



PEMERINTAH KABUPATEN BOJONEGORO

Safinan

PERATURAN BUPATI BOJONEGORO NOMOR 39 TAHUN 2011

TENTANG

PENGELOLAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DI PELAYANAN KESEHATAN DASAR KABUPATEN BOJONEGORO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BOJONEGORO,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan, khususnya masyarakat miskin dan tidak mampu, perlu diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
 - b. bahwa untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh pemerintah agar kebutuhan dasar kesehatannya yang layak dapat terpenuhi;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dalam butir a dan b diatas pengelolaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) perlu ditetapkan dalam suatu Peraturan Bupati.
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 (Lembaran Negara Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Nomor 2730);
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
 3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
 4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
 5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);

6. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah kedua kali dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);
7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 128, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
8. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4456);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
10. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
11. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintah Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun Nomor 4741);
15. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/MENKES/PER/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1097/MENKES/PER/VI/2011 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar Jamkesmas;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.03.01.160/I/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014;
19. Peraturan Dirjen Perbendaharaan No. PER-66/PB/2005 tentang Mekanisme Pelaksanaan Pembayaran atas Beban APBN, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Dirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2011 tentang Perubahan atas Peraturan Dirjen Perbendaharaan No. PER-66/PB/2005;
20. Peraturan Dirjen Perbendaharaan No. PER-21/PB/2011 tentang Petunjuk Pencairan Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat;

21. Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2005 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Bojonegoro;
22. Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 7 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Dinas Kabupaten Bojonegoro (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2008 Nomor 2) sebagaimana diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 6 Tahun 2010 (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2010 Nomor 6) ;
23. Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten Bojonegoro (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2008 Nomor 2);
24. Peraturan Daerah Kabupaten Bojonegoro Nomor 3 Tahun 2008 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah Kabupaten Bojonegoro (Lembaran Daerah Kabupaten Bojonegoro Tahun 2008 Nomor 3);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PENGELOLAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DI PELAYANAN KESEHATAN DASAR KABUPATEN BOJONEGORO

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah, adalah Kabupaten Bojonegoro;
2. Pemerintah Daerah, adalah Pemerintah Kabupaten Bojonegoro;
3. Bupati, adalah Bupati Bojonegoro;
4. Dinas Kesehatan Daerah, adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro;
5. Pusat Kesehatan Masyarakat, yang selanjutnya disingkat Puskesmas, adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten yang berfungsi sebagai Pusat penggerak pembangunan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama (pelayanan kesehatan dasar) di wilayah kerjanya;
6. Puskesmas Keliling, adalah Pelayanan Kesehatan oleh Puskesmas dengan menggunakan kendaraan roda 4 (empat), kendaraan roda 2 (dua) atau transportasi lainnya di lokasi yang jauh dari sarana Pelayanan yang ada;

7. Puskesmas Pembantu, adalah unit pelayanan kesehatan yang sederhana dan berfungsi menunjang serta membantu melaksanakan kegiatan kegiatan yang dilakukan Puskesmas dalam ruang lingkup wilayah yang lebih kecil dan sumberdaya yang lebih terbatas;
8. Puskesmas dengan Perawatan, adalah Pusat Kesehatan Masyarakat yang mempunyai minimal 10 (sepuluh) tempat tidur, digunakan untuk melakukan perawatan sementara terhadap penderita sebelum dirujuk ke Rumah Sakit untuk mendapatkan perawatan lanjutan atau tidak;
9. Pos Kesehatan Desa yang selanjutnya disebut Poskesdes adalah upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk didesa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa;
10. Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas yang selanjutnya disebut Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) adalah pelayanan kepada pasien observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau kesehatan lainnya dengan tinggal di ruang rawat inap;
11. Pelayanan Rawat Jalan di Puskesmas yang selanjutnya disebut Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) adalah pelayanan di unit rawat jalan kepada pasien untuk dilakukan observasi, preventif, diagnosis, pengobatan, tindakan medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap yang diberikan oleh dokter, dokter gigi dan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangan;
12. Jaminan Kesehatan Masyarakat adalah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat yang dijamin oleh Pemerintah Pusat yang meliputi Pelayanan Kesehatan Dasar, Pertolongan Persalinan, dan pelayanan Rujukan di Pelayanan Kesehatan Lanjutan (Pelayanan di kelas III);
13. Fasilitas Kesehatan (Faskes) adalah institusi pelayanan kesehatan sebagai tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, TNI/POLRI dan Swasta.

BAB II TUJUAN

Pasal 2

- (1) Program Jaminan Kesehatan Masyarakat memiliki tujuan secara umum untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan, khususnya masyarakat miskin;
- (2) Program Jaminan Kesehatan Masyarakat selain memiliki tujuan secara umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) juga memiliki tujuan khusus sebagai berikut :
 - a. Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta diseluruh jaringan fasilitas kesehatan Jamkesmas
 - b. Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga terkendali mutu dan biayanya.
 - c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

BAB III SASARAN

Pasal 3

- (1) Seluruh peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat yaitu masyarakat miskin dan tidak mampu yang memiliki kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat atau yang sudah tercatat di *database* kepesertaan, tidak termasuk penduduk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.
- (2) Peserta Keluarga Harapan (PKH) yang memiliki kartu PKH tetapi belum termasuk peserta Jamkesmas/tidak memiliki kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat.
- (3) Gelandangan, pengemis, anak terlantar yang direkomendasi Dinas Sosial/institusi sejenis di daerah sehingga tidak perlu menunjukan kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat.
- (4) Masyarakat miskin Penghuni Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan, Penghuni Rumah Tahanan, dan Korban Bencana Pasca Tanggap Darurat yang direkomendasi dinas/institusi terkait.

**BAB IV
KEBIJAKAN**

Pasal 4

Kebijakan Operasional Program Jaminan Kesehatan Masyarakat adalah :

- a. Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat menjadi satu kesatuan dengan pengelolaan Jaminan Persalinan dengan prinsip dana amanat dan nirlaba dan diselenggarakan berdasarkan konsep asuransi sosial;
- b. Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dapat memanfaatkan pelayanan di seluruh jaringan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan (Rumah Sakit) di kelas III yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Kabupaten;
- c. Pembayaran atas pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat dilakukan dengan cara klaim oleh fasilitas kesehatan. Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar tingkat pertama di fasilitas kesehatan pemerintah (Puskesmas dan Jaringannya) dan pelayanan kesehatan Rujukan pada Fasilitas Kesehatan Lanjutan pada kelas III;
- d. Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat diselenggarakan dengan prinsip portabilitas, pelayanan terstruktur berjenjang, efisiensi, transparan dan akuntabel;
- e. Pelaksanaan pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat mengacu pada Pedoman Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI yang berlaku

**BAB V
RUANG LINGKUP JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)**

Pasal 5

Ruang lingkup pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat terdiri dari :

- a. Kegiatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
- b. Kegiatan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)

Pasal 6

- (1) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf a adalah pelayanan di unit rawat jalan kepada pasien untuk dilakukan observasi, preventif, diagnosis, pengobatan, tindakan medik, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap yang diberikan oleh dokter, dokter gigi dan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangan.
- (2) Pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b adalah pelayanan kepada pasien observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau kesehatan lainnya dengan tinggal di ruang rawat inap.

BAB VI

PAKET MANFAAT JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

Pasal 7

- (1) Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat mendapatkan manfaat Pelayanan meliputi :
 - a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya meliputi pelayanan:
 - 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 - 2) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin);
 - 3) Tindakan medis kecil;
 - 4) Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal;
 - 5) Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita;
 - 6) Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan institusi yang menangani program KB);
 - 7) Pemberian obat sesuai indikasi.
 - b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada puskesmas perawatan, meliputi pelayanan:
 - 1) Akomodasi rawat inap;
 - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
 - 3) Laboratorium sederhana (darah, urin dan feses rutin);
 - 4) Tindakan medis kecil/ sederhana;
 - 5) Pemberian obat sesuai indikasi;
 - 6) Persalinan normal dan dengan penyulit/resiko tinggi untuk tindakan emergensi (PONED).

- c. Persalinan normal dilakukan di puskesmas/bidan di desa/Poskesdes;
 - d. Pelayanan gawat darurat/*emergency*. Kriteria/diagnose gawat darurat, sebagaimana tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang standar instalasi gawat darurat (IGD) Rumah Sakit.
- (2) Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan jaringannya tidak dapat dimanfaatkan untuk operasional pelayanan kesehatan luar gedung, karena akan didanai dari Biaya Operasional Kesehatan.

BAB VII PENDANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)

Pasal 8

- (1) Pengelolaan Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) dilakukan secara terintegrasi.
- (2) Pengelolaan dana Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro selaku Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).

Pasal 9

Ketentuan umum distribusi dana adalah sebagai berikut:

- 1. Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)
 - a. Di pelayanan dasar (Puskesmas) disalurkan ke Kabupaten, terintegrasi dengan dana Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di pelayanan kesehatan dasar;
 - b. Di pelayanan tingkat lanjutan (Rumah Sakit) dikirimkan langsung ke Rumah Sakit menjadi satu kesatuan dengan dana Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang disalurkan ke Rumah Sakit.
- 2. Pendanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan di pelayanan dasar merupakan belanja bantuan sosial bersumber dari dana APBN untuk mendorong percepatan pencapaian MDG's pada tahun 2015, sekaligus peningkatan kualitas pelayanan kesehatan termasuk persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan;

3. Dana belanja bantuan sosial sebagaimana dimaksud pada butir 2 adalah dana yang diperuntukkan bagi pelayanan kesehatan peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan pelayanan persalinan bagi seluruh ibu hamil/bersalin yang membutuhkan;
4. Dana sebagaimana dimaksud pada butir 2 dan 3, disalurkan pemerintah melalui SP2D Kementerian Kesehatan ke rekening Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro sebagai penanggung jawab program, dan setelah itu status dana tersebut berubah menjadi dana masyarakat (sasaran), yang ada di rekening Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro;
5. Dana sebagaimana dimaksud pada butir 2 dan 3 setelah digunakan oleh Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas kesehatan lainnya (yang bekerjasama), maka status dana tersebut berubah menjadi pendapatan fasilitas kesehatan.

Pasal 10

Besaran alokasi dana Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) diperhitungkan berdasarkan jumlah kartu peserta Jamkesmas yang ada di Kabupaten Bojonegoro.

Pasal 11

Dana Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan untuk pelayanan dasar di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung melalui Bank Rakyat Indonesia (BRI) kepada Rekening Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai penanggung jawab program atas nama Institusi dan dikelola Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Kabupaten untuk pelayanan kesehatan dasar dan persalinan di fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;

Pasal 12

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten selaku Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 membuka rekening khusus Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan dalam bentuk giro bank, atas nama Dinas Kesehatan Kabupaten (institusi) untuk menerima dana Jamkesmas pelayanan dasar dan dana Jaminan Persalinan.

- (2) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten membuat surat edaran ke Puskesmas untuk:
- a. Membuat *Plan of Action (POA)* tahunan dan bulanan untuk pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan sebagai dasar perkiraan kebutuhan Puskesmas untuk pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan;
 - b. *Plan of Action (POA)* sebagaimana dimaksud pada huruf a merupakan bagian dari POA Puskesmas secara keseluruhan dan tertuang dalam lokakarya mini puskesmas.

BAB VIII TARIF PELAYANAN

Pasal 13

- (1) Tarif Pelayanan Kesehatan Masyarakat untuk Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di fasilitas kesehatan dasar berdasarkan PERDA Tarif retribusi pelayanan kesehatan yang berlaku di Kabupaten Bojonegoro.
- (2) Klaim atas Jaminan Kesehatan Masyarakat sebagaimana pada ayat (1) merupakan kegiatan klaim atas pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), Pertolongan Persalinan dan pelayanan Rujukan.

Pasal 14

Pelayanan Kesehatan dasar pada Tingkat Pertama baik Rawat Jalan dan Rawat Inap, serta Pertolongan Persalinan yang memerlukan tindakan lanjutan dapat dilakukan rujukan secara berjenjang pada Fasilitas Kesehatan yang lebih baik dan mampu setara Rumah Sakit (kelas III).

BAB IX PENGELOLAAN DANA

Pasal 15

Dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) termasuk Jaminan Persalinan agar terlaksana secara baik, lancar, transparan dan akuntabel, pengelolaan dana tetap memperhatikan dan merujuk pada ketentuan pengelolaan keuangan yang berlaku.

Pasal 16

Ketentuan dalam pengelolaan dana adalah sebagai berikut:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten menunjuk bendahara pengeluaran Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat, Jaminan Persalinan, dan Bantuan Operasional Kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro sebagai pengelola keuangan Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan di pelayanan kesehatan dasar;
2. Pengelola keuangan di Kabupaten harus memiliki buku catatan (buku kas umum) dan dilengkapi dengan buku kas pembantu untuk mencatat setiap uang masuk dan keluar dari kas yang terpisah dengan sumber pembiayaan yang lain, dan pembukuan terbuka bagi pengawas intern maupun ekstern setelah memperoleh ijin Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro;
3. Bendahara pengeluaran Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat, Jaminan Persalinan, dan Bantuan Operasional Kesehatan Kabupaten melakukan pembayaran atas klaim dengan langkah sebagai berikut:
 - a. Puskesmas melakukan pengajuan klaim atas pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan oleh Puskesmas dan jaringannya berdasarkan Perda tarif retribusi pelayanan kesehatan yang berlaku;
 - b. Pembayaran atas klaim-klaim sebagaimana dimaksud pada huruf a dilakukan berdasarkan hasil verifikasi yang dilakukan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Kabupaten;
 - c. Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Kabupaten melakukan verifikasi atas klaim mencakup:
 - (1) Kesesuaian realisasi pelayanan Jamkesmas dan besaran tarif disertai bukti pendukungnya;
 - (2) Pengecekan klaim dari fasilitas/tenaga kesehatan swasta yang memberikan pelayanan Jaminan Persalinan beserta bukti pendukungnya;
 - (3) Melakukan kunjungan ke lapangan untuk pengecekan kesesuaian dengan kondisi sebenarnya bila diperlukan;
 - (4) Memberikan rekomendasi dan laporan pertanggung jawaban atas klaim-klaim tersebut kepada Kepala Dinas Kesehatan setiap bulan yang akan dijadikan laporan pertanggungjawaban keuangan ke Pusat.

4. Sesuai dengan ketentuan pengelolaan keuangan Negara, jasa giro/bunga bank harus disetorkan oleh Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Kabupaten ke Kas Negara;
5. Seluruh berkas rincian bukti-bukti yakni:
 - a. Dokumen pengeluaran dana dan dokumen atas klaim Jamkesmas dan Persalinan di Pelayanan Dasar oleh Puskesmas dan Fasilitas Kesehatan swasta;
 - b. Bukti-bukti pendukung klaim sebagaimana dipersyaratkan, disimpan di Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai dokumen yang dipersiapkan apabila audit oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF).
6. Pengelola keuangan di Puskesmas harus memiliki Buku Tunai, Kwitansi, Pajak, Faktur, data dukung sesuai kegiatan;
7. Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Kabupaten membuat dan mengirimkan Rekapitulasi Realisasi Laporan Penggunaan Dana pelayanan Jamkesmas dan jaminan Persalinan di Pelayanan Dasar yang telah dibayarkan ke Puskesmas dan Fasilitas Kesehatan Swasta ke Tim Pengelola Pusat/Pusat Pembiayaan dan jaminan Kesehatan dengan tembusan ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Pasal 17

Pertanggungjawaban klaim dilengkapi dengan pendukung berupa:

1. Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar berupa bukti kunjungan dan atau tindakan yang telah dilakukan oleh Puskesmas dan jaringannya, dengan melampirkan fotokopi kartu jamkesmas dan bukti tindakan yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan dasar;
2. Persalinan Jaminan Kesehatan Masyarakat dibuktikan dengan pengajuan klaim dengan kelengkapan berkas, fotokopi kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat, fotokopi Kartu Keluarga, partograf yang ditanda tangani oleh tenaga kesehatan yang menolong, surat kelahiran dari desa dan bidan penolong, kwitansi penerimaan yang ditanda tangani oleh peserta dan bidan penolong;
3. Pelayanan kegiatan rujukan di buktikan dengan fotokopi kartu peserta, surat rujukan dari Fasilitas kesehatan yang merujuk dengan di bubuhi bukti penerimaan rujukan dari Rumah Sakit tempat rujukan.

BAB X MEKANISME

Pasal 18

- (1) Setelah Puskesmas dan jaringannya, melakukan pelayanan kesehatan dan mendapatkan pembayaran klaim dari Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat, Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan Kabupaten, selanjutnya status dana tersebut berubah menjadi pendapatan/penerimaan fasilitas kesehatan.
- (2) Pendapatan Puskesmas dari Jaminan Kesehatan Masyarakat masih bersifat bruto dan penggunaannya langsung dibayarkan untuk jasa pelayanan kesehatan sebesar 50% (Lima puluh persen) dan sisanya sebesar 50% (Lima puluh persen) disetorkan ke Kas Daerah sebagai pendapatan pemerintah Kabupaten Bojonegoro. Pendapatan bruto dan netto keduanya dilaporkan secara utuh ke Kas Daerah untuk dicatat.
- (3) Untuk pemeriksaan kehamilan (ANC), pertolongan persalinan dan pemeriksaan nifas (PNC) pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat dibayarkan untuk jasa pelayanan sebesar 85% (Delapan puluh lima persen) dan sisanya sebesar 15 % (Lima belas persen) disetorkan ke Kas Daerah sebagai Pendapatan Kabupaten Bojonegoro, besaran Tarif mengacu pada Petunjuk Teknis Jampersal yang berlaku. Pendapatan bruto dan netto keduanya dilaporkan secara utuh ke Kas Daerah untuk dicatat.

BAB XI PENGORGANISASIAN

Pasal 19

- (1) Pengelolaan kegiatan Jaminan Persalinan terintegrasi dengan kegiatan jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).
- (2) Pengorganisasian manajemen Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) terdiri dari:
 - a. Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) bersifat lintas sektor;
 - b. Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) bersifat lintas program.

Pasal 20

- (1) Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) huruf a ditetapkan oleh Bupati yang terdiri dari Pelindung, Ketua, Sekretaris dan Anggota;
- (2) Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bersifat lintas sektor terkait, diketuai oleh Sekretaris Daerah Kabupaten dengan anggota terdiri dari pejabat terkait;
- (3) Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tingkat Kabupaten mempunyai tugas:
 - a. Menjabarkan strategi dan kebijakan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tingkat Kabupaten;
 - b. Mengarahkan pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sesuai kebijakan nasional;
 - c. Melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan kegiatan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di tingkat Kabupaten;
 - d. Menjadi fasilitator lintas sektor tingkat Kabupaten dan Puskesmas.
- (4) Struktur Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tingkat Kabupaten adalah sebagai berikut:
 - a. Pelindung : Bupati.
 - b. Ketua : Sekretaris Daerah Kabupaten.
 - c. Sekretaris : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten.
 - d. Anggota :
 1. Asisten Perekonomian dan Pembangunan Setda.
 2. Kepala Bappeda.
 3. Sekretaris Dinas Kesehatan.
 4. Direktur Rumah sakit RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo.
 5. Direktur RSUD Sumberrejo.
 6. Direktur RSUD Padangan.
 7. Kepala PT Askes Cabang Bojonegoro.

Pasal 21

- (1) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai penanggung jawab pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Bantuan Operasional Kesehatan membentuk Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tingkat Kabupaten;
- (2) Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Kabupaten terintegrasi meliputi seluruh kegiatan pengelolaan Jamkesmas (termasuk Jampersal) dan BOK;
- (3) Struktur Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tingkat Kabupaten terdiri dari:
 - a. Pelindung : Sekretaris Daerah
 - b. Penanggung Jawab : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten
 - c. Pelaksana :
 1. Ketua: Sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten.
 2. Anggota: Seluruh Kepala Bidang di Dinas Kesehatan Kabupaten.
 3. Sekretariat:
 - a) Diketuai oleh salah satu Kepala Bidang pada Dinas Kesehatan kabupaten, diutamakan bidang yang bertanggung jawab dalam Jaminan Kesehatan.
 - b) Ketua Koordinator Bidang Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).
 - c) Ketua Koordinator Bidang Verifikasi dan Klaim Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).
 - d) Setiap Koordinator Bidang dibantu minimal 3 (tiga) orang staf.
- (4) Sekretariat Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat, Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan mempunyai tugas keseluruhan sebagai pendukung (*supporting*) kelancaran pelaksanaan pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).

- (5) Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19 ayat (2) huruf b dalam menjalankan tugas dan fungsinya terintegrasi menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan.
- (6) Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sekaligus menjadi Tim Pengelola Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan Jaminan Persalinan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam penyelenggaraan Jamkesmas.
- (7) Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam melaksanakan kegiatan manajemen, didukung oleh pembiayaan yang berasal dari dana manajemen BOK yang bersumber dari dana Tugas Pembantuan Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA Kemenkes RI.
- (8) Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), diberikan honorarium yang bersumber dari dana Dekonsentrasi Jaminan Kesehatan Masyarakat.
- (9) Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tingkat Kabupaten mempunyai tugas:
 - a. Melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tingkat Pusat;
 - b. Mempertanggungjawabkan manajemen penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) secara keseluruhan di wilayah kerjanya;
 - c. Melakukan pembinaan (koordinasi dan evaluasi) terhadap pelaksanaan kegiatan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK);
 - d. Melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di wilayah kerjanya (termasuk pada fasilitas pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas pelayanan lanjutan);

- e. Memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan Tim Koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka evaluasi, monitoring, pembinaan dan penyelesaian lintas instansi yang terkait dengan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK);
- f. Mengkoordinasikan manajemen pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK);
- g. Melakukan sosialisasi dan advokasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK);
- h. Melakukan monitoring, evaluasi, pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK);
- i. Melakukan telaah atas kegiatan (POA) Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang diusulkan Puskesmas;
- j. Menyalurkan dana kepada Puskesmas yang didasarkan atas usulan-usulan kegiatan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang disetujui dan ditandatangani Kepala Dinas Kesehatan atau pejabat yang diberikan kewenangan oleh Kepala Dinas Kesehatan;
- k. Melakukan verifikasi atas semua kegiatan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang dilaksanakan Puskesmas berdasarkan usulan kegiatan sebelumnya;
- l. Menangani penyelesaian keluhan terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK);
- m. Selaku Pembina verifikator independen melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan kegiatan verifikator independen di daerahnya, termasuk di dalamnya adalah melakukan evaluasi kinerja terhadap kegiatan verifikator independen;
- n. Mengupayakan peningkatan dana untuk operasional dan manajemen Puskesmas melalui BOK dan peningkatan dana kepesertaan Jaminan Kesehatan dari sumber APBD;

- o. Melakukan pengawasan dan pemeliharaan terhadap inventaris barang yang telah diserahkan Kementerian Kesehatan untuk menunjang pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di daerahnya;
 - p. Menyusun dan menyampaikan laporan keuangan dan hasil kinerja kepada Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tingkat Pusat;
 - q. Menyusun dan menyampaikan laporan atas semua pelaksanaan tugas penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) kepada Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) Tingkat Pusat melalui Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- (10) Untuk melaksanakan tugas dan fungsi Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) secara serasi, harmoni, dan terintegrasi, maka pengorganisasian Jamkesmas dan BOK melibatkan seluruh struktur yang ada di Dinas Kesehatan kabupaten.

BAB XII INDIKATOR KEBERHASILAN, PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Bagian Kesatu INDIKATOR

Pasal 22

- (1) Indikator keberhasilan Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan sebagai dasar dalam menilai keberhasilan dan pencapaian pelaksanaan Jaminan Persalinan digunakan beberapa kelompok indikator.
- (2) Indikator keberhasilan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. Indikator Kinerja Program terdiri dari:
 - 1) Cakupan kunjungan masyarakat miskin
 - 2) Cakupan rujukan masyarakat miskin
 - b. Indikator Kinerja Pendanaan dan Tata Kelola Keuangan terdiri dari:
 - 1) Tersedianya dana jaminan kesehatan masyarakat dan jaminan persalinan pada seluruh daerah sesuai kebutuhannya;
 - 2) Termanfaatkannya dana bagi peserta jamkesmas dan seluruh ibu hamil/bersalin yang membutuhkan;

- 3) Terselenggaranya proses klaim dan pertanggungjawaban dana Jaminan kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan untuk pelayanan dasar dan pelayanan rujukan, dan pelayanan rujukan persalinan secara akuntabel.

**Bagian Kedua
PEMANTAUAN DAN EVALUASI**

Pasal 23

- (1) Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program Jaminan Persalinan terintegrasi dengan program Jaminan Kesehatan Masyarakat.
- (2) Pemantauan dilaksanakan dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai kesesuaian antara rencana program dan pelaksanaan di lapangan, sedangkan evaluasi dilaksanakan dengan tujuan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan.
- (3) Ruang Lingkup dalam pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program adalah meliputi:
 - a. Data peserta, pencatatan, dan penanganan keluhan;
 - b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar, pertolongan persalinan yang meliputi jumlah kunjungan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun rujukan;
 - c. Pelaksanaan penyaluran dana dan verifikasi pertanggungjawaban dana;
 - d. Pelaksanaan verifikasi penggunaan dana program;
 - e. Pengelolaan program di tingkat Kabupaten.
- (4) Pemantauan dan evaluasi dilakukan berupa secara berkala bulanan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten melalui kegiatan-kegiatan sebagai berikut :
 - a. Pertemuan koordinasi;
 - b. Pengolahan dan analisis data;
 - c. Supervisi.

**Bagian Ketiga
PENANGANAN KELUHAN**

Pasal 24

- (1) Penanganan keluhan atas pelaksanaan program jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan berupa penyampaian keluhan sebagai masukan untuk perbaikan dan peningkatan program.

- (2) Penyampaian keluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan oleh peserta, pemerhati, dan petugas fasilitas kesehatan kepada pengelola program di Dinas Kesehatan, dengan memperhatikan prinsip:
- a. Keluhan harus direspon secara cepat dan tepat;
 - b. Penanganan keluhan dilakukan pada tingkat terdekat dengan masalah dan penyelesaiannya dapat dilakukan secara berjenjang;
 - c. Penanganan keluhan dapat memanfaatkan unit yang telah tersedia di fasilitas kesehatan maupun Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro.

BAB XIII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 25

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat dilaksanakan dengan tujuan agar pelaksanaan program lebih berdaya guna dan berhasil guna;
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara berjenjang sesuai dengan tugas dan fungsinya, diantaranya:
- a. Pembinaan dilakukan secara:
 - 1) Pembinaan dalam penyusunan POA program;
 - 2) Pembinaan dalam pelaksanaan program di lapangan;
 - 3) Pembinaan dalam pertanggungjawaban dana dan tatalaksana dan tatakelola keuangan serta pemanfaatan dana;
 - 4) Pembinaan dalam proses verifikasi;
 - 5) Pembinaan dalam proses sistem informasi manajemen.
 - b. Pengawasan dilakukan secara:
 - 1) Pengawasan melekat;
 - 2) Pengawasan fungsional.

BAB XIV PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 26

- (1) Untuk mendukung pelaksanaan pemantauan dan evaluasi diperlukan pencatatan dan pelaporan atas pelaksanaan program secara rutin setiap bulan.

- (2) Pencatatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan hasil kegiatan pelayanan program dilakukan oleh fasilitas kesehatan pada register pencatatan yang ada.
- (3) Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- Rekapitulasi pelaksanaan program dari fasilitas kesehatan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten selaku Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) pada tanggal 5 (lima) setiap bulannya;
 - Rekapitulasi dari seluruh laporan hasil pelaksanaan program di wilayah Kabupaten pada Dinas Kesehatan Kabupaten selaku Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Persalinan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sebagai bahan laporan kepada Dinas Kesehatan Provinsi setiap tanggal 15 (lima belas) setiap bulannya.

BAB XV KETENTUAN PENUTUP

Pasal 27

Hal-hal yang belum cukup diatur dalam Peraturan Bupati ini, sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut dengan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro dan dilaporkan kepada Bupati.

Pasal 28

Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak tanggal diundangkan. Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Bojonegoro.

Ditetapkan di Bojonegoro
pada tanggal 15 April 2011

BUPATI BOJONEGORO,

ttd.

H. S U Y O T O

Diundangkan di Bojonegoro
pada tanggal 15 April 2011

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO

ttd.

Drs. SOEHADI MOELJONO, MM

Pembina Utama Madya

NIP. 19600131 198603 1 008

BERITA DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO TAHUN 2011 NOMOR 39.

Salinan sesuai dengan aslinya

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BOJONEGORO



Drs. SOEHADI MOELJONO, MM

Pembina Utama Madya

NIP. 19600131 198603 1 008