=

4. Sabarguna, B.S, dkk, Sistem informasi Pemeliharaan Alat Medis Rumah Sakit”, Th.2007, hal.8
5. <http://dewi.students-blog.undip.ac.id/2009/05/27/perbedaan-efisiensi-dan-efektivitas/>
6. Penapisan Teknologi Klinis (3) Efisiensi Teknologi oleh Dr. dr. H. Boy S. Sabarguna, MARS.

PENULIS :

Beluh Mabasa Ginting, ST, M.Si
1. Staf Direktorat Bina Produksi

2. dan Distribusi Alat Kesehatan Dirjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kemkes RI Alumni Pasca Sarjana UI bidang studi Teknologi Biomedis (*biomedical engineering*)

AYURVEDA

Bahan ramuan obat yang dipergunakan untuk mengobati orang yang sakit diperoleh terutama dan makhluk hidup, seperti tumbuh-tumbuhan dan binatang, serta makhluk yang tidak hidup yang berasal dari bumi termasuk air. Bahan ramuan ini sebelum diberikan kepada pasien ada yang mengalami pemrosesan terlebih dahulu, tetapi ada juga yang dapat dipergunakan langsung tanpa memerlukan pengolahan.

Ayurveda membagi makhluk hidup di dunia ini berdasarkan atas yoni atau sumber asalnya dalam 4 tipe, yaitu: 1) jarayuja, makhluk hidup yang dibungkus oleh selaput tipis amnion ketika berada dalam kandungan; 2) andaja, makhluk yang lahir atau hasil penetasan dan telur; 3) svedaja, makhluk hidup yang mengeluarkan keringat; 4) audbhidja, makhluk yang muncul keluar menembus tanah. Tiga tipe pertama ini terdiri atas makhluk hidup yang berupa binatang sedangkan tipe yang keempat, yakni audbhidja berupa makhluk hidup berwujud tumbuh-tumbuhan. Pengobatan terhadap suatu vyadhi, abadha, roga atau penyakit pada umumnya mempergunakan ramuan obat yang terdiri dari bahan makhluk hidup, baik yang berasal dari binatang jarayuja, andaja, svedaja maupun yang berasal dari audbhidja atau tumbuh-tumbuhan.

Selain itu ada lagi bahan ramuan obat yang bahannya berasal dari makhluk tidak hidup yakni yang berasal dari prthivi atau tanah, termasuk logam dan mineral (dhatu dan upadhatu).

Ada pula yang membagi ramuan obat ini atas:

- Sthavara (benda yang tidak bergerak, termasuk tumbuh-tumbuhan) dan

- Jangama (makhluk yang bergerak, binatang)

Sthavara dibagi lagi atas

- 1) kanda (rimpang),
- 2) mula (akar),
- 3) valkala (batang), dan
- 4) phala (buah, termasuk biji).

Sedangkan jangama atau binatang dibagi atas:

- 1) bandhya (binatang yang dikebiri),
- 2) abandhya (binatang yang beranak, tidak dikebiri),
- 3) gramya (binatang jinak, peliharaan)
- 4) aranya (binatang liar).

Di dunia ini ramuan obat dapat berfungsi bermacam-macam, antara lain sebagai: obat

Pencegahan (preventif)

menghilangkan gejala penyakit saja (simptomatik), sebagai obat menyembuhkan penyakitnya (kuratif), meningkatkan derajat kesehatan (promotif)

Dan mengembalikan ke keadaan sehat seperti semula (rehabilitatif).

Bahan Ramuan Obat
Bahan ramuan obat yang berasal dari tanaman atau audbhidja, sering juga tidak dikatakan sebagai obat, tetapi sebagai sayuran (saka). Alasannya karena kebanyakan bahan ramuan obat mempergunakan bagian tumbuhan yang biasa dimakan setiap hari, dan yang terpenting tidak menimbulkan efek sampingan yang merugikan kesehatan. Mereka mengkonsumsi bahan tersebut sebagai sayur bersama derigan nasi dalam kehidupannya sehari-hari. Bahan dan saka ini merupakan produk yang paling banyak dipergunakan dalam pengobatan Ayurveda. Bahan

ramuan yang berasal dari tanaman ini dapat diambil dari akar (mula), umbi rimpang (kandha mula), batang (valkala), duri (kikasa), daun (palasa), bunga (puspa), buah (phala), dan bagian lainnya. Ada pula bahan ramuan yang berasal dari bagian tubuh binatang (jangama) dan ada juga sedikit yang berasal dari prthivi (tanah, logam dan mineral). Bahan ramuan obat yang diambil dari tubuh binatang, dapat berasal dari kulit (charma), daging (mamsa), lemak (meda), tulang (asthi), sumsum (majja), tanduk (visana, srnga), kuku (nakha), empedu (rocana), darah (rakta), telur, (anda), sperma (sukra) dan susu (ksira, payas). Sedangkan bahan ramuan obat yang berasal dari prthivi, di antaranya yang paling sering dipergunakan adalah sejenis logam (dhatu) tertentu, seperti emas (svarna), perak (tara), tembaga (tamra), timah (vanga), kuningan (kamaya), besi (loha), air raksa (rasa, parada) dan bahan non-logam (upadhatu) seperti belerang (gandhaka), garam laut (samudra), garam batu karang (saindhava) dan sebagainya.

Prinsip pengobatan dalam Ayurveda adalah menyeimbangkan kembali unsur tri dosha yang terganggu di dalam tubuh manusia dengan cara memasukkan unsur dari luar. Unsur dari luar itu dapat diambil dari binatang, tumbuh-tumbuhan atau bahan yang berasal dari bumi. Sebab bahan pembentuk tubuh manusia sama dengan bahan pembentuk tubuh binatang, tumbuh-tumbuhan dan bumi. Bahan pembentuknya itu adalah sama, yakni terdiri dari kelima unsur panca mahabhuta.

Di dalam kitab Ayurveda ada ribuan banyaknya bahan ramuan obat yang ditulis di dalam kitab tersebut. Tentu

tidak mungkin diulas semuanya secara detail. Yang akan dibicarakan hanyalah beberapa bahan ramuan yang mudah dicari dan ada di Indonesia. Selain itu mungkin dapat dimanfaatkan untuk mencegah timbulnya penyakit atau preventif maupun simptomatik. Sedangkan bahan ramuan obat yang menyangkut pengobatan atau kuratif, karena terlalu banyak, serta sulit dikenal dan dicari, maka akan dibahas sepintas yang dianggap perlu saja.

Dravya

Kata dravya bermakna materi atau benda. Dalam hal ramuan obat, pengertian dravya meliputi juga bahan atau materi dan obat. Menurut Ayurveda, obat atau dravya dibagi atas dua jenis, yakni:

1. Vyakta, yang tampak (obat skala?)
2. Avyakta, yang tidak tampak (obat niskala?).

Materi atau dravya ini menjadi tampak atau vyakta setelah melalui proses yang disebut panci karena (kombinasi dan panca mahabhuta dan panca tanmatra, lima unsur kasar dan halus). Tampak adanya proses panci karena ini maka vyakta dravya ini kurang lengkap di dalam berbagai kepastiaan yang telah ditelusuri. Mungkin bahan obat yang mengandung unsur panca tanmatra dinamakan obat vyakta dravya, obat yang halus, tidak tampak. Berdasarkan atas unsur panca mahabhuta (lima unsur kasar, yang tampak, vyakta) yang mendominasi materinya, vyakta dravya terbagi atas lima tipe. Kelima tipe tersebut adalah: 1) parthiva, 2) apya, 3) taijasa, 4) vayvya dan 5) akasiya vyaktadravya. Di samping itu terdapat pula berbagai variasinya.

Variasi ini muncul oleh karena bahan tersebut tercampur dengan unsur panca mahabhuta yang lain dan ada

salah satu bhuta yang mendominasinya. Contohnya amat banyak, seperti ramuan audbhidja, jangama, vama, virecana, samgrahi, brmhana, sammana, dipana, balya, pacang dravya.

Kelima tipe vyakta dravya yang materinya didominasi unsur panca mahabhuta (perthivi, apah, teja, vayu, akasa) adalah:

1) Parthiva Dravya

Obat yang termasuk tipe parthiva dravya (mungkin lebih tepat disebut parthiva vyakta dravya) bentuknya padat. Oleh karena didominasi oleh unsur perthivi (bumi, tanah) dan panca mahabhuta. Pada umumnya ramuan jenis ini memiliki sifat guna gura (berat), sthira (stabil, mantap), sthula (kasar), dan mempunyai kelebihan dibandingkan ramuan obat lainnya dalam hal gandha atau bau. Obat tipe ini dapat berfungsi untuk menambah berat badan, memantapkan atau menstabilkan serta mengompakan (mamadatkan) dan memontokkan tubuh.

Ramuan obat yang tergolong dalam tipe parthiva dravya adalah: mrt (lumpur), sudha (kapur), sarkara (pasir), asman (batu), lavana (garam), kuta sarkjara (batu alkali yang diperoleh dari dalam gua), anjana (kolirium), gairika (oker merah), loha (logam besi), vimala (semacam pirite), kancana (emas), rasa (air raksa), Uparasa, kapala (pecahan periuk tanah), mukta (permata) dan batu mulia.

2) Apya Dravya

Ramuan obat apya dravya bentuknya cair, karena didominasi oleh apah atau jala (air) dan panca mahabhuta. Ramuan ini mempunyai sifat guna sita (dingin), guru (berat), snigdha (lembut, berminyak), lembam, pekat dan

memiliki kelebihan dalam hal rasa atau kecap. Obat ini dapat mengakibatkan badan berminyak, abhisyandi (menyumbat saluran sirkulasi), kleda (bergetah, lengket), prahlada (bahagia) dan bandha (perlekatan penyatuan).

3) Taijasa Dravya

Ramuan obat taijasa dravya ini memiliki guna raksa (tak berminyak), tiksna (tajam), visada (tak licin), suksma (halus) dan mempunyai kelebihan dalam hal rupa atau warna. Obat ini didominasi oleh unsur teja (sinar, suhu) atau agni (api) dan panca mahabhuta. Obat jenis ini dapat menyebabkan rasa terbakar, bha (aura) dan memberikan corak tertentu pada tubuh

4) Vayvya Dravya

Ramuan obat vayvya dravya didominasi oleh unsur vayu (angin, udara, gas) dan panca mahabhuta. Obat ini memiliki guna raksa (tak berminyak), visada (tak licin), laghu (ringan) dan memiliki kelebihan dalam sparsa atau raba. Obat ini berkhasiat untuk menimbulkan kekasaran atau kekasatan, mendinginkan, bergerak dan glani (merasa lelah tanpa kerja).

5) Akasiya Dravya

Ramuan obat jenis akasiya dravya didominasi oleh unsur akasa dan panca mahabhuta. Obat tipe ini memiliki guna suksma (halus), visada (tak licin), laghu (ringan). Dan memiliki kelebihan dibandingkan dengan ramuan tipe dalam hal sabda, bunyi atau suara. Obat ini berkhasiat dalam penyerapan atau perembesan (penyebaran) dan dapat meringankan tubuh

(sumber)

WHD No. 503 Nopember 2008

ALLAH HILANG DARI ISTANA JIWA

Dalam pergumulan jiwa kita sehari-hari diakui atau tidak sering kali terjadi perselingkuhan spiritual. Yang paling sederhana dari perselingkuhan itu ketika kita sedang menutupi jiwa kita dari Allah, berakhir dengan tindakan kita: melanggar aturan Allah.

Begitu kita langgar “janji cinta” antara kita dengan Allah, Kemahacemburuan Allah telah mengoyak jiwa kita tanpa kita sadari sudah begitu lama kita berpaling dari Allah. Bahkan Allah hanya kita jadikan alibi sehari-hari, kita jadikan alasan-alasan kegagalan, kalau perlu nama Allah kita jualbelikan dalam pasar kebudayaan dan politik, atau kepentingan nafsu lainnya.

Lalu, Allah kita bikin tarik ulur dalam qalbu kita. terkadang Allah begitu jauh, terkadang begitu dekat, terkadang hadir, terkadang hilang, terkadang pula kita hempaskan ke hamparan hawa nafsu kita. Seakan-akan kita ini memiliki kekuasaan untuk mengatur segalanya, bahkan termasuk mengatur Allah dalam gerak-gerik jiwa kita, khayalan dan persepsi kita. Bahkan Nama Allah sering kita sebut hanya untuk diketahui public bahwa kita akrab dengan Allah, kita ahli dzikir, kita sering munajat pada Allah. Padahal hanya kebusukan jiwa kita yang mendorong demikian. Seperti seseorang yang berteriak, “Saya lakukan ini Lillahi Ta’ala,...! Saya ikhlas, lho,... ini demi Allah!”, sadar atau tidak ia menikmati riya’ jiwanya, agar disebut sebagai orang yang ikhlas. Dan inilah yang memang dimaui oleh masyarakat syetan. Perselingkuhan hebat.

Hadirnya syetan, keakraban Iblis, dan gejalak-gejalak nafsu, sebanding (pada saat yang sama) dengan “hilang”nya Allah dari gravitasi jiwa kita, dari denyut nadi dan jantung kita, dari gerak-gerik hati kita. Itulah tercerabutnya iman kita kepadaNya, ketika Allah sengaja kita abaikan. Begitu kita sadar, ternyata sedang berada di tengah kubang lumpur yang memuakkan.

Allah memang “hilang” dalam kemunafikkan kita. Allah juga hilang dalam kefasikan kita. Allah tidak hadir dalam kedzaliman jiwa kita. Allah begitu terlantarkan ketika hawa nafsu kita menyeret ke lembah kehinaan kita. Allah, bahkan tidak diakui dalam lembah-lembah kekafiran. Allah, begitu sebanding dengan berhala-hala duniawi, berhala-berhala ambisi kita, berhala-berhala harta kita, berhala pesona kemolekan, dan itu begitu jelas ketika kemusyrikan membuka pintunya lebar-lebar. Na’udzubillah min dzaalik.

Kemunafikan dan kefasikan itu hadir dalam pergumulan hidup kita sehari-hari, dalam hubungan sosial, hubungan keluarga,

hubungan bisnis dan politik, hubungan-hubungan interaktif kejiwaan kita antar sesama. Bahkan kita juga diam-diam ada yang menikmati Kemunafikan dan kefasikan itu, sebagai “tandingan” Tuhan dalam dirinya. Lalu dengan begitu mudah Allah dijadikan bumper. “Kita gagal, memang sudah takdir Allah...”. Tetapi kalau sukses, “Wah ini berkat kerja keras kita semua, ini berkat kreativitas saya dan ide saya...” lalu Allah dimana? Kenapa keakuan bisa menghapus Allah? Apakah keakuan lebih besar dari pada Allah?

Hari-hari ini memang hawa nafsu sedang menjadi mendung di atas langit-langit anda. Mendung itu sesungguhnya adalah awan penghinaan Allah pada makhlukNya, dan hanya mereka yang selalu menghadirkan Allah dalam qalbunya, yang terlindung dari penghinaan itu. Banyak orang-orang yang sedang stres, dan ketika nejalani tekanan hidupnya, mereka tidak kembali kepada Allah. Sangat terasa sekali betapa atmosfir Ridlo Allah tertutup oleh kepentingan ego masing-masing. Kemudian, tentu saja, seseorang kehilangan rasa ridlonya terhadap apa yang telah ditentukan Allah.

Hari-hari ini, betapa sempitnya dada orang, ketika rasa syukur saja telah hilang dari lembah jiwanya. Apalagi mengembangkan senyum bunga di hatinya. Mereka lebih senang memuja egonya dari pada memuja Allah atas-nikmat-nikmatNya. Padahal Allah dengan segala CintaNya tak henti-hentinya memanggil, “Ingatlah kepadaKu, niscaya Aku ingat kepadamu.....Bersyukurlah kepada-Ku dan janganlah mengingkari diri-Ku...”

Hari-hari ini betapa banyak orang yang kelaparan dalam kegersangan dalam kegersangan arus kehidupan modern. Jiwanya lapar, karena qalbunya tak pernah ditegukkan air dahaga yang menyejukkan, tidak pernah disuapi dengan suapan-suapan dzikrullah, syukur, tawakkal, dan qana’ah. Lalu dimanamana berkembang virus yang sangat menakutkan: Penyakit jiwa yang merubah sosok-sosok kehidupan seperti binatang.

Hari-hari ini begitu banyak orang memburu kemuliaan, kebesaran, derajat-derajat, tetapi mereka lupa bahwa yang mereka tapaki adalah bukit-bukit kegersangan yang fana. Fatamorgana itu merasuki cita-cita, hasrat dan mimpi-mimpi. Bahwa gundukan tanah tinggi itu, sesungguhnya adalah gundukkan dari lobang-lobang kuburan kefanaanya, keruntuhan dan kehinaannya. Lalu Ibnu Athaillah as-Sakandary mengingatkan, “Janganlah kalian mencari kemuliaan pada hamparan kehinaan yang sirna. Carilah

kemuliaan pada hamparan yang abadi, tak pernah fana dan sirna...”. Dan tak ada keabadian yang menjadi harapan kita semua, melainkan Allah yang hadir dalam kebersamaan kita.

Fafirruu lillah (kembaliilah kepada Allah)! Sebagaimana ketika Rasululah, Muhammad SAW dipeluk oleh jibril As, di gua kefanaan Hira’, “Bacalah dengan Nama Tuhanmu...”. Lalu Rasul pun membacanya dengan Nama Tuhannya, dan nama itu tidak lain adalah Allah. Rasul membaca dengan gemuruh Allah...Allah...Allah sampai sejujur tubuh gemetar dalam kemajdzuban (ekstase llahiyah), tetapi justru itulah Rasulullah SAW bisa menirukan apa yang dituntun Jibril as.

Apakah Allah masih terus berubah diri Anda? Sesungguhnya yang berubah itu adalah diri anda, bukan Allah. Asma’, Sifat, Af’aal, dan Dzatullah tidak berubah selamanya, sejak dahulu hingga abadi kelak, Allah tetap sebagaimana adaNya.

Apakah anda masih terus menggugat Allah menggugat janji Allah, menggugat cintanya Allah? Padahal gugatan itu adalah keresahan hawa nafsu anda, yang sangat pahit ketika menerima kebenaran Allah. Dan gugatan itu akan berhenti ketika anda sudah mampu menggugat diri anda sendiri. Sebab kesombongan intelektual anda, kesombongan moral anda, kesombongan jabatan anda, kesombongan fasilitas dan kekuasaan anda, kesombongan popularitas anda, hanyalah kotoran debu yang membungkus diri anda, lalu anda duga itu sebagai kemuliaan, padahal hakikatnya adalah kehinaan.

Apakah anda masih terus mencari Allah? Padahal Allah tidak pernah hilang, Allah tidak ghaib, Allah juga tidak pernah bergerak dari sisi anda. Hanya imajinasi liar andalah yang melemparkan diri anda dalam hijab yang gelap sehingga anda merasa kehilangan Allah.

Apakah anda juga masih menuntut sesuatu dari Allah? Ini sungguh tidak sopan, tidak etis dan tidak punya adab di depan Allah, karena anda pasti sangat mencurigai Allah, karena anda pasti tidak yakin pada Allah. Apakah modal kita, bekal kita, prestasi amal kita, sehingga kita punya hak menuntut Allah? Padahal kita tak pernah memiliki modal, tak pernah berbuat, tak pernah membuat bekal. Sebab yang menggerakkan kepatuhan, amal, taat, ibadah kita itu, Allah juga!

Apakah anda masih mencari pemenuhan hasrat itu kepada selain Allah? Sungguh, anda tak pernah punya rasa malu kepada Allah. Bagaimana bisa anda berselingkuh kepada selain Allah?