

PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN  
NOMOR 1 TAHUN 2018  
TENTANG  
PENILAIAN KEGAWATDARURATAN DAN PROSEDUR PENGGANTIAN BIAYA  
PELAYANAN GAWAT DARURAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

Menimbang :            bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 40 ayat (5) Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, perlu menetapkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan tentang Penilaian Kegawatdaruratan dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat;

Mengingat :            1. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan

5

Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62);

2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 510);
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 802);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 143);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TENTANG PENILAIAN KEGAWATDARURATAN DAN PROSEDUR PENGGANTIAN BIAYA PELAYANAN GAWAT DARURAT.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Badan ini yang dimaksud dengan:

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
2. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
3. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat.
4. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya disingkat FKTP adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.
5. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat

lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus.

6. Kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.
7. Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.
8. Instalasi Gawat Darurat adalah salah satu unit di rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi Peserta yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya, kecacatan, atau memerlukan tindakan medis segera.
9. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
10. Pelayanan Kegawatdaruratan adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan sesuai dengan kemampuan Fasilitas Kesehatan.
11. Aplikasi INA-CBG adalah instrumen pengajuan klaim pembayaran pelayanan kesehatan jaminan kesehatan nasional yang telah dilaksanakan FKRTL.

4

## BAB II PENILAIAN KEGAWATDARURATAN

### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 2

Penilaian kegawatdaruratan medis Peserta wajib dilakukan untuk menjamin hak Peserta dalam menerima Pelayanan Kegawatdaruratan medis pada:

- a. FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
- b. FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan tanpa disertai dengan surat rujukan dari FKTP; dan
- c. Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

#### Pasal 3

BPJS Kesehatan menjamin pelayanan gawat darurat medis yang dilakukan:

- a. sesuai dengan kegawatdaruratan medis;
- b. di ruang pemeriksaan atau Instalasi Gawat Darurat; dan
- c. sesuai dengan tata laksana penanganan gawat darurat,  
dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 4

Pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan, dan/atau kecacatan sesuai dengan kemampuan Fasilitas Kesehatan.

#### Pasal 5

Pelayanan gawat darurat medis diberikan oleh:

- a. FKTP; atau
- b. FKRTL,  
baik yang bekerjasama maupun tidak bekerjasama

5

dengan BPJS Kesehatan.

Pasal 6

- (1) BPJS Kesehatan dalam menjamin pelayanan gawat darurat medis harus memenuhi syarat:
  - a. memenuhi kriteria sebagai pasien gawat darurat medis;
  - b. pelayanan dilakukan di ruang pemeriksaan atau Instalasi Gawat Darurat; dan
  - c. pelayanan dilakukan sesuai dengan tata laksana penanganan gawat darurat.
- (2) Kriteria sebagai pasien gawat darurat medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas:
  - a. mengancam nyawa;
  - b. adanya gangguan pada jalan nafas/*airway*, pernafasan/*breathing*, sirkulasi/*circulation* dan dehidrasi/*dehydration*;
  - c. adanya penurunan kesadaran;
  - d. adanya gangguan hemodinamik;
  - e. memerlukan tindakan segera yaitu suatu kondisi yang harus ditangani agar tidak melewati *golden period* (kurang dari 6 (enam) jam), apabila melewati akan menyebabkan kerusakan organ yang permanen/kematian; atau
  - f. gejala psikotik akut/*panic attack* yang membahayakan atau kegawatdaruratan lain di bidang psikiatri.
- (3) Tata laksana penanganan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri atas:
  - a. triase;
  - b. resusitasi;
  - c. stabilisasi; dan
  - d. evakuasi.

Pasal 7

Pelayanan gawat darurat medis di FKRTL diberikan di FKRTL tanpa memerlukan surat rujukan dari FKTP maupun FKRTL.

Pasal 8

Fasilitas Kesehatan yang memberikan pelayanan gawat darurat medis yang termasuk dalam pelayanan yang dijamin dalam jaminan kesehatan nasional baik yang bekerjasama maupun yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, dilarang meminta atau menarik biaya kepada Peserta.

Bagian Kedua

Manfaat Pelayanan Kegawatdaruratan

Pasal 9

- (1) Manfaat pelayanan gawat darurat medis yang diberikan meliputi:
  - a. administrasi pelayanan;
  - b. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
  - c. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
  - d. pelayanan alat kesehatan;
  - e. pelayanan penunjang diagnostik sesuai dengan indikasi medis;
  - f. pelayanan darah;
  - g. akomodasi sesuai dengan indikasi medis; dan
  - h. pelayanan ambulan antar Fasilitas Kesehatan untuk rujukan Peserta dengan kondisi gawat darurnya telah teratasi dan dapat dipindahkan ke Fasilitas Kesehatan yang lebih tepat, atau dari Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan ke Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
- (2) Dalam hal terjadi kegawatdaruratan pada Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama, akomodasi sesuai dengan indikasi medis sebagaimana

dimaksud pada ayat (1) huruf g diberlakukan terbatas.

### Bagian Ketiga

#### Prosedur Pelayanan Kegawatdaruratan Medis

##### Pasal 10

- (1) Prosedur pelayanan gawat darurat medis di FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dilaksanakan melalui tahapan:
  - a. Peserta atau keluarga Peserta datang ke FKTP;
  - b. FKTP menilai keadaan kegawatdaruratan Peserta;
  - c. FKTP memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis;
  - d. Peserta atau keluarga Peserta menunjukkan kartu identitas Peserta dan kartu identitas lain yang berlaku;
  - e. FKTP memastikan eligibilitas kepesertaan melalui aplikasi BPJS Kesehatan;
  - f. FKTP menyampaikan lingkup manfaat jaminan kesehatan nasional;
  - g. Peserta atau keluarga Peserta menandatangani bukti pelayanan yang telah diberikan setelah dinyatakan sesuai dengan lingkup manfaat jaminan kesehatan nasional pada lembar yang disediakan setelah mendapatkan pelayanan; dan
  - h. lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing FKTP.
- (2) Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan, Peserta dapat:
  - a. pulang setelah pelayanan selesai;
  - b. dirawat inap; atau
  - c. dirujuk ke FKRTL.
- (3) Dalam hal Peserta dirujuk ke FKRTL sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c maka Peserta diberikan surat rujukan/konsul eksternal yang

5

dilampiri lembar surat rujukan eksternal online yang diterbitkan melalui aplikasi untuk mendapatkan pelayanan di FKRTL penerima rujukan.

#### Pasal 11

Prosedur pelayanan gawat darurat medis di FKTP yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dilaksanakan dengan tahapan:

- a. Peserta atau keluarga Peserta datang ke FKTP yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
- b. FKTP menilai keadaan kegawatdaruratan Peserta;
- c. FKTP memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis;
- d. Peserta atau keluarga Peserta menunjukkan kartu identitas Peserta dan kartu identitas lain yang berlaku;
- e. FKTP dapat memastikan eligibilitas kepesertaan melalui call center BPJS Kesehatan atau dengan menghubungi kantor cabang BPJS Kesehatan terdekat;
- f. FKTP menyampaikan lingkup manfaat jaminan kesehatan nasional;
- g. Apabila kondisi kegawatdaruratan Peserta sudah teratasi dan dapat dipindahkan serta masih memerlukan perawatan lanjutan, Peserta dapat dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan baik tingkat pertama maupun ke tingkat lanjutan;
- h. Dalam hal Peserta tidak bersedia untuk dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maka biaya pelayanan selanjutnya tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan; dan
- i. Fasilitas Kesehatan menjelaskan mengenai biaya pelayanan yang tidak dijamin sebagaimana dimaksud dalam huruf h kepada Peserta dan Peserta menandatangani surat pernyataan bersedia menanggung biaya pelayanan selanjutnya.



Pasal 12

- (1) Prosedur pelayanan gawat darurat medis di FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dilaksanakan melalui tahapan:
  - a. Peserta atau keluarga Peserta datang ke Instalasi Gawat Darurat FKRTL;
  - b. FKRTL menilai keadaan kegawatdaruratan Peserta;
  - c. FKRTL memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis;
  - d. Peserta atau keluarga Peserta menunjukkan kartu identitas Peserta BPJS Kesehatan dan kartu identitas lain yang berlaku;
  - e. FKRTL memastikan eligibilitas kepesertaan melalui aplikasi BPJS Kesehatan;
  - f. FKRTL menyampaikan lingkup manfaat jaminan kesehatan nasional; dan
  - g. Peserta atau keluarga Peserta menandatangani bukti pelayanan yang telah diberikan setelah dinyatakan sesuai dengan lingkup manfaat jaminan kesehatan nasional pada lembar yang disediakan setelah mendapatkan pelayanan.
  - h. lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing FKRTL.
- (2) Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan di Instalasi Gawat Darurat, Peserta dapat:
  - a. pulang setelah pelayanan selesai;
  - b. dirawat inap; atau
  - c. dirujuk ke FKRTL lain.
- (3) Dalam hal Peserta dirujuk ke FKRTL lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c maka Peserta diberikan surat rujukan/konsul eksternal yang dilampiri lembar surat rujukan eksternal online yang diterbitkan melalui aplikasi untuk mendapatkan pelayanan di FKRTL penerima rujukan.



Pasal 13

Prosedur pelayanan gawat darurat medis di FKRTL yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dilaksanakan dengan tahapan:

- a. Peserta atau keluarga Peserta datang ke Instalasi Gawat Darurat FKRTL;
- b. FKRTL menilai keadaan kegawatdaruratan Peserta;
- c. FKRTL memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis;
- d. Peserta atau keluarga Peserta menunjukkan kartu identitas Peserta dan kartu identitas lain yang berlaku;
- e. FKRTL dapat memastikan eligibilitas kepesertaan melalui *call center* BPJS Kesehatan atau dengan menghubungi kantor cabang BPJS Kesehatan terdekat;
- f. FKRTL menyampaikan lingkup manfaat jaminan Jaminan Kesehatan Nasional;
- g. dalam hal kondisi kegawatdaruratan Peserta sudah teratasi dan Peserta dalam kondisi dapat dipindahkan, tetapi Peserta tidak bersedia untuk dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maka biaya pelayanan selanjutnya tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan; dan
- h. Fasilitas Kesehatan menjelaskan mengenai biaya pelayanan yang tidak dijamin sebagaimana dimaksud dalam huruf g kepada Peserta dan Peserta menandatangani surat pernyataan bersedia menanggung biaya pelayanan selanjutnya.

9

**BAB III**  
**PROSEDUR PENGGANTIAN BIAYA**  
**KEGAWATDARURATAN**

**Bagian Kesatu**  
**Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat di FKTP**

**Pasal 14**

Pembayaran pelayanan gawat darurat yang dilakukan oleh:

- a. FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sudah termasuk dalam komponen kapitasi; atau
- b. FKTP yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**Pasal 15**

Mekanisme penagihan klaim pelayanan gawat darurat oleh FKTP yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dilaksanakan melalui tahapan:

- a. FKTP melapor ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan;
- b. Kantor Cabang BPJS Kesehatan meminta ke Kantor Pusat BPJS Kesehatan yang menangani fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer untuk dibuatkan kode Fasilitas Kesehatan baru "Fasilitas Kesehatan tidak kerja sama";
- c. FKTP melakukan entry tagihan; dan
- d. Kantor Cabang BPJS Kesehatan melakukan verifikasi dan pembayaran tagihan.

**Pasal 16**

- (1) Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya.
- (2) Kelengkapan administrasi klaim umum yang harus dilengkapi oleh FKTP terdiri atas:
  - a. formulir pengajuan klaim rangkap 3 (tiga);
  - b. hasil input data tagihan klaim pelayanan

5

- kesehatan pada aplikasi pelayanan primer BPJS Kesehatan dan rekapitulasi pelayanan sesuai format yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.
- c. kuitansi asli bermaterai;
  - d. bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh Peserta atau anggota keluarga; dan
  - e. kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.
- (3) Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan kelengkapan lain sebagai berikut:
- a. rekapitulasi pelayanan, yang terdiri atas:
    - 1. nama penderita;
    - 2. nomor identitas;
    - 3. alamat dan nomor telepon Peserta;
    - 4. diagnosa penyakit;
    - 5. tindakan yang diberikan;
    - 6. tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan;
    - 7. jumlah tagihan per Peserta; dan
    - 8. jumlah seluruh tagihan; dan
  - b. salinan identitas Peserta BPJS Kesehatan.
- (4) Pengajuan dokumen klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan jangka waktu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## Bagian Kedua

### Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat di FKRTL

#### Pasal 17

- (1) BPJS Kesehatan memberikan pembayaran kepada FKRTL yang bekerjasama maupun tidak bekerjasama yang melakukan pelayanan gawat darurat kepada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional.
- 

- (2) Klaim pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditagihkan kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan Tarif INA-CBG berdasarkan kelompok Tarif INA-CBG sesuai dengan kelas rumah sakit yang ditetapkan.
- (3) Terhadap FKRTL yang belum memiliki penetapan kelas, klaim dibayarkan sesuai dengan Tarif INA-CBG rumah sakit kelas D.

Pasal 18

- (1) Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya.
- (2) Bagi Fasilitas Kesehatan yang belum dapat mengajukan dalam bentuk *soft file* luaran INA-CBG maka klaim *dientry* oleh Fasilitas Kesehatan tersebut di Kantor Cabang BPJS Kesehatan terdekat.
- (3) Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKRTL terdiri atas:
  - a. kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
    1. formulir pengajuan klaim rangkap 3 (tiga) yang ditandatangani oleh pimpinan FKRTL atau pejabat lain yang berwenang, paling rendah yang menjabat sebagai Kepala Instansi;
    2. *soft file* luaran aplikasi BPJS Kesehatan;
    3. kuitansi asli bermaterai; dan
    4. surat tanggung jawab mutlak bermaterai cukup yang ditandatangani oleh pimpinan atau direktur FKRTL; dan
  - b. kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
    1. bukti pendukung yang meliputi informasi tentang keabsahan Peserta, resume medis dan pelayanan spesial *case based groups* apabila diberikan;



2. perincian tagihan rumah sakit (manual atau *automatic billing*); dan
  3. berkas pendukung lain yang diperlukan.
- (4) Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan administrasi khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan kelengkapan lain sebagai berikut:
- a. rekapitulasi pelayanan, yang terdiri atas:
    1. nama penderita;
    2. nomor identitas;
    3. alamat dan nomor telepon Peserta;
    4. diagnosa penyakit;
    5. tindakan yang diberikan; dan
    6. tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan; dan
  - b. salinan identitas Peserta BPJS Kesehatan.
- (5) Pengajuan dokumen klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan jangka waktu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### BAB IV KETENTUAN PENUTUP

##### Pasal 19

Peraturan Badan ini mulai berlaku 1 (satu) bulan sejak tanggal diundangkan.

4

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Badan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 8 Februari 2018

DIREKTUR UTAMA  
BADAN PENYELENGGARA  
JAMINAN SOSIAL KESEHATAN,

ttd

FACHMI IDRIS

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 13 Februari 2018

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2018 NOMOR 253

Salinan sesuai dengan aslinya.  
Deputi Direksi Bidang Hubungan Antar Lembaga  
Dan Regulasi,

