



# RENSTRA

2020-2024 (Revisi 2021)

**KEMENTERIAN SOSIAL**

**DIREKTORAT JENDERAL REHABILITASI SOSIAL**



# Rencana Strategis Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial 2020-2024 (Revisi 2021)

**Rencana Strategis  
Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial  
2020-2024**

## KATA PENGANTAR

Rencana Strategis (Renstra) Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial merupakan panduan 5 (lima) tahun pelaksanaan tugas pokok Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial untuk periode 2020-2024. Renstra ini disusun antara lain berdasarkan hasil evaluasi terhadap pelaksanaan Renstra periode sebelumnya, analisa atas pendapat para pemangku kepentingan (*stakeholders*) di tingkat pusat dan daerah, analisa terhadap dinamika perubahan lingkungan strategis global, nasional, maupun lokal. Selain itu, Renstra ini juga disusun dengan berpedoman pada Renstra Kemensos 2020-2024 dan juga Dokumen RPJMN 2020-2024 yang berisi agenda, visi, misi, tujuan, dan sasaran pembangunan nasional di bawah kepemimpinan periode kedua Presiden Joko Widodo.

Renstra ini diharapkan dapat dijadikan pedoman bagi semua pimpinan dan staf di unit-unit kerja di lingkungan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi program dan kegiatan rehabilitasi sosial. Pelaksanaan program dan kegiatan dilaksanakan secara akuntabel dan berorientasi pada peningkatan kinerja (hasil), bukan hanya peningkatan kerja (proses). Sedapat mungkin hasil dicapai dengan penggunaan input sumber daya yang efisien. Evaluasi setiap tahun perlu dilakukan untuk mengetahui ketercapaian target-target dalam Renstra serta kendala-kendala yang dihadapi. Jika diperlukan, berdasarkan hasil evaluasi dapat dilakukan revisi terhadap target-target tersebut apabila memang terdapat kebutuhan atau perubahan lingkungan strategis. Revisi dilakukan sesuai dengan mekanisme yang berlaku dan tanpa mengubah tujuan.

Jakarta, April 2021  
Direktur Jenderal  
Rehabilitasi Sosial,



Raden Harry Hikmat

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GRAFIK	v
BAB I PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang	1
1.1 Kondisi Umum	5
1.2 Harapan Pengembangan Pelayanan, Perlindungan dan Rehabilitasi Sosial	22
2. Potensi dan Permasalahan	23
2.1 Potensi	23
2.2 Permasalahan	28
2.3 Isu-Isu Strategis	30
2.4 Tantangan	32
2.5 Peluang	33
2.6 Kekuatan	34
2.7 Kelemahan	35
2.8 Kondisi yang Diinginkan dan Proyeksi ke Depan	37
2.9 Landasan Hukum	39
BAB II VISI, MISI DAN TUJUAN DIREKTORAT JENDERAL REHABILITASI SOSIAL	43
1. Visi	44
2. Misi	45
3. Tujuan	46
4. Sasaran Strategis	46
5. Kebijakan Teknis	47
6. Indikator Kinerja Utama (IKU)	47

BAB III ARAH KEBIJAKAN, STRATEGI, KERANGKA REGULASI DAN KERANGKA KELEMBAGAAN DIREKTORAT JENDERAL REHABILITASI SOSIAL	53
1. Arah Kebijakan Umum, Norma dan Sasaran Pokok Pembangunan Nasional 2020-2024	53
2. Arah Kebijakan dan Strategi Ditjen Rehabilitasi Sosial Berdasarkan Agenda Pembangunan Nasional	55
3. Kerangka Regulasi	59
4. Kerangka Kelembagaan	62
BAB IV TARGET KINERJA DAN KERANGKA PENDANAAN	86
1. Target Kinerja	86
2. Kerangka Pendanaan	87
BAB V PENUTUP	89

## DAFTAR TABEL

	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1	Pengelompokan PPKS berdasarkan penduduk hasil penelitian Bappenas	7
Tabel 2	Data Populasi PPKS (update s/d tahun 2019) (Rekapitulasi Nasional Data PPKS Tahun 2019, Pusdatin Kesos),	9
Tabel 3	Data Populasi PPKS (updated s/d 2019)	9
Tabel 4	Capaian program/kegiatan pengurangan kemiskinan tahun 2019-2024 Ditjen Rehabilitasi Sosial	10
Tabel 5	Sebaran dan cakupan SDM Kesejahteraan Sosial Ditjen Rehabilitasi Sosial hingga Tahun 2019	23
Tabel 6	Potensi dan Permasalahan dalam konsep SWOT	36
Tabel 7	Analisis Kondisi Yang Diinginkan dan Proyeksi ke Depan	38
Tabel 8	Target kinerja Ditjen Rehabilitasi Sosial tahun 2020-2024	43
Tabel 9	Baseline dan Sasaran Pembangunan dalam RPJMN 2020-2024	45
Tabel 10	Kebutuhan regulasi dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial Tahun 2020-2024 Kementerian Sosial	59
Tabel 11	Hubungan antar indikator kinerja Ditjen Rehabilitasi Sosial 2020-2024	64
Tabel 12	Pembagian urusan penyelenggaraan rehabilitasi sosial Pusat dan Daerah	72
Tabel 13	Tujuan, sasaran strategis, dan indikator kinerja utama Ditjen Rehabilitasi Sosial 2020-2024	75
Tabel 14	Angka Target kinerja Kementerian Sosial tahun 2020-2024	76

## DAFTAR GRAFIK

	Judul	Halaman
Grafik 1	Peningkatan masalah sosial anak yang berhadapan dengan hukum pada tahun 2008, 2010, dan 2013	12
Grafik 2	Sebaran dan Jumlah Pegawai di masing-masing dari 38 UPT Kemensos RI dibawah Manajemen Ditjen Rehabsos	24
Grafik 3	SOTK Ditjen Rehabilitasi Sosial	60
Grafik 4	Kebijakan Teknis Penyelenggaraan Rehabilitasi Sosial merespon UU No. 23/2015 Pemerintahan Daerah	73

# BAB I

## PENDAHULUAN

---

### 1. Latar Belakang: “Kemunduran 9 Tahun”

Masih banyak warga negara Indonesia yang belum sejahtera dalam arti yang sangat mendasar, yakni belum terpenuhinya kebutuhan dasar mereka secara layak sesuai martabat kemanusiaan, terlebih dalam situasi pandemi virus corona. SMERU Research Institute melakukan riset terbaru mengenai proyeksi angka kemiskinan akibat pandemi virus corona 2019 atau Covid-19. Sebelum Covid-19 datang, angka kemiskinan Indonesia sudah mengalami penurunan. Dari awalnya 25,14 juta orang pada Maret 2019 menjadi 24,79 juta orang pada September 2019 atau terjadi penurunan 0,19 persen (sekitar 358.900 jiwa). Sehingga saat itu, Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat angka kemiskinan di Indonesia sudah mencapai 9,22 persen. BPS menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan. Setelah merebaknya Covid-19 di Indonesia, SMERU Research Institute melalui riset terbarunya mengenai proyeksi angka kemiskinan akibat pandemi Covid-19, memprediksi angka kemiskinan pada Maret 2020 naik menjadi 9,7 persen atau bertambah 1,3 juta orang miskin baru. Ini dalam skenario paling ringan. Dalam skenario terberat, angka kemiskinan pada Maret 2020 diproyeksi naik hingga 12,4 persen.

Dari data dan proyeksi kemiskinan tersebut, pelajaran pertama yang penting untuk dicatat adalah bahwa kenaikan kemiskinan hingga menyentuh angka 12,4 persen pada Maret 2020 tersebut sama dengan kondisi kemiskinan tahun 2011. **Ini angka mundur sembilan tahun ke belakang.** Apakah ini berarti upaya penurunan angka kemiskinan selama ini sia-sia? Tentu tidak. Tapi ada satu hal yang penting untuk dicatat bahwa sudah saatnya dilakukan evaluasi dan koreksi yang sungguh-sungguh terhadap upaya-upaya yang dilakukan pemerintah selama ini dalam menjalankan titah konstitusi kepada negara untuk “memelihara” fakir miskin dan anak-anak yang terlantar sebagaimana bunyi Pasal 34 ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945.

Mungkin salah satu pesan kuat dari angka 12,4 persen itu adalah bahwa program pemerintah harus lebih difokuskan pada upaya-upaya pencegahan dan pengurangan risiko-risiko agar penduduk rentan tidak serta merta jatuh miskin ketika guncangan terjadi. Mungkin pula pesan esensialnya adalah bahwa program-program “memelihara fakir miskin dan anak-anak yang terlantar” tidak boleh lagi semata-mata reaktif terhadap masalah yang sedang terjadi, melainkan lebih antisipatif terhadap berbagai kemungkinan masalah kesejahteraan sosial ke depan. Pesan ini menjadi penting digarisbawahi khususnya oleh Kementerian Sosial yang merupakan salah satu representasi dari kehadiran negara dalam menjalankan kewajiban “memelihara” fakir miskin tersebut.

Pesan esensial lainnya adalah bahwa 5 (lima) program kesejahteraan sosial, yakni Penanganan Faskir Miskin, Perlindungan Sosial, Jaminan Sosial, Pemberdayaan Sosial, dan Rehabilitasi Sosial harus segera diredesain ulang agar cocok dengan pesan tadi, yakni bagaimana mengkondisikan program-program pelayanan sosial yang dapat fokus pada penguatan kegiatan-kegiatan yang sifatnya pencegahan, intervensi dini, dan mitigasi yang mampu mengantisipasi permasalahan dikemudian hari.

Dalam konteks pesan “antisipatif” inilah seharusnya dokumen Rencana Strategis dibuat agar tidak terulang kembali angka kemiskinan bisa *setback* ke posisi sembilan tahun yang lalu. Mungkin tidak ada salahnya untuk diakui bahwa kita berkontribusi terhadap tragedi *setback* angka kemiskinan ini. Mungkin kita selama ini men-*setup* program-program kesejahteraan sosial terlalu fokus pada kegiatan-kegiatan di “hilir permasalahan” dan kurang menggarap kegiatan-kegiatan di “hulu” sehingga kurang antisipatif dalam mencegah jatuhnya kembali penduduk rentan ke jurang kemiskinan. Belajar dari kejadian ini, sudah saatnya proses penyusunan rencana strategis lima tahunan ini dimanfaatkan sebagai upaya untuk memperbaiki kesalahan-kesalahan dimasa lalu dan fokus merencanakan program-program kesejahteraan sosial yang lebih berfokus pada pencegahan, mitigasi, intervensi dini, mengoptimalkan kolaborasi antara Pemerintah Pusat, Daerah dan Masyarakat, mengurangi dominasi pemerintah pusat, mulai berbagi kewenangan secara lebih jelas antara pemerintah Pusat dan Daerah, menguatkan masyarakat dan keluarga, mengundang lebih banyak dunia usaha dan lembaga kesejahteraan sosial asing untuk bersama-sama berpartisipasi seluas-luasnya dalam kerja-kerja penyelegaraan kesejahteraan sosial yang lebih fokus menggarap “hulu” daripada “hilir.”

## 1.1. Kondisi Umum

Dalam terminologi Program, fakir miskin dan anak terlantar termasuk ke dalam kelompok Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS). PPKS merupakan kelompok prioritas penerima manfaat program kesejahteraan sosial. Mereka menjadi prioritas karena dianggap memiliki kehidupan yang tidak layak secara kemanusiaan dan memiliki salah satu atau kombinasi dari 7 (tujuh) kriteria masalah sosial berikut: kemiskinan, ketelantaran, kecacatan, keterpencilan, ketunaan sosial dan penyimpangan perilaku, korban bencana dan/atau korban tindak kekerasan, eksploitasi dan diskriminasi (Pasal 5 UU No. 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial).

Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial yang selanjutnya disingkat PPKS adalah perseorangan, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat yang karena suatu hambatan, kesulitan, atau gangguan tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya, sehingga memerlukan pelayanan sosial untuk memenuhi kebutuhan hidupnya baik jasmani dan rohani maupun sosial secara memadai dan wajar (Permensos No. 16 tahun 2019 tentang Standar Nasional Rehabilitasi Sosial).

Rehabilitasi Sosial adalah proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan seseorang mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat.

Berdasarkan data BPS, jumlah penduduk miskin pada tahun 2014 persentase penduduk miskin di Indonesia per September 2014 mencapai 10,96 persen atau 27,73 juta jiwa. Pada tahun 2015 ada tambahan penduduk miskin sekitar 1,9 juta jiwa, yang diakibatkan oleh menurunnya nilai tukar rupiah terhadap nilai dolar Amerika Serikat dan meningkatnya harga kebutuhan pokok dan BBM. Meningkatnya jumlah penduduk miskin semakin jelas dengan tingginya ketimpangan antara penduduk paling miskin dan penduduk paling kaya. Koefisien Gini pada akhir tahun 2014 diperkirakan mencapai 0,42, yang ditandai dengan ketimpangan kenaikan pendapatan penduduk kaya yang mencapai 8 persen, dan penduduk paling miskin dengan kenaikan pendapatan 2 persen. Secara nasional penduduk paling kaya menikmati 49 persen PDB nasional sedangkan selebihnya di bagi kepada dua kelas penduduk, kelas menengah dan kelas paling bawah. Pada sisi pendapatan, jumlah penduduk kelas atas sebesar

20 persen, kelas menengah sebesar 40 persen, dan kelas paling bawah mencapai 40 persen. Memperhatikan data BPS tersebut, maka jumlah penduduk miskin dari kelas paling bawah pada tahun 2014 sebanyak 27,73 juta jiwa atau sebanyak 6.932.500 KK (jika diasumsikan 1 keluarga terdiri dari 4 anggota), yang tersebar di perkotaan sebanyak 10,36 juta jiwa dan perdesaan sebanyak 17,37 juta jiwa.

Kenaikan penduduk miskin ini juga diikuti dengan kenaikan jumlah PPKS berdasarkan Permensos No. 08 tahun 2012 tentang Pedoman Pendataan dan Pengelolaan Data Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial dan Potensi dan Sumber Kesejahteraan Sosial. PPKS adalah seseorang, keluarga atau kelompok penduduk yang karena suatu hambatan, kesulitan, atau gangguan, tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya, sehingga tidak dapat terpenuhi kebutuhan hidupnya (jasmani, rohani, dan sosial) secara memadai dan wajar.

Saat ini terdapat 26 jenis PPKS yang terdaftar di Kementerian Sosial yang terdiri dari anak balita terlantar; anak terlantar; anak yang berhadapan dengan hukum; anak jalanan; anak dengan disabilitas; anak yang menjadi korban tindak kekerasan; anak yang memerlukan kebutuhan khusus; lanjut usia terlantar; penyandang disabilitas; tuna susila; gelandangan; pengemis; pemulung; kelompok minoritas; bekas warga binaan lembaga pendoondudukan; orang dengan HIV/AIDS; korban penyalahgunaan NAPZA; korban *trafficking*; korban tindak kekerasan; pekerja migran bermasalah sosial; korban bencana alam; korban bencana sosial; perempuan rawan sosial ekonomi; fakir miskin; keluarga bermasalah sosial psikologis; dan komunitas adat terpencil. PPKS tersebut oleh Kementerian Sosial dikelompokkan menjadi: (1) kemiskinan, (2) keterlantaran, (3) disabilitas, (4) ketunaansosial dan penyimpangan perilaku, (5) korban bencana, (6) keterasingan, serta (7) korban tindak kekerasan, marjinal, perdagangan orang, eksploitasi dan deskriminasi. Berdasarkan hasil penelitian Bappenas dan mempertimbangkan ketersediaan data serta kebutuhan penanganan, PPKS tersebut dikelompokkan menjadi 8 (delapan) kelompok penduduk yang memerlukan manfaat pelayanan kesejahteraan sosial (lihat Tabel 1).

Dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan penduduk miskin dan rentan yang memerlukan layanan/PPKS, pemerintah melalui Kementerian Sosial

telah melaksanakan berbagai upaya pemberian bantuan dan jaminan sosial, pemberdayaan sosial, penyediaan sarana dan prasarana pelayanan serta rehabilitasi sosial. Ruang lingkup tugas pemerintah dalam melaksanakan pembangunan kesejahteraan sosial tertuang dalam UU No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial dan UU No. 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin. UU tersebut selanjutnya diperkuat dengan turunan PP No. 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial dan PP No. 63 Tahun 2013 tentang Pelaksanaan Upaya Penanganan Fakir Miskin Melalui Pendekatan Wilayah, serta UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan PP No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Provinsi dan Pemerintahan Kabupaten/Kota.

**Tabel 1.**  
Pengelompokan PPKS berdasarkan penduduk  
hasil penelitian Bappenas

No.	Kelompok PPKS	Perincian
1.	Penduduk Telantar	▪ Balita telantar
		▪ Anak telantar usia 6-17
		▪ Penduduk telantar usia 60 tahun ke atas (lansia)
2.	Penduduk Penyandang Disabilitas	▪ Anak dengan disabilitas
		▪ Penduduk dengan disabilitas usia 18 tahun ke atas
3.	Penduduk Miskin	▪ Fakir miskin
		▪ Perempuan rawan sosial ekonomi
4.	Penduduk Miskin Tidak Berdomisili Tetap/Homeless	▪ Gelandangan
		▪ Pengemis
		▪ Anak jalanan
		▪ Pemulung
5.	Komunitas Adat Terpencil	▪ Komunitas adat terpencil
6.	Penduduk Korban Bencana	▪ Korban bencana sosial
		▪ Korban bencana alam
		▪ Korban bencana/guncangan ekonomi
7.	Penduduk Korban Tindak Kekerasan, Eksploitasi, dan Diskriminasi	▪ Anak korban tindak kekerasan
		▪ Korban tindak kekerasan usia 18 tahun ke atas
		▪ Wanita tuna susila
		▪ Korban trafficking
		▪ Pekerja migran bermasalah
8.	Penduduk Marjinal	▪ Anak berhadapan dengan hukum
		▪ Anak memerlukan perlindungan khusus lainnya
		▪ ODHA

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kelompok Minoritas</li> <li>▪ Bekas warga lepas / BWBLP</li> <li>▪ Keluarga Bermasalah Sosial Psikologis</li> <li>▪ Korban NAPZA</li> </ul>
--	--

**Sumber Data** : Berdasarkan Hasil Penelitian Bappenas (2014).

Selama periode Renstra 2015-2019, penyelenggaraan kesejahteraan sosial telah mengalami perubahan paradigma penting dan mendasar, dari pelayanan sosial sektoral/ fragmentaris ke pelayanan sosial terpadu dan berkelanjutan (*one stop service/ Single Window Service*), dari jangkauan pelayanan sosial terbatas (*narrow targeting*) & eksklusif, dari menjangkau seluruh warga yang mengalami masalah sosial (*universal approach*) & strategi inklusi, dari merespon masalah yang aktual secara reaktif ke sistem dan program kesejahteraan sosial yang komprehensif, melembaga dan profesional, serta mengutamakan pencegahan, dari fokus pada pelayanan berbasis institusi/ Balai sosial ke mengedepankan peran dan tanggung jawab keluarga dan masyarakat serta Layanan sosial dalam Lembaga bersifat temporer, dari *Voluntarism* menjadi *Profesionalism*. Namun demikian di beberapa capaian program/kegiatan, pelayanan yang diberikan masih bersifat target khusus atau parsial yang diarahkan pada program-program prioritas nasional, bidang dan kementerian. Hal tersebut dikarenakan penyelenggaraan kesejahteraan sosial masih terpusat pada pelayanan yang diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintahan daerah maupun masyarakat.

Mengingat Rencana Strategis Ditjen Rehabilitasi Sosial 2020-2024 tidak dapat dipisahkan dengan capaian hasil kinerja pada periode 2015-2019, berikut ini adalah program/kegiatan Ditjen Rehabilitasi Sosial yang berkontribusi dalam penurunan angka kemiskinan dan kerentanan serta kesenjangan selama tahun 2015 -2019.

**Tabel 2**

Data Populasi PPKS (update s/d tahun 2020)  
(Rekapitulasi Nasional Data PPKS Pusdatin Kesos)

No.	Sasaran Rehabilitasi Sosial	Populasi
1	Korban Penyalahgunaan Napza	4,4 Juta jiwa (BNN 2019)
2	Penyandang Disabilitas	22,9 Juta jiwa (BPS, Susenas 2020)
3	Tuna Sosial	1,1 Juta Jiwa (Direktorat TS KPO, 2019)
4	Anak	4 Juta (Dinas Sosial, Pendamping, LKSA, DTKS 2021)
5	Lanjut Usia	3,8 Juta Jiwa (DTKS 2019)

#### 1.1.1. Kesejahteraan Sosial Anak

Kesejahteraan Sosial Anak yang dilaksanakan melalui program Pusat dan Dekonsentrasi menyelenggarakan usaha penyantunan, perawatan, perlindungan, pengentasan anak di luar pengasuhan keluarga, dan pengangkatan anak. Tujuan dari program-program yang dilaksanakan dalam Kesejahteraan Sosial Anak adalah mengembalikan fungsi utama pengasuhan kepada keluarga.

Melalui kegiatan dekonsentrasi, untuk anak di luar asuhan keluarga terdapat kecenderungan menurun dari tahun ke tahun karena dipengaruhi oleh adanya upaya pembentukan pelayanan rumah singgah dan mengoptimalkan peranan pusat pelayanan (UPT) untuk memberikan pengasuhan alternatif bagi anak yang tidak bisa mendapatkan pengasuhan dan perawatan dari keluarga biologisnya, dan memperluas jaringan Kesejahteraan Sosial Anak, baik dengan orsos/LSM di dalam negeri maupun luar negeri.

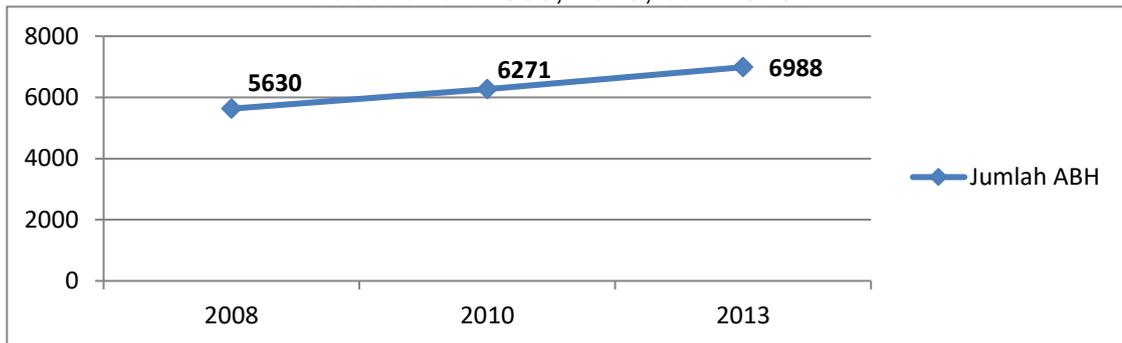
Bentuk penyelenggaraan rehabilitasi sosial dalam melindungi kasus ABH dan AMPK dilakukan lebih progresif dengan penjangkauan melalui tim

reaksi cepat (TRC) dan Satuan Bhakti Pekerja Sosial (Sakti Peksos) Perlindungan Anak. Hal ini mengingat dampak penanganan yang tidak serius akan berakibat sangat buruk bagi anak di masa datang. Sampai dengan tahun 2014 pelayanan yang diberikan masih berdasarkan target dan diarahkan pada anak dari penduduk miskin dan rentan serta anak-anak yang berhadapan dengan kasus-kasus tertentu yang berkaitan dengan norma hukum.

Pelayanan terhadap ABH sebagaimana mandat UU No. 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak (SPPA) dilakukan dengan pendekatan Keadilan Restoratif, yaitu penyelesaian perkara tindak pidana anak dengan melibatkan pelaku, korban, dan keluarga pelaku/korban, dan pihak lain yang terkait untuk bersama-sama mencari penyelesaian yang adil dengan menekankan pemulihan kembali pada keadaan semula, dan bukan pembalasan (*retaliation*). Penyelesaian melalui pengalihan penyelesaian perkara anak, dari proses peradilan pidana ke proses di luar peradilan pidana (*diversi*). Anak dapat dititipkan atau ditempatkan di lembaga penyelenggara kesejahteraan sosial (LPKS) untuk memperoleh pendampingan, pembinaan, dan rehabilitasi sosial, dengan menggunakan metode pekerjaan sosial dalam rangka perubahan perilaku. Dengan demikian, pelayanan sosial terhadap ABH adalah mengalihkan lembaga peradilan pidana ke *diversi* melalui LPKS.

UU No. 11 Tahun 2012 tentang SPPA memberikan mandat kepada Kementerian Sosial untuk membangun LPKS. Sementara kondisi saat ini Kementerian Sosial baru memiliki 4 (empat) PSMP provinsi (Jakarta, Magelang, Mataram dan Makassar) dan 3 (tiga) PSBR, serta beberapa UPT Daerah dan LKSA penduduk/lembaga mitra yang melaksanakan fungsi LPKS (pelayanan *diversi*). Kondisi ini tentunya sangat jauh dari memadai bila melihat *trend* ABH menunjukkan angka peningkatan dari tahun 2008 – hingga tahun 2013 (lihat gambar 2).

**Grafik 1.**  
Peningkatan masalah sosial anak yang berhadapan dengan hukum  
Pada tahun 2008, 2010, dan 2013.



**Sumber Data :** Kemenkumham (2013).

. Kecenderungan peningkatan angka ABH di berbagai daerah dan sesuai dengan mandat UU SPPA maka perlu diupayakan ketersediaan LPKS di seluruh wilayah Indonesia atau menfokuskan pada provinsi-provinsi tertentu sesuai dengan *trend* kejadian ABH yang ada. Meningkatnya kasus ABH berdasarkan Gambar 2 sudah sangat mengkhawatirkan, ini merupakan suatu bukti semakin besarnya resiko anak untuk melakukan tindakan melawan hukum dari kondisi lingkungan yang ada saat ini.

Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, menyebutkan jumlah penduduk Indonesia tahun 2020 sebanyak 269,6 juta jiwa. Diantara jumlah tersebut terdapat sekitar 27,8%, termasuk anak, yang tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya. Mereka memerlukan pelayanan sosial untuk memenuhi kebutuhan hidupnya secara memadai dan wajar baik kebutuhan jasmani, rohani, maupun sosial. Data lainnya yaitu Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) tahun 2019 menunjukkan terdapat 75,04 juta jiwa Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS) salah satunya kluster Anak sebanyak 27,4 juta jiwa.

Selanjutnya, penanganan kasus AMPK dilaksanakan melalui pendekatan intervensi krisis dengan merespon kasus-kasus kedaruratan anak dan anak perempuan seperti anak korban eksploitasi, korban kekerasan fisik maupun kekerasan seksual. Untuk itu merupakan kewajiban bersama untuk menciptakan lingkungan yang protektif bagi anak dan anak perempuan dengan melakukan penguatan kepada keluarga dan penduduk, agar secara sosial anak, dan anak perempuan tersebut terlindungi dan dapat tumbuh

kembang serta berfungsi sosial dengan baik.

### 1.1.2. Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas

---

Selama tiga dasawarsa terakhir, telah terjadi pergeseran landasan filosofis serta sosiologis yang mempengaruhi kondisi yuridis praktek penanganan disabilitas di berbagai belahan dunia. Sebelumnya disabilitas dianggap sebagai persoalan medis atau dikenal dengan *medical model* yang menyebabkan secara sosiologis penanganannya dianggap sebagai tanggung jawab bidang medis. Pendekatan yang dilakukan lebih diarahkan pada upaya pemberian pertolongan dan atau rehabilitasi medis melalui farmakologi atau terapi fisik. Pendekatan ini memandang bahwa disabilitas lebih merupakan persoalan individu atau kelompok penyandang disabilitas (*groups of persons with disabilities*) dan proses rehabilitasi dilakukan secara terinstitusi melalui lembaga medis seperti rumah sakit atau klinik rehabilitasi.

Pendekatan ini dipandang memiliki kelemahan karena tidak memberikan peluang yang cukup bagi penyandang disabilitas untuk memiliki kesiapan dalam menghadapi kehidupan sosial dan kemasyarakatan dengan kondisi disabilitas yang dialami. Sebaliknya keluarga, masyarakat, serta lingkungan tidak memiliki cukup kesiapan untuk memahami, menerima dan membuka kesempatan kepada penyandang disabilitas. Penyandang disabilitas cenderung mengalami keterasingan dalam kedisabilitasannya dan mengalami hambatan-hambatan sosial untuk mengembangkan kemampuan dirinya. Kondisi ini telah merubah pendekatan penanganan disabilitas dari *medical model* menuju *social model*, dimana disabilitas tidak lagi dipandang sebagai persoalan medis tetapi menjadi persoalan sosial yang memerlukan perhatian dan penanganan bersama khususnya dengan melibatkan keluarga dan masyarakat.

Model sosial memandang bahwa disabilitas merupakan persoalan ketika keterbatasan fisik, mental, intelektual atau sensorik dalam jangka waktu lama berinteraksi dengan berbagai hambatan yang dapat menyulitkan partisipasi penuh dan efektif dalam masyarakat atas dasar kesetaraan dengan yang lainnya. Hal ini menegaskan bahwa disabilitas tidak hanya persoalan individu tetapi menjadi persoalan sosial apabila menyebabkan penyandang

disabilitas mengalami hambatan untuk berpartisipasi secara setara dengan orang lain.

Pemahaman *medical model* secara tidak langsung juga menyebabkan pandangan masyarakat terhadap isu disabilitas terbatas sebagai sebuah perbuatan amal atau *charity* yang didasarkan pada belas kasihan dan tidak mengandung unsur pengembangan atau pemberdayaan. Sejalan dengan berkembangnya pendekatan model sosial, penanganan disabilitas telah berkembang pada isu pemenuhan hak (*rights*) dimana upaya yang dilakukan tidak hanya merupakan bantuan dan pertolongan medis serta amal tetapi merupakan hal yang wajib dilakukan dalam kerangka pemenuhan hak penyandang disabilitas secara setara dengan orang lain, tidak saja dalam konteks rehabilitasi dan perlindungan atas kebutuhan sebagai individu atau kelompok disabilitas tetapi dalam konteks pengembangan kemampuan dan pemberdayaan (*empowerment*) penyandang disabilitas, keluarga, dan masyarakat.

Pengembangan kemampuan dan pemberdayaan ini adalah bagian dari upaya habilitasi (*habilitation*) yang merupakan proses penanganan yang komprehensif yang diharapkan dapat memenuhi kebutuhan perkembangan penyandang disabilitas melalui berbagai program yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan, kesejahteraan dan pencapaian potensi fisik, sosial, psikologis, serta vokasional secara optimal melalui aktifitas yang bermanfaat dan produktif. Pelayanan habilitasi dirancang untuk mengembangkan, memelihara dan atau memaksimalkan kemandirian dan keberfungsian penyandang disabilitas dalam hal perawatan diri, pertumbuhan fisik, perkembangan emosi, sosialisasi, kemampuan komunikasi, dan keterampilan sosial.

Pelayanan habilitasi dapat meliputi: (a) pengembangan perilaku sosial dan keterampilan interpersonal dan pengurangan perilaku-perilaku yang *maladaptive*; (b) pengembangan kognitif termasuk keterampilan penanganan situasi darurat, pengetahuan tentang waktu, cara pengaturan dan penggunaan uang, pengenalan jalan dan rambu-rambu, kemampuan pemecahan masalah, dan lain-lain; (c) penggunaan waktu luang dan rekreasi; (d) orientasi masyarakat dan latihan melakukan mobilitas serta perjalanan; (e) pengembangan kemampuan komunikasi; (f) pengembangan keterampilan

merias dan menampilkan diri secara pantas, berpakaian, serta perilaku perawatan diri seperti membersihkan diri, makan, bercukur (*ADL*), keterampilan menjaga kesehatan diri, pencegahan dan pemeliharaan kebutuhan; (g) keterampilan dalam menentukan sikap dan melakukan advokasi diri (*self advocacy*) terkait hak kewarganegaraan, hukum, dan kebutuhan sosial.

Upaya pengembangan dan pemberdayaan penyandang disabilitas mengandung konsekuensi bahwa saat ini diperlukan pemberian kesempatan kepada keluarga dan masyarakat untuk berpartisipasi secara luas dalam berbagai penanganan isu disabilitas, dengan disertai upaya pengembangan fungsi-fungsi Unit Pelaksana Teknis (UPT) dan Lembaga Kesejahteraan Sosial bidang disabilitas di masyarakat.

Upaya pemberdayaan penyandang disabilitas tidak dapat dilakukan hanya oleh satu sektor dalam hal ini Kementerian Sosial melalui pelaksanaan tugas dan fungsi Direktorat, tetapi harus melibatkan semua pihak terkait dan masyarakat (inklusif). Rehabilitasi Sosial Orang dengan Kedisabilitas. Hal ini terkait dengan kenyataan bahwa persoalan disabilitas merupakan persoalan yang beririsan (*cross cutting issues*) yang memerlukan penanganan bersama secara lintas sektor dan lintas program. Dalam hal ini Direktorat Rehabilitasi Sosial Orang dengan Kedisabilitas telah membuka koordinasi dan kerjasama dengan Kementerian dan Lembaga lain yang memiliki tugas dan fungsi yang beririsan dalam upaya-upaya pemenuhan hak penyandang disabilitas. Segala upaya penanganan disabilitas saat ini diarahkan pada upaya pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas dengan pelibatan penyandang disabilitas dalam aspek-aspek kehidupan masyarakat menuju inklusifitas disabilitas (*disability inclusion*) dalam keseluruhan proses pembangunan di Indonesia menuju masyarakat inklusi (*community inclusion*).

Istilah penyandang disabilitas mempunyai arti yang bernuansa negatif sehingga mempunyai dampak yang sangat luas pada penyandang disabilitas sendiri, terutama dalam kaitannya dengan kebijakan publik yang sering memosisikan penyandang disabilitas sebagai objek dan tidak menjadi prioritas. Istilah “penyandang disabilitas” dalam perspektif bahasa Indonesia mempunyai makna yang berkonotasi negatif sebagai objek yang ‘rusak’ dan

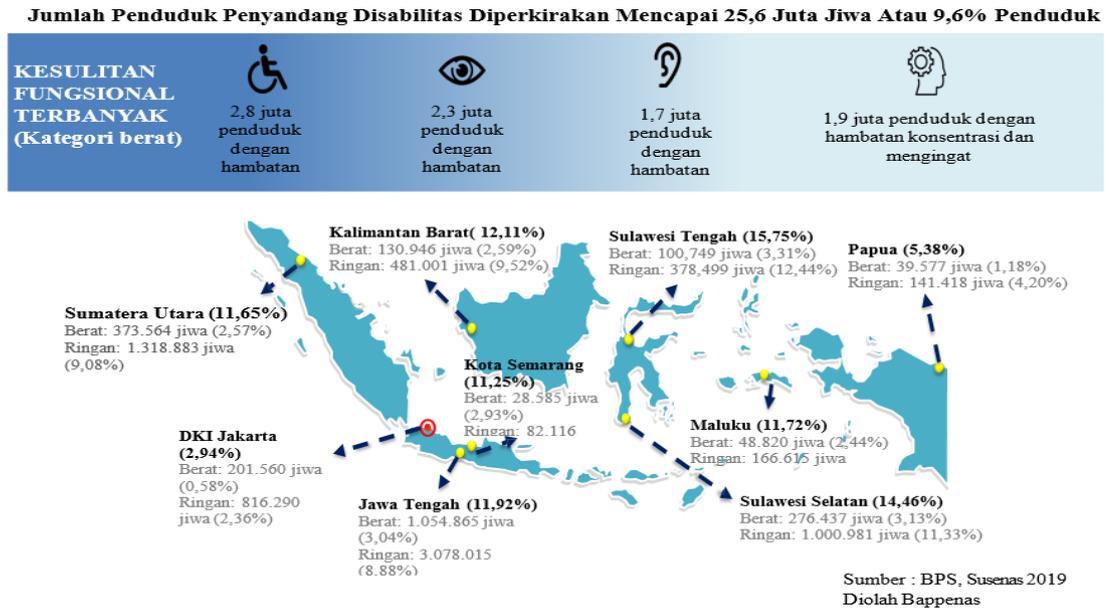
tidak terpakai dan tidak sejalan dengan prinsip utama hak asasi manusia, yakni kesamaan harkat dan martabat semua manusia, dan sekaligus bertentangan dengan nilai-nilai luhur bangsa kita yang menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Berdasarkan hal tersebut, istilah “penyandang disabilitas” perlu diganti dengan istilah baru yang mengandung nilai filosofis yang lebih konstruktif dan sesuai dengan prinsip hak asasi manusia yaitu “penyandang disabilitas” yang sudah mulai digunakan secara resmi pada Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2012 tentang Pengesahan Ratifikasi Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas.

Perubahan dari minimalnya pengaturan tanggung jawab negara terhadap perlindungan penyandang disabilitas menjadi pemaksimalan pengaturan tanggung jawab negara di segala bidang sesuai dengan cara pandang hak asasi manusia. Perlindungan diberikan sebagai bukti terpenuhinya kewajiban negara dalam hal ini pemerintah, kepada rakyatnya, di mana pemerintah mempunyai kewajiban yang mutlak untuk memberikan perlindungan hak asasi penyandang disabilitas dengan cara memberikan hak dan kesempatan yang sama dengan orang-orang lain dalam semua bidang.

Perlindungan dan pemenuhan HAM kelompok penyandang disabilitas merupakan tanggung jawab negara. Hal ini ditegaskan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Secara moral dan hukum masyarakat juga mempunyai tanggung jawab untuk menghormati HAM sesama anggota masyarakat lainnya, sebagaimana juga ditegaskan oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

Berdasarkan data Susenas 2018 (BPS 2019), jumlah penduduk penyandang disabilitas di Indonesia diperkirakan mencapai 25,6 juta jiwa atau 9,6% yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia. Dari 25,6 juta jiwa penyandang disabilitas, sebanyak 8,1 juta jiwa penyandang disabilitas kategori berat dengan rincian 2,8 juta penyandang disabilitas fisik, 2,3 juta penyandang disabilitas sensorik netra, 1,7 juta penyandang disabilitas sensorik rungu wicara, dan 1,9 juta penyandang disabilitas intelektual dan mental. Sebagaimana terlihat dalam gambar berikut ini:

**Gambar 1**  
**Jumlah Penduduk Penyandang Disabilitas tahun 2019**



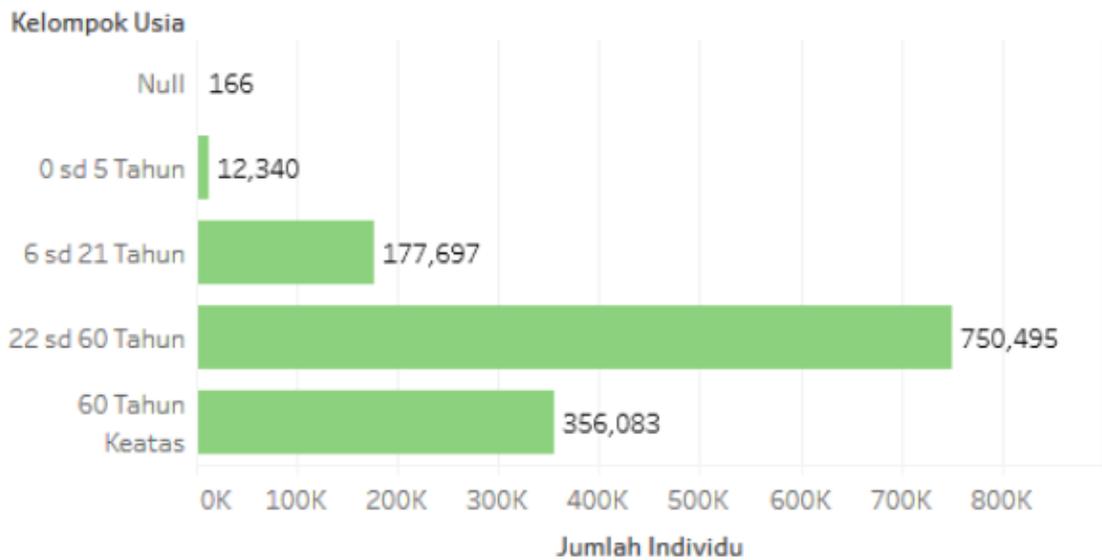
Pada *Dashboard Business Intelligence* SIKS-NG Penyandang Disabilitas Pusdatin Kessos tahun 2020, jumlah penyandang disabilitas sebanyak 1.296.781 jiwa (rasio 5,1 % dari jumlah penduduk penyandang disabilitas di Indonesia) yang menunjukkan komposisi jumlah penyandang disabilitas berdasarkan ragam disabilitas sebagaimana ditunjukkan pada gambar berikut:

**Tabel 4**  
**Komposisi Jumlah Berdasarkan Ragam Disabilitas**

Disabilitas	Jumlah
Disabilitas Fisik	331,564
Disabilitas Intelektual	219,486
Disabilitas Netra	169,758
Disabilitas Fisik & Mental	139,820
Disabilitas Rungu	130,262
Disabilitas Mental	85,048
Disabilitas Wicara	81,133
Disabilitas Rungu & Wicara	52,762
Disabilitas Netra & Fisik	31,025
Disabilitas Rungu, Wicara & Fisik	24,427
Disabilitas Netra, Rungu & Wicara	18,583
Disabilitas Netra, Rungu & Wicara	12,913
<b>Grand Total</b>	<b>1,296,781</b>

Jika dilihat dari ragam disabilitasnya, disabilitas fisik memiliki jumlah paling tinggi diantara ragam disabilitas lainnya yaitu sebanyak 331.564 jiwa dan kemudian disabilitas intelektual sebanyak 219.486 jiwa. Hampir setengah (750.492 jiwa) dari data penyandang disabilitas tersebut berada dalam kelompok usia produktif 22 s.d 60 tahun seperti yang terlihat pada grafik berikut:

**Grafik 1**  
**Penyandang Disabilitas Berdasarkan Usia**



Jika dilihat dari jenis lapangan usaha, mayoritas penyandang disabilitas yang tidak/belum memiliki pekerjaan sejumlah 857.207 jiwa. Dan sebagian besar dari penyandang disabilitas yang memiliki lapangan usaha, bekerja dalam sektor pertanian (196.195 jiwa). Hal tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut:

**Tabel 5**  
**Pekerjaan Penyandang Disabilitas**

Status Pekerjaan	Lapangan Usaha					Grand Total
	Null	Industri	Jasa	Pertanian	Lainnya	
Null	857,207	73	14	247	102,347	959,888
Berusaha	1	28,361	14,680	93,958	9,275	146,275
Buruh/karyawan/pegawai swasta		20,272	14,232	15,542	6,326	56,372
Pekerja Bebas	3	19,497	13,428	86,402	14,468	133,798
PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD/Anggota legislatif		13	370	46	19	448
Grand Total	857,211	68,216	42,724	196,195	132,435	1,296,781

Kementerian Sosial c.q. Direktorat Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas mewujudkan amanat pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas tersebut dalam bentuk penyelenggaraan Program Rehabilitasi Sosial bagi Penyandang Disabilitas. Rehabilitasi Sosial berdasarkan pasal 7 Undang-undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial dan PP 52 tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial bagi Penyandang Disabilitas dimaksudkan untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan seseorang yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar. Direktorat Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas melalui strategi Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI) Penyandang Disabilitas memperkuat kinerja Balai Besar/Balai/Loka Rehabilitasi Sosial yang melaksanakan rehabilitais sosial secara holistik, komprehensif, sistematis, diarahkan pada kepentingan terbaik penyandang disabilitas.

### 1.1.3. *Pelayanan Sosial Lanjut Usia*

---

Penanganan masalah lanjut usia dalam kurun waktu 2015 – 2019 dilakukan melalui kebijakan, program dan kegiatan. Kebijakan yang ditetapkan untuk mencapai sasaran adalah:

- a. Mewujudkan dukungan keluarga dan masyarakat terhadap kehidupan lanjut usia;
- b. Mewujudkan sistem perlindungan dan jaminan sosial yang dapat meningkatkan kehidupan penduduk lanjut usia;
- c. Mewujudkan kesempatan kerja dan aktivitas untuk mengaktualisasikan diri dalam keluarga dan masyarakat;
- d. Mewujudkan iklim kehidupan yang mendorong lanjut usia dapat melakukan kegiatan sosial keagamaan dan kerohanian;
- e. Mewujudkan aksesibilitas lanjut usia terhadap sarana dan pelayanan umum.

Kebijakan tersebut dijabarkan kedalam 4 (empat) besaran program, yaitu :

- a. Program pelayanan lansia dalam Balai yang meliputi :Pelayanan Reguler, Pelayanan Harian (*Day Care Services*), Pelayanan Subsidi Silang, yang kesemuanya dilakukan pada 238 Balai (*3 Balai milik Kemensos, 70 milik Pemda, dan 165 milik Swasta / Masyarakat*).
- b. Program pelayanan lansia luar Balai yang meliputi: Home Care Services (*6 unit*), Foster Care, *Day Care Services (6 unit)*, UEP, KUBE (Bantuan & Pembinaan).
- c. Programkelembagaan meliputi: Jejaring antar lembaga *Nasional & Internasional*, Koordinasi *antar & inter sektor*, *Penyelenggaraan HLUN &HLUIN, Pembinaan & Pemberdayaan Lembaga Lansia*.

Perlindungan dan aksibilitas meliputi: JSLU (2006-2009) *kepada 10.000 Lansia*, Trauma Centre (*5 unit*), *Aksesibilitas Sosial, Pelayanan kedaruratan, dan Jaringan penanganan antar lembaga*.

Kementerian Sosial RI c.q Direktorat Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia, Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial sudah melakukan berbagai program lanjut usia. Sejak tahun 2020, program lanjut usia diberi nama Asistensi Rehabilitasi Sosial (**ATENSI**). Melalui program ini diharapkan dapat

menyempurnakan pelaksanaan program lanjut usia yang sebelumnya sudah dilakukan.

Sebagai upaya untuk membantu kelancaran dalam pelaksanaan program ATENSI, Direktorat Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia menyusun Buku Pedoman Operasional ATENSI Lanjut Usia. Diharapkan dengan adanya buku pedoman tersebut, semua pihak terkait dapat melaksanakan Program ATENSI Lanjut Usia sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Dengan demikian diharapkan tujuan dari Program ATENSI Lanjut Usia dapat tercapai dengan baik.

#### 1.1.4. Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA

Pelayanan dan rehabilitasi sosial lain yang berkembang berdasarkan kebutuhan yang harus disikapi dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial adalah pelayanan dan rehabilitasi sosial bagi korban penyalahgunaan Napza. Berdasarkan amanat UU Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, rehabilitasi sosial korban penyalahgunaan Napza menjadi kewenangan Kementerian Sosial yang kemudian ditindaklanjuti dengan diterbitkan PP No. 25 Tahun 2011 Tentang Pelaksana Wajib Laporan dan berlakunya Surat Edaran Bersama (SEB) No. 04/2011 tentang Penempatan Penyalahgunaan, Korban Penyalahgunaan, Korban dan Pecandu Narkotika kedalam Lembaga Rehabilitasi Medis dan Rehabilitasi Sosial.

Data BNN dan Puslitkes UI menyebutkan bahwa terdapat kenaikan estimasi prevalensi penyalahgunaan narkoba di Indonesia dari sebesar 1,75 persen (2004) menjadi 2,2 persen (2011), dengan rata-rata prevalensi pertahun sebesar 0,23 persen pada periode 2004 s/d 2011. Pengguna terbesar adalah mereka yang masuk dalam kelompok usia potensial dan produktif antara 10 s/d 59 tahun yang mencapai 3,8 juta jiwa. Secara keseluruhan jumlah pengguna narkoba di Indonesia mencapai 4,2 juta jiwa (BNN:2011).

Hasil survey tentang keberadaan anggota masyarakat yang menjadi pengedar NAPZA di lingkungan tempat tinggal baik di perkotaan maupun di perdesaan.

**Tabel 3.4. Keberadaan anggota masyarakat yang menjadi pengedar narkoba di lingkungan tempat tinggal**

<b>Anggota masyarakat yang menggunakan Narkoba</b>	<b>Perkotaan</b>	<b>Perdesaan</b>	<b>Total</b>
Ada	6,60	4,60	5,90
Tidak ada	64,70	73,10	68,00
Tidak tahu	28,70	22,30	26,20
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>N</b>	<b>17.356</b>	<b>11.196</b>	<b>28.552</b>

Sumber : Survei Penyalahgunaan Narkoba BNN – LIPI, 2019

Tabel di atas menyatakan bahwa paling banyak responden menyatakan tidak ada pengedar di lingkungan tempat tinggal. Tapi jika tidak ada pengedar tinggal di lingkungan tempat tinggal, lalu bagaimana bisa NAPZA tersebut bisa didapatkan dengan mudah untuk sekedar coba-coba.

Berdasarkan data, maka diperkirakan pada tahun 2014 akan terjadi kenaikan pengguna narkoba. Menurut Antara News, mengutip pernyataan Presiden di Yogyakarta bahwa Indonesia sudah darurat narkoba di mana terdapat 4,5 juta orang yang terkena narkoba dan 1,2 juta orang sudah tidak bisa direhabilitasi (9:Des: 2014). Data ini akan terus bertambah jika pencegahan penyebaran napza tidak menimbulkan efek jera bagi para pelaku (produsen, pengedar, dan pemakai/korban) dan upaya penanganan korban penyalahgunaan napza tidak dilakukan secara optimal serta lemahnya kesadaran penduduk akan resiko bahaya narkoba.

Kementerian Sosial mendapat tugas selain melakukan rehabilitasi sosial juga rujukan, reintegrasi serta menyiapkan institusi bagi penyalahgunaan Napza. Berdasarkan Kepmensos No. 41/HUK/2014 tentang Penunjukkan Lembaga Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif Lainnya sebagai Istitusi Penerima Wajib Lapor Bagi Korban Penyalahgunaan Napza Tahun 2014, Kementerian Sosial menyiapkan Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL), sebagai upaya preventif dan rehabilitatif. Dalam

perkembangannya hingga saat ini telah ditetapkan Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL) yang terdiri dari 4 Balai Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA (BRSKP NAPZA) Bambu Apus Jakarta, Galih Pakuan Bogor, Insyaf Medan dan Satria Baturraden, 5 Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD), dan 182 IPWL di 34 Provinsi, baik dalam bentuk Balai sosial maupun lembaga rehabilitasi yang diselenggarakan penduduk masyarakat (LKS).

IPWL yang ada masih sangat terbatas baik jumlah, sarana infrastruktur maupun sumber daya pelaksana layanan. Di samping penambahan penyediaan IPWL, Kementerian Sosial juga membutuhkan pekerja sosial (rehabilitasi korban napza) dan konseling adiktif yang dapat memberikan solusi pencegahan dan rehabilitasi bagi keluarga dan korban yang ingin sembuh dari ketergantungan narkoba. Mengingat posisi Indonesia yang strategis dan menjadi arus masuk narkoba dari luar negeri, penyediaan IPWL dan pekerja sosial/konseling adiktif dimaksud menjadi suatu kebutuhan yang perlu disiapkan dan ditingkatkan fungsi dan peran serta keterampilannya.

Di samping menyiapkan IPWL, Kementerian Sosial memberikan pelayanan *psikososial* dalam Balai untuk menghilangkan ketergantungan dan memberikan pelayanan pemenuhan kebutuhan dasar bagi korban penyalahgunaan napza. Selama periode 2010-2014 korban penyalahgunaan napza yang mendapatkan pelayanan sebanyak 22.107 orang melalui pelayanan dalam Balai dan luar Balai. Dalam penanganan korban penyalahgunaan napza saat ini yang diperlukan adalah regulasi yang memberikan kewenangan penuh bagi Kementerian Sosial untuk memberikan pelayanan psikososial dan memberikan pelayanan rehabilitatif (adiktif) bagi mereka yang ingin sembuh dari ketergantungan Napza. Upaya Pemerintah melalui Kementerian Sosial melaksanakan program Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI) termasuk rehabilitasi sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA. Saat ini sedang dibangun konsep perubahan paradigma layanan yang terpadu dan berkelanjutan.

### 1.1.5. Rehabilitasi Sosial Tuna Sosial

Rehabilitasi sosial tuna sosial yang ditujukan terhadap tuna Susila, gelandangan, pengemis, Bekas Warga Binaan Lembaga Permasyarakatan, Orang Dengan HIV/AIDS dan Kelompok Minoritas melalui usaha kemandirian yang menitik beratkan pada pemenuhan hak dasar mereka dalam mendapatkan identitas diri, pemenuhan kebutuhan akan pekerjaan atau usaha mandiri serta untuk mengurangi stigma dan diskriminasi.

Kebijakan rehabilitasi tuna sosial yang dirumuskan dalam rangka mencapai visi dan sasaran mencakup :

- a. Meningkatkan profesionalisme SDM
- b. Meningkatkan dan memperluas jangkauan dan pemerataan pelayanan, sehingga menjangkau sasaran di berbagai wilayah.
- c. Meningkatkan dan memperkuat peran masyarakat dan dunia usaha atas dasar swadaya dan kesetiakawanan dalam pelayanan PRSTS
- d. Meningkatkan koordinasi intra dan inter sektoral antara berbagai instansi pemerintah terkait di pusat dan daerah
- e. Memantapkan manajemen PRS dengan penyempurnaan aspek manajemen khusus keterpaduan dengan pemda dan masyarakat.
- f. Memantapkan manajemen PRS dengan penyempurnaan aspek manajemen khusus keterpaduan dengan pemda dan masyarakat.
- g. Memutakhirkan data dan informasi TS koordinasi dengan pemda, masyarakat, orsos dan dunia usaha
- h. Meningkatkan upaya pencegahan secara terpadu antara instansi dan masyarakat pada basis sumber timbulnya tuna sosial
- i. Pengembangan UEP melalui uji coba
- j. Pengembangan penanganan tuna sosial perempuan korban trafficking.

Program-program rehabilitasi tuna sosial dalam rangka mencapai sasaran pelayanannya mencakup :

- a. Program rehabilitasi tuna susila : wanita penjaja seks, waria penjaja seks.
- b. Program rehabilitasi gelandangan dan pengemis
- c. Program rehabilitasi eks narapidana
- d. Program rehabilitasi orang dengan HIV dan AIDS

Jumlah populasi tuna sosial di Indonesia tahun 2014 sebanyak 326.229 orang terdiri dari gelandangan (tuna wisma), pengemis, pekerja seks komersial (tuna susila), dan bekas narapidana serta korban NAPZA. Rehabilitasi Sosial bagi Tuna Sosial dilaksanakan melalui pelayanan dalam Balai dan berbasis masyarakat (luar Balai).

Kementerian Sosial telah melaksanakan Rehabilitasi Sosial bagi penyandang tuna sosial melalui 2 Balai Sosial dan 2 non satker yang tersebar di 2 Provinsi, dengan jumlah penerima manfaat yang telah memperoleh rehabilitasi sosial dari tahun 2010 – 2014 sebanyak 4.200 orang.

Ditjen Rehsos telah mengembangkan kegiatan rehabilitasi sosial berbasis masyarakat bagi penyandang tuna sosial, melalui kegiatan penanganan gepeng dilakukan melalui pendekatan berbasis desa dan masyarakat, yaitu melalui program desaku menanti dengan bekerjasama antara pusat, provinsi, kabupaten dan lembaga kesejahteraan sosial. Pada tahun 2014 program Desaku menanti dilaksanakan di provinsi Jawa Timur. Kegiatan tersebut merehabilitasi sosial gepeng dan pemulung dari kota Surabaya ke desa Prodo Pasuruan Jawa Timur. Dalam program tersebut di berikan bimbingan sosial, keterampilan, jaminan hidup, bantuan UEP dan bantuan bahan baku rumah kepada 35 KK (136 Jiwa) Warga Binaan Sosial (WBS) yang terdiri dari gelandangan, pengemis dan pemulung. Selain itu dilakukan juga pendampingan melalui kesempatan hidup bersama dengan masyarakat. Pada saat ini WBS tersebut telah dapat hidup bermasyarakat dan berperan aktif sesuai fungsinya.

Dalam rangka mengimplementasikan amanat peraturan perundang-undangan diatas, maka Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial mengembangkan program Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI) melalui pendekatan berbasis keluarga, komunitas, dan residensial. ATENSI dilaksanakan melalui pelayanan langsung (*direct services*) oleh Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Ditjen Rehsos dan pelayanan tidak langsung (*indirect services*) oleh Direktorat RSTS-KPO. Pedoman operasional disusun sebagai acuan bagi para pelaksana dalam mengimplementasikan ATENSI.

## **1.2. Harapan pengembangan pelayanan, perlindungan dan rehabilitasi sosial**

Sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pelayanan sosial juga mengalami perkembangan. Model-model pelayanan berkembang cepat sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pelayanan sosial yang selama ini hanya ditujukan kepada pemulihan dan kuratif telah bergerak ke arah pelayanan pengembangan. Pelayanan yang dahulunya sentralistik dan terfokus pada satu sasaran pelayanan dalam Balai telah berubah menjadi pelayanan yang multi layanan (subsidi silang, family support, multi sasaran, penjangkauan). Pelayanan dalam Balai yang dahulunya hanya ditujukan untuk melayani salah satu kelompok sasaran, dewasa ini mulai berkembang menjadi multi layanan dan multi sasaran.

Perkembangan-perkembangan ini telah pula mempengaruhi paradigma pelayanan sosial yang semula ditujukan kepada pemulihan dan rehabilitasi bergeser kepada paradigma perlindungan. Perkembangan ini sudah barang tentu karena pengaruh perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi termasuk perkembangan dan peningkatan kesadaran mengenai hak-hak asasi manusia. Pada masa yang akan datang, pelayanan sosial ditujukan pada multi sasaran dan paradigmanya lebih ditujukan untuk memenuhi hak agar setiap warga negara terlindungi, terlayani, dan terpulihkan guna mencapai taraf kesejahteraan sosial yang setinggi-tingginya.

## 2. Potensi dan Permasalahan

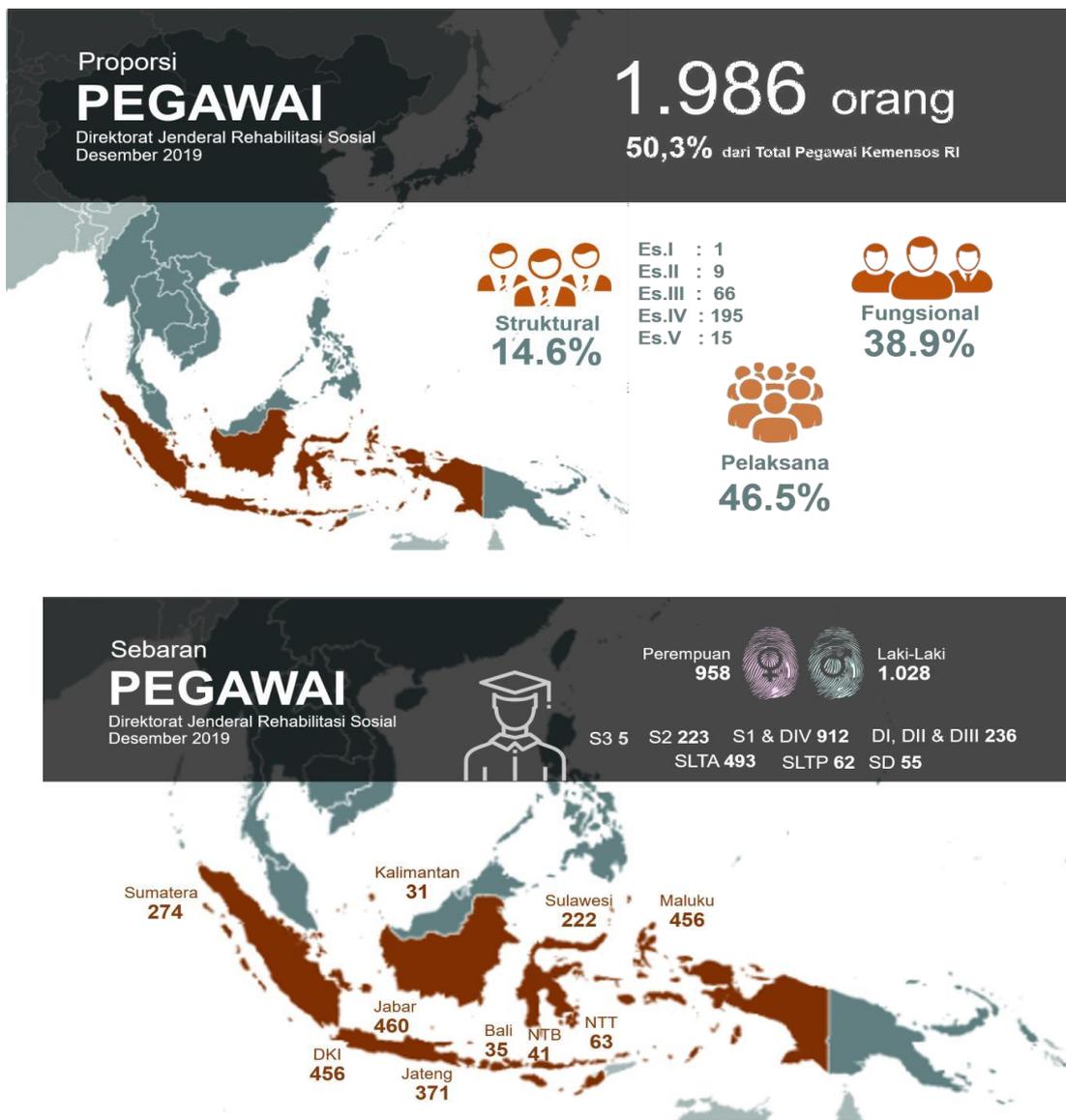
### 2.1. Potensi

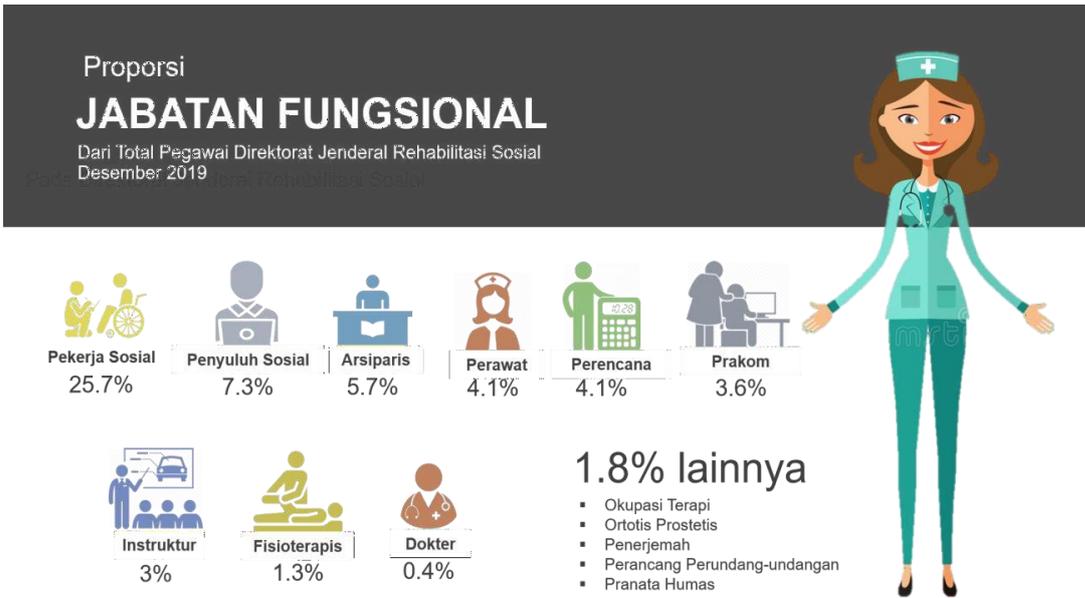
#### 2.1.1. Sumber Daya Manusia Kesejahteraan Sosial

Menurut PP No. 39 Tahun 2012 tentang penyelenggaraan kesejahteraan sosial, sumber daya manusia pekerjaan sosial adalah sumber daya manusia yang melakukan penyelenggaraan kesejahteraan sosial; baik langsung maupun tidak langsung yang salah satunya meliputi rehabilitasi sosial, (Pasal 69 dan Pasal 72).

**Gambar 1.**

Sebaran dan cakupan SDM Kesejahteraan Sosial Ditjen Rehabilitasi Sosial hingga Tahun 2019.





## REKAP KEKURANGAN PEKSOS & PENSOS

Pada Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial  
Berdasarkan Analisa Beban Kerja



Tabel 6.

Perbandingan Jumlah LKS,PPKS yang dilayani dan SDM Pendamping

No	JenisPPKS	Jumlah LKS	Jumlah PPKS (Orang)	SDM Pendamping (Orang)
1	RehabilitasSosial Anak	5.166 LKS	369.388 PPKS	790Orang
2	RehabilitasSosial LanjutUsia	108LKS	6.917 PPKS	3.312 Orang

3	Rehabilitas Sosial Penyandang Disabilitas	448 LKS	15.500 PPKS	1.239 Orang
4	Rehabilitas Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA	170 LKS	3.465 PPKS	1.136 Orang
5	Rehabilitas Sosial Tuna Sosial dan Korban Perdagangan Orang	249 LKS	12.388 PPKS	107 Orang
	Total	6.141 LKS	407.658 PPKS	6.584 Orang

Sumber:

<http://intelresos.kemsos.go.id/new/?module=Mitra+Pensos>

<http://intelresos.kemsos.go.id/new/?module=Mitra+Lks>

SDM mempengaruhi pencapaian target. Jumlah SDM penyelenggara kesejahteraan sosial program rehabilitasi sosial terdiri: dari 1.989 orang Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan 6.584 orang Non PNS yang terdiri dari pendamping rehabilitasi sosial lansia, pendamping ASLUT, Sakti Peksos, Peksos Adiksi, konselor adiksi, pendamping ASPDB dan relawan sosial lainnya. Semua SDM ini tersebar di 6 kantor pusat, 39 Unit Pelaksana Teknis dan 34 Dinas/ Instansi Sosial Daerah tingkat provinsi yang menerima dan adekon dan Lembaga Kesejahteraan Sosial milik Masyarakat.

Grafik 2

Sebaran PNS Ditjen Rehsos Per UPT Tahun 2019



Berdasarkan Tabel dan Grafik diatas tampak bahwa jumlah SDM Rehsos yang bekerja di UPT milik Kementerian Sosial dengan SDM Rehsos yang bekerja di LKS milik masyarakat berbeda dari sisi jumlah dan kualifikasi serta sebarannya. Dari tabel terlihat bahwa 1 orang SDM di UPT milik Kemensos mampu melayani 2 sampai 3 PPKS, sementara setiap 1 orang SDM di LKS Masyarakat dapat melayani 62 PPKS. Kondisi inilah yang menjadi latarbelakang diambilnya kebijakan layanan rehabilitasi luar Balai melalui kegiatan penjangkauan(*outreach*) oleh petugas UPT Kementerian Sosial sebagai prioritas.

Sumber Daya Manusia (SDM) Kesejahteraan Sosial adalah orang yang memiliki kompetensi secara; pendidikan, pengetahuan, keahlian, dan pengalaman dengan nilai-nilai pekerjaan sosial yang melandasinya melakukan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dalam rangka perubahan, penguatan, dan memfungsikan kembali individu, keluarga, kelompok dan masyarakat agar dapat berperan dalam upayanya memenuhi kebutuhan dasar, berelasi sosial, serta mengambil peran-peran sosial yang diharapkan oleh lingkungan sosial mereka.

SDM “aparatur” juga tersebar di unit pelaksana teknis pusat (UPT) di daerah seperti pada Balai Besar dan Balai Rehabilitasi Sosial. Ditjen Reehsosl memiliki 41 Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Sosial RI meliputi 8 UPT Anak, 19 UPT Penyandang Disabilitas Kedisabilitasanan, 3 UPT Lanjut Usia, 4 UPT Korban Penyalahgunaan Napza dan 5 UPT Tuna Sosial.

Gambar 3  
Sebaran dan Jumlah Pegawai di masing-masing dari 41 UPT Kemensos RI dibawah Manajemen Ditjen Rehabsos



Di samping SDM dengan status PNS (aparatur) berdasarkan unit kerja, Ditjen Rehabilitasi Sosial juga memiliki SDM dengan status relawan atau pendamping sosial berbasis masyarakat atau non aparatur yang tersebar di berbagai daerah dengan lokus wilayah: provinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan desa/kelurahan. Antara lain Tim Reaksi Cepat (TRC), Satuan Bhakti Pekerja Sosial (Sakti Peksos), Pendamping Aslut, dan Pendamping ASODKB.

### **2.1.2. Sumber Daya Lembaga Kesejahteraan Sosial**

Sumber daya Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS) Kementerian Sosial sangat beragam, dibentuk untuk mendukung pelaksanaan kegiatan teknis yang ada. Beberapa LKS dibentuk untuk mendukung pelaksanaan dan pencapaian tujuan penyelenggaraan rehabilitasi Sosial, pemberdayaan sosial dan penanggulangan kemiskinan serta perlindungan dan jaminan sosial. LKS tersebut berbasis penduduk dan melaksanakan tugas pokok dan fungsinya dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial. Beberapa LKS yang saat ini aktif dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial mencakup: LKS anak, LKS lanjut usia, LKS bagi penyandang disabilitas, LKS penanganan Napza, LKS penanganan korban tindak kekerasan dan pekerja migran, LKS yang menangani kelompok marjinal, dan LKS penyelenggara Askesos.

LKS-LKS tersebut ada yang berbadan hukum, terdaftar dan yang bersifat responsif dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan tertentu dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial. Kebijakan ke depan terkait dengan LKS tersebut adalah memperkuat dengan mendorong setiap LKS memiliki akreditasi sesuai dengan pelayanan yang ada dan diharapkan selama 5 tahun sebanyak 500 LKS terakreditasi.

### **2.1.3. Nilai-Nilai Sosial Masyarakat**

Terciptanya kondisi sejahtera adalah hak dasar penduduk. Setiap orang sebagaimana amanat konstitusional berhak mendapatkan penghidupan yang sejahtera tanpa terkecuali atau *social justice* yang meliputi; material, spiritual dan sosial. Untuk itu tugas pemerintah adalah memenuhi penghidupan sejahtera yang merupakan amanat konstitusi warga

negara guna menciptakan kondisi yang memungkinkan masyarakat hidup sejahtera.

Terkait dengan hal tersebut penting juga untuk dilakukan upaya-upaya dalam mengurangi kesenjangan sosial secara menyeluruh, keberpihakan kepada masyarakat, kelompok dan wilayah/daerah yang masih lemah; menanggulangi kemiskinan dan pengangguran secara drastis; menyediakan akses yang sama bagi penduduk terhadap berbagai pelayanan sosial serta sarana dan prasarana ekonomi; serta menghilangkan diskriminasi dalam berbagai aspek termasuk gender.

Jika negara hadir dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui seperangkat instrumen kebijakan dan program yang diambil. Masyarakat mempunyai seperangkat nilai-nilai sosial yang diyakini dan memainkan peranan penting dalam mewujudkan kesejahteraan berdasarkan perspektif kearifan lokal. Nilai-nilai sosial tersebut merupakan keyakinan relatif yang memuat makna tertentu tentang baik dan buruk, benar dan salah. Nilai-nilai sosial masyarakat yang dikonstruksi Kementerian Sosial berasal dari keyakinan relatif yang diyakini memiliki makna sama dalam meningkatkan kesejahteraan. Kesetiakawanan sosial adalah wujud konsepsi nilai-nilai sosial masyarakat yang luhur yang berkembang dari nilai-nilai masyarakat yang berinteraksi dengan situasi dan lingkungan. Kegotong royongan, saling menghormati, empati, rasa peduli dan keinginan untuk berbagi merupakan sebagian dari nilai-nilai sosial yang mendasari konsepsi kesetiakawanan sosial.

Kesetiakawanan sosial merupakan nilai sosial yang mendorong para pihak terkait dan masyarakat untuk saling berbagi dalam upaya mengurangi permasalahan sosial bangsa dalam rangka peningkatan kesejahteraan serta pencegahan dampak lebih lanjut dari permasalahan sosial yang ada. Nilai-nilai kesetiakawanan sosial membutuhkan contoh nyata dalam kehidupan bermasyarakat yang tidak saja bersifat kedaerahan (kearifan lokal) tetapi juga dalam lingkup nasional. Karena itu, kesetiakawanan sosial senantiasa disertakan dengan nilai-nilai kepahlawanan dan keperintisan untuk mempertegas pemaknaan yang benar.

Dengan adanya nilai-nilai sosial masyarakat yang dikemas dalam kesetiakawanan sosial, tidak hanya persoalan bangsa yang dapat diselesaikan tetapi juga masalah kesejahteraan bangsa dan negara dapat diwujudkan. Kedamaian, saling menghargai dan menghormati serta hidup dalam keberagaman merupakan hasil yang diberikan dari penerapan nilai-nilai tersebut. Karena itu, nilai-nilai sosial tersebut harus dapat di tingkatkan, dikembangkan, dan diinternalisasikan dalam kehidupan masyarakat, bernegara, dan berbangsa serta diimplementasikan dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial.

## 2.2. Permasalahan

---

Perkembangan masalah kesejahteraan sosial terutama yang menjadi ruang lingkup sasaran Ditjen Rehsos menunjukkan kecenderungan meningkat dan kian kompleks. Kompleksitas masalah sendiri sering kali dipengaruhi oleh perubahan pola dan gaya hidup, sebagai contoh penyalahgunaan NAPZA menjadi salah satu penyumbang tercepat penyebaran HIV/AIDS terutama pada mereka yang menggunakan NAPZA jarum suntik (injecting drugs uses/IDUs) yang disinyalir hampir 50% penyebaran epidemi tersebut saat ini terjadi karena penyalahgunaan NAPZA suntik. Pola dan gaya hidup yang serba instan serta mementingkan kesenangan sesaat (hedonisme) mendorong semakin tumbuh suburnya berbagai penyakit yang bersifat kronis, perilaku menyimpang, ketunasusilaan, kriminalitas, dan sebagainya.

Munculnya kasus perlakuan salah dan tindak kekerasan terhadap anak tidak saja terjadi karena rendahnya kasih sayang dalam keluarga tetapi juga ada kaitannya dengan munculnya masalah-masalah psikososial karena tekanan kehidupan yang semakin berat. Stress, depresi mungkin sebagian dari persoalan yang mendorong munculnya amarah sehingga seseorang kehilangan kendali dan melakukan tindakan yang salah.

Pada tahun 2006 terdapat setidaknya 4,12 juta anak terlantar, yang terdiri dari 1,14 juta Balita dan 2,98 juta anak usia 6-18 tahun. Pada tahun 2007 PUSDATIN Kesos menyebutkan ada 303.629 Balita dan 2.367.693 anak. Angka terakhir menunjukkan pada kurun waktu empat tahun telah terjadi penurunan jumlah anak terlantar 35,4%. Namun populasi yang mencapai lebih dari 2,6 juta anak terlantar adalah jumlah yang masih sangat banyak menuntut upaya yang lebih serius lagi.

Tidak hanya anak yang terlantar, Kementerian Sosial melalui Ditjen Rehabilitasi Sosial menghadapi sejumlah Pemerlu Pelayanan kesejahteraan sosial (PPKS) yang populasinya sangat besar. PUSDATIN Kesos (2007) menyebutkan: ada 201.635 anak nakal, 107.778 anak jalanan, 2.021.769 lanjut usia terlantar, 1.163.508 orang dengan kedisabilitas, 46.415 tuna susila, 39.312 pengemis, 39.601 gelandangan, 131.805 bekas warga binaan lembaga pemasyarakatan, 138.619 korban penyalahgunaan Napza (BNN tahun 2006 memperkirakan ada 3,2 juta penyalahguna Napza), 6.823 penyandang

HIV/AIDS (Data dari Ditjen PPM & PL Depkes RI sampai April 2007 menyebutkan 8.988 orang ODHA).

Angka tersebut bisa saja dalam kenyataannya lebih besar. Ada banyak faktor yang menyebabkan data PPKS berbeda antara hasil pendataan dengan keadaan sebenarnya misalnya karena pemahaman keluarga dan masyarakat menganggap bahwa PPKS adalah aib, aturan perundang-undangan yang memberi sanksi hukum seperti terhadap penyalahguna NAPZA dan sebagainya. Faktanya adalah mereka ada menjadi bagian dari masyarakat dan upaya yang perlu dilakukan adalah merubah status mereka sebagai PPKS menjadi manusia-manusia yang produktif dan mandiri sesuai dengan batas kemampuan maksimal mereka.

### 2.3. Isu-isu Strategis

---

- A. **Jumlah PPKS** (Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial) yang menjadi sasaran rehabilitasi sosial cenderung mengalami peningkatan akibat perubahan dan krisis sosial-ekonomi meskipun telah ditangani melalui program rehabilitasi sosial. Permasalahan ini terdapat pada hampir di setiap wilayah di Indonesia dengan tingkat masalah dan jumlah yang berbeda-beda. Munculnya PPKS tersebut banyak yang berakar pada masalah kemiskinan yang memang masih menjadi masalah yang paling menonjol di Indonesia.
- B. Lemahnya **data** PPKS menjadi kendala dalam melakukan intervensi dan sasaran yang tepat. Program-program jaminan sosial dalam bentuk bantuan langsung tunai (*cash transfer*) yang diberikan kepada orang dengan kedisabilitas berat dan lanjut usia terlantar merupakan upaya terobosan yang memanfaatkan data yang diperoleh dari pendataan langsung, sehingga tingkat keakuratannya lebih valid dan dapat memberikan gambaran pemetaan/luasnya permasalahan. Diberdayakannya kembali Pekerja Sosial Masyarakat (PSM) sebagai mitra kerja Kementerian Sosial menjadi perhatian penting yang perlu direalisasikan.
- C. **Perlindungan sosial** diperlukan oleh PPKS untuk memperoleh pemenuhan kebutuhan dasar, dan memperoleh aksesibilitas agar dapat berpartisipasi secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan. Terkait dengan hal tersebut, rehabilitasi sosial dalam memberikan perlindungan sosial oleh Pemerintah/UPT di lingkungan Ditjen Rehsos masih terbatas, baik dari SDM, sarana-prasarana, dan penganggarnya.
- D. **Tidak sebanding** antara jumlah Balai-Balai yang menangani PPKS dengan pertumbuhan PPKS, demikian dengan sarana prasarananya untuk mendukung pelayanan dalam memberikan bimbingan sosial, bimbingan vokasional masih belum memadai.
- E. Belum dapat diandalkannya **kuantitas dan kualitas SDM** yang mempunyai latar belakang profesi pekerjaan sosial, secara jumlah maupun kualitas masih dalam mengentaskan masalah PPKS.
- F. **Standard dan pedoman** rehabilitasi sosial masih belum memadai, sehingga dalam melakukan intervensi terhadap PPKS belum berpegang pada metode dan pendekatan yang optimal. Kajian dalam rangka mengembangkan model

pelayanan atau mengembangkan teknologi pelayanan sosial menjadi pilihan yang tidak dapat ditawar lagi. Keberagaman metode rehabilitasi sosial yang dilakukan terutama oleh masyarakat perlu dikaji dan ditemukan derajat kesesuaiannya dengan pendekatan pekerjaan sosial sehingga dapat dirumuskan suatu standar tidak saja sesuai dengan kaidah ilmiah ilmu pekerjaan sosial tetapi juga menggambarkan konsensus dengan komunitas praktisi di lapangan. Hal ini tentu bukanlah persoalan mudah, namun mesti dilaksanakan.

- G. **Peningkatan kualitas SDM** dalam bentuk pembekalan, pemantapan, bimbingan teknis, pelatihan dan magang, serta studi banding relatif masih rendah tidak sebanding dengan kebutuhan akan tenaga pelayanan yang profesional. Lulusan perguruan tinggi seperti profesi pekerjaan sosial belum sepenuhnya terserap dalam lembaga/lapangan pelayanan. Hal ini terjadi setidaknya karena belum tersedianya suatu sistem yang memberikan peluang kerja yang mensejahterakan profesi tersebut. Sementara itu masih sangat banyak pekerja non profesi pekerjaan sosial di sektor kesejahteraan sosial terutama di lembaga-lembaga milik masyarakat belum memiliki pengetahuan yang memadai tentang intervensi pekerjaan sosial.

## 2.4. Tantangan

- A. Berkembangnya kompleksitas masalah kesejahteraan sosial anak, paca, lansia, korban penyalahgunaan Napza, dan tuna sosial.** Perubahan pola dan gaya hidup masyarakat mempengaruhi berkembangnya masalah kesejahteraan sosial yang kian kompleks. Kompleksitas masalah sebagaimana telah disebutkan di atas tidak saja semakin mempersulit dalam penanganannya tetapi telah menuntut suatu upaya penanganan yang komprehensif.
- B. Belum terwujudnya persamaan hak dan kesempatan.** Persamaan hak atas setiap warga negara yang dijamin oleh undang-undang ternyata dalam implementasinya relatif masih sangat sulit. orang dengan kedisabilitas sebagai contoh yang seharusnya mendapat kesempatan bekerja di perusahaan dengan jaminan setiap 100 orang harus menerima/ada 1 orang pekerja ternyata belum dapat sepenuhnya terwujud.
- C. Masih banyak pelayanan sosial dalam masyarakat yang belum profesional.** Pelayanan sosial sebagai salah satu bentuk upaya mengentaskan PPKS dari masalahnya banyak didukung oleh partisipasi masyarakat. Jika dilihat dari rekap data kekurangan Pekerja Sosial ada sekitar 511 orang peksos yang tersebar di satker/ UPT dilingkungan Ditjen Rehsos dan 1.306 orang yang dibutuhkan, sedangkan kebutuhan Penyuluh Sosial sejumlah 174 orang, dan Penyuluh yang tersebar sejumlah 68 orang sehingga kurang 106 Penyuluh yang dibutuhkan. 24.852 Organisasi Sosial yang berpartisipasi dalam pembangunan kesejahteraan sosial, namun dari jumlah tersebut ternyata masih sangat sedikit pekerja profesional dan sangat banyak yang belum memahami pendekatan pekerjaan sosial.
- D. Rendahnya aksesibilitas pelayanan sosial.** Aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan sosial masih sangat terbatas. Jumlah lembaga yang ada belum sebanding dengan kebutuhan. Sebagai contoh lainnya di bidang penanggulangan NAPZA dari 3,2 juta penyalahguna (BNN 2006) hanya ada 87 lembaga rehabilitasi dengan daya tapung pertahunnya yang masih terbatas ( $\pm$  25 orang pertahun). Demikian juga masih banyak lanjut usia, anak terlantar dan orang dengan kedisabilitas yang belum mendapatkan pelayanan sosial yang mereka butuhkan. Hal ini tentu menjadi tantangan tersendiri bagi Kementerian Sosial untuk meningkatkan akses masyarakat terdapat pelayanan.
- E. Sarana prasarana milik Pemda dan masyarakat terbatas.** Hasil kegiatan monitoring dan evaluasi terhadap lembaga-lembaga pelayanan sosial milik Pemda dan masyarakat menunjukkan bahwa lembaga-lembaga tersebut masih relatif belum memberikan pelayanan dengan prima. Faktor keterbatasan sarana dan prasarana menjadi kendala utama disamping kendala yang lain, padahal partisipasi mereka dalam mengatasi masalah kesejahteraan sosial sangat diperlukan. Dukungan peningkatan sarana prasarana tersebut menjadi salah satu kebijakan yang harus dilakukan.

**F. Implementasi standard pelayanan belum optimal.** Standar pelayanan minimal memberikan jaminan kualitas pelayanan sosial yang baik. Beberapa bagian dalam sistem rehabilitasi sosial telah ditetapkan standarnya dan menjadi kebijakan Kementerian Sosial, namun dalam implementasinya masih jauh dari harapan. Penelitian yang dilakukan oleh Kementerian Sosial terhadap 37 Balai di 6 Provinsi bekerja sama dengan Save the Children dan Unicef tahun 2007 menemukan fakta bahwa belum semua Balai asuhan anak melaksanakan pelayanan yang standar. Hal ini dapat menjadi contoh, bahkan tidak menutup kemungkinan lembaga pelayanan sosial lainnya juga mengalami hal yang sama.

## 2.5. Peluang

- 
- A. Adanya komitmen nasional dan global dalam upaya pelayanan sosial (target pencapaian MDG's).** Sasaran rehabilitasi sosial sebagian besar sesuai dengan target MDG's. Hal ini tentu menjadi peluang yang sangat baik bagi Kementerian Sosial c.q. Ditjen Rehsos dalam melaksanakan program dan kegiatannya.
- B. Potensi dan Sumber Kesos dapat dikembangkan.** Rekapitulasi data potensi sumber kesejahteraan sosial per provinsi PUSDATIN tahun 2007 menyebutkan bahwa ada 190.028 PSM, 24.583 Orsos, 56.177 Karang Taruna, 7.510 dunia usaha yang melaksanakan usaha kesejahteraan sosial dan 55.424 Wahana Kesejahteraan Sosial Berbasis Masyarakat (WKSBM). Hal ini tentu merupakan peluang yang sangat besar untuk mendayagunakan potensi tersebut dalam pembangunan kesejahteraan sosial. Jumlah tersebut bisa tetap, bertambah atau berkurang tergantung bagaimana mereka dibina dan diberdayakan.
- C. Partisipasi masyarakat dan dunia usaha dalam pelayanan sosial.** Pada data di atas tentang potensi sumber kesejahteraan sosial jelas menunjukkan tingginya partisipasi masyarakat dan dunia usaha. Partisipasi tersebut memberi arti yang sangat penting jika dilihat dari adanya keterbatasan pemerintah. Tanggung jawab masyarakat dan dunia usaha yang diwujudkan dengan partisipasi mereka memberikan pelayanan sosial harus terus dipelihara dan ditingkatkan. Pemberian penghargaan menjadi salah satu cara untuk mendorong meningkatnya partisipasi.
- D. Jaringan kerja dengan berbagai pihak dalam pengembangan program pelayanan sosial.** Masalah kesejahteraan sosial dilihat dari dimensi kompleksitasnya membutuhkan suatu upaya yang komprehensif. Hal ini terjadi karena sasaran utama intervensi kesejahteraan/pelayanan sosial

adalah manusia yang memiliki banyak dimensi dan dipengaruhi oleh latar belakang kehidupan. Masalah kesejahteraan sosial sering kali bersifat situasional, sehingga menuntut suatu pemecahan masalah yang utuh. Oleh karena itulah dibutuhkan kerjasama dengan pihak lain dalam mengatasi masalah kesejahteraan sosial.

- E. Kebutuhan profesi pekerjaan sosial.** Meningkatnya kebutuhan terhadap profesi pekerjaan sosial juga menjadi peluang tersendiri untuk lebih meningkatkan kualitas pelayanan dan mensosialisasikan pendekatan pelayanan sosial yang didasarkan pada pengetahuan ilmiah. Profesi pekerjaan sosial adalah *field force* atau *leading profession*. Kementerian Sosial termasuk didalamnya Ditjen Yanrehsos dalam melaksanakan pembangunan kesejahteraan sosial atau pelayanan sosial.

## 2.6. Kekuatan

---

- A. Ketersediaan SDM.** Jumlah dan kualitas SDM sebagaimana sebagaimana tersebut di atas, adalah kekuatan yang memberi pengaruh besar terhadap kemampuan organisasi dalam mencapai visi dan misinya. Dilihat dari latar belakang pendidikan, keterampilan dan pengalaman kerja, kekuatan SDM yang ada dapat dipastikan akan mampu menjawab semua tantangan dan mengeliminasi berbagai kelemahan yang ada sehingga visi menjadi sesuatu hal yang sangat mungkin untuk dicapai dalam lima sampai dengan dua puluh lima tahun yang akan datang.
- B. Ketersediaan berbagai pedoman, model dan teknologi pelayanan sosial.** Kebijakan pelayanan sosial dan rehabilitasi sosial yang diimplementasikan dalam bentuk program dan kegiatan dilengkapi dengan pedoman dan model. Pedoman dan model pelayanan itu sendiri pada hakekatnya adalah teknologi pelayanan sosial yang dikembangkan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh kelompok sasaran/ penerima manfaat (*beneficiaries*). Hampir seluruh program dan kegiatan yang dilakukan dilengkapi oleh pedoman dan model untuk menjamin ketepatan perlakuan.
- C. Perangkat perundang-undangan tersedia.** Ketersediaan perangkat perundang-undangan baik dalam bentuk undang-undang seperti Undang-Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, Undang-Undang No. 22 Tahun 1997 tentang Narkotika, Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, maupun dalam bentuk Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, dan Keputusan Menteri Sosial menjadi kekuatan yang menjadi dasar pelaksanaan program dan kegiatan di bidang rehabilitasi

sosial. Hal ini tentu akan memberi pijakan dan kepastian dalam melaksanakan program pelayanan, perlindungan dan rehabilitasi sosial.

**D. Tersedianya UPT dan sarana prasarana yang memadai.** Sejak Otonomi Daerah dilaksanakan berdasarkan Undang-Undang No. 22 Tahun 1999 (kemudian dilakukan beberapa kali revisi terakhir Undang-Undang No. 32 Tahun 2004) Kementerian Sosial menyerahkan Balai sosial kepada Daerah kecuali beberapa Balai/UPT yang menjadi percontohan. Dengan adanya lembaga percontohan ini Ditjen. Yanrehsos lebih dapat memfokuskan diri membenahi baik dari segi SDM, sarana prasarana maupun teknologi pelayanan. Hal ini tentu menjadi kekuatan tersendiri untuk mengembangkan pelayanan sosial yang terstandar (pelayanan sosial prima).

## 2.7. Kelemahan

**A. Data yang belum akurat dan mutakhir.** Data di bidang kesejahteraan sosial baik masalah maupun potensi sumber merupakan kebutuhan dasar dalam penyusunan rencana program, namun data pula yang menjadi salah satu hal yang sulit untuk didapat dengan akurasi yang tinggi. Akurasi dan kemutakhiran data menjadi salah satu kelemahan yang dimiliki. Mendapatkan data PPKS di bidang rehabilitasi sosial seringkali terhalangi oleh berbagai faktor seperti stigma, rasa malu keluarga, bahkan aturan atau sanksi hukum turut berperan menciptakan *hidden population*.

**B. Kurangnya dukungan dana untuk pelayanan sosial.** Dukungan anggaran bagi pelaksanaan program rehabilitasi sosial relatif masih kecil. Dalam lima tahun terakhir (2004-2009) peningkatan anggaran Ditjen Yanrehsos hanya mencapai 48,53%. Dan jika dibandingkan dengan anggaran Kementerian Sosial secara keseluruhan maka Ditjen Yanrehsos berada pada nomor urut 3 yaitu 20,05% dari total anggaran Depsos seluruhnya. Angka tersebut tentu sangat kecil dibanding dengan besarnya jumlah masalah yang dihadapi.

**C. Terbatasnya pekerja sosial pada layanan operasional.** Pekerja sosial profesional pada layanan operasional seperti Balai dan pusat pelayanan lainnya relatif masih sangat terbatas. Banyak diantara pegawai yang berlatar belakang pendidikan pekerjaan sosial bekerja di bagian administratif, padahal tenaga dan keahlian mereka sangat dibutuhkan untuk memberikan pelayanan langsung. Kendala yang dihadapi terkait dengan tingkat kesejahteraan pekerja sosial yang relatif belum memadai sehingga ketertarikan pegawai yang berlatar belakang pendidikan pekerjaan sosial menjadi sangat kurang.

**D. Kurangnya koordinasi dan sinergi lintas program.** Koordinasi dan sinergi merupakan kata yang mudah diucapkan tetapi sulit dalam pelaksanaannya. Seperti telah diungkapkan sebelumnya bahwa penanganan masalah kesejahteraan sosial haruslah dilaksanakan secara terpadu untuk mencapai hasil yang optimal dari pelaksanaan program. Hal ini juga penting artinya karena sumber daya yang ada seperti anggaran tersebar ke dalam unit-unit kerja yang berbeda, padahal pada derajat tertentu memiliki kaitan yang erat tetapi sulit untuk disinergiskan.

**E. Belum optimalnya perencanaan & anggaran.** Data yang kurang memadai, kurangnya dukungan dana, terbatasnya tenaga profesional pekerja sosial dan kurangnya koordinasi dan sinergi lintas program tentu berpengaruh besar terhadap perencanaan dan pengalokasian anggaran. Pembinaan terhadap keempat aspek tersebut terutama pada penyediaan data yang akurat mutlak dilaksanakan untuk meningkatkan kinerja perencanaan dan anggaran.

Secara sederhana dengan menggunakan konsep SWOT interaksi keempat aspek yaitu: tantangan, peluang, kekuatan dan kelemahan yang dimiliki Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 7  
Potensi dan Permasalahan dalam konsep SWOT

<b>LINGKUNGAN ESKTERNAL</b>	<u>Tantangan</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kompleksitas PPKS</li> <li>• aksesibilitas &amp; sarana prasarana</li> <li>• profesionalisme &amp; standard pelayanan</li> </ul>	<u>Peluang</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• komitmen nasional dan global</li> <li>• partisipasi &amp; potensi dan sumber kesos</li> <li>• Jaringan kerja</li> <li>• profesi pekerjaan sosial</li> </ul>
<b>LINGKUNGAN INTERNAL</b>	<u>Kekuatan</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pedoman, model dan teknologi</li> <li>• perundang-undangan</li> <li>• UPT percontohan</li> </ul>	<u>Strategi Utama</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosialisasi &amp; publikasi</li> <li>• Advokasi</li> <li>• Peningkatan kapasitas</li> </ul>
	<u>Kelemahan</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data</li> <li>• SDM UPT</li> <li>• koordinasi dan sinergi</li> <li>• perencanaan &amp; anggaran</li> </ul>	<u>Strategi kerjasama</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemitraan strategis</li> <li>• Ekstensifikasi</li> </ul>
	<u>Strategi investasi</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penataan manajemen sistem informasi &amp; perencanaan</li> <li>• Pengembangan SDM UPT</li> <li>• Peningkatan koordinasi dan keterpaduan</li> </ul>	<u>Strategi jangka panjang</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penerapan manajemen kualitas kontrol</li> <li>• Reorientasi kinerja</li> <li>• Renumerasi</li> </ul>

## 2.8. Kondisi yang Diinginkan dan Proyeksi ke Depan

Kondisi yang diharapkan kedepan adalah meningkatnya **kesadaran dan kepedulian** berbagai pihak baik pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, dan dunia usaha. **Sinergitas** antar stakeholders tersebut menjadi kunci keberhasilan. Hal ini diperlukan karena jumlah masalah dan kebutuhan masyarakat kelompok sasaran demikian besar dan kompleksitas masalah yang dihadapi tidak cukup diatasi sendiri-sendiri. Kerja sama untuk meningkatkan jangkauan dan kualitas pelayanan menjadi bagian tersendiri dalam kaitan ini.

Kepedulian dan kesadaran yang tinggi dari dan kerja sama yang baik dengan berbagai pihak harus juga diiringi oleh peningkatan **profesionalitas** pelayanan sosial. Profesionalitas pelayanan mencakup ketersediaan tenaga profesional dalam jumlah yang memadai; **sarana prasarana** yang cukup jumlah dan berkualitas didukung peraturan perundang-undangan serta modalitas pelayanan sosial yang berkembang baik.

Kondisi lain yang perlu diciptakan adalah **ketepatan sasaran** dalam memberikan pelayanan sosial. Ketepatan sasaran tidak akan pernah terwujud dengan baik tanpa ketersediaan **data dan informasi yang akurat**. Perbaikan sistem pemutahiran data dan informasi masalah dan sumber penanganannya perlu terus dilakukan. Data yang valid dan mutahir selain akan menghasilkan kinerja yang baik dan tepat sasaran juga akan berpengaruh pada pengalokasian sumber daya. Efisien adalah kata yang tepat untuk menggambarkan suatu hasil tambahan dari kerja yang didasarkan pada data dan informasi yang tepat.

Hasil yang diharapkan pada jangka panjang adalah meningkatnya **kesejahteraan sosial, taraf hidup dan kemandirian** dari masyarakat yang tidak hanya penyandang masalah kesejahteraan sosial dan keluarganya saja tetapi juga masyarakat secara keseluruhan. Dengan demikian pelayanan sosial yang diberikan oleh pemerintah dan masyarakat yang didukung oleh dunia usaha dengan corporate sosial responsibility (CSR) akan mewujudkan keadilan sosial.

Keterkaitan antara dampak jangka menengah (kondisi yang diharapkan) dan dampak jangka panjang (proyeksi kedepan/tujuan akhir) dengan strategi yang dirancang untuk meraihnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 8  
Analisis Kondisi Yang Diinginkan dan Proyeksi ke Depan

STRATEGI	DAMPAK JANGKA MENENGAH (2020-2024)	DAMPAK JANGKA PANJANG (2020-2024)
<u>Strategi Utama</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosialisasi &amp; publikasi</li> <li>• Advokasi</li> <li>• Peningkatan kapasitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepedulian</li> <li>• Kesadaran</li> <li>• Profesionalisme</li> <li>• Aksesibilitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sejahtera</li> <li>• Kualitas hidup</li> <li>• Mandiri</li> </ul>
<u>Strategi kerjasama</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemitraan strategis</li> <li>• Ekstensifikasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jangkauan</li> <li>• kualitas pelayanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keadilan</li> </ul>
<u>Strategi Investasi Jangka Menengah</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penataan manajemen sistem informasi &amp; perencanaan</li> <li>• Pengembangan SDM UPT</li> <li>• Peningkatan koordinasi dan keterpaduan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketepatan sasaran</li> <li>• jangkauan</li> <li>• profesionalisme</li> <li>• kualitas pelayanan</li> <li>• efisiensi</li> </ul>	
<u>Strategi Investasi Jangka Panjang</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penerapan manajemen kualitas kontrol</li> <li>• Reorientasi kinerja</li> <li>• Renumerasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kualitas pelayanan</li> <li>• Profesionalisme</li> </ul>	

## 2.9. Landasan Hukum

- 
- UU RI No. 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Disabilitas;
  - UU RI No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;
  - UU RI No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia;
  - UU RI No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak;
  - UU RI No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;

- UU RI No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
- UU RI No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah;
- UU RI No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial;
- UU RI No. 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Ratifikasi CRPD
- UU RI No. 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas
- UU RI No. 23 Tahun 2014 tentang Pemeritahan Daerah
- Peraturan Pemerintah No. 39 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial;
- Permensos RI Nomor 86/HUK/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Sosial;
- Keputusan Menteri Sosial RI Nomor 44 tahun 1992 tentang Lembaga Rehabilitasi Sosial Korban Narkotika.
- PP 43 tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Lanjut Usia.
- Keppres No. 40 Tahun 1983 tentang Koordinasi Penanggulangan Gelandangan dan Pengemis.
- Kepmensos No. 70/HUK/1997 tentang Penanggulangan HIV/AIDS Bidang Sosial.
- Kepmensos No. 20/HUK/1999 tentang Rehabilitasi Sosial Bekas Penyandang Masalah Tuna Susila.
- Keputusan Bersama Menteri Kehakiman RI, Menteri Tenaga Kerja dan Menteri Sosial RI No.01-PK.0301/198  
KEP.354/MEN/84;63/HUK/X/1984, tanggal 15 Oktober 1984 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rehabilitasi Narapidana dan Bekas Narapidana.
- Permensos No. 7 Tahun 2021 tentang Asistensi Rehabilitasi Sosial

## BAB II

### VISI, MISI, DAN TUJUAN DIREKTORAT JENDERAL REHABILITASI SOSIAL

---

Selaras dengan **tujuan** penyelenggaraan **kesejahteraan** sosial sebagaimana dimandatkan dalam Pasal 3 (b) UU No. 11 tahun 2009, Kementerian Sosial diharapkan dapat memulihkan **fungsi sosial** penduduk **miskin** dan rentan yang termasuk kedalam kelompok PPKS dalam rangka mencapai **kemandirian** secara sosial maupun ekonomi baik sebagai individu, keluarga maupun masyarakat. Esensi dari kata sejahtera atau Indonesia sejahtera memberikan indikasi bahwa: (i) tidak ada seorang warga negara yang tidak mampu memenuhi **kebutuhan dasarnya**, (ii) tidak seorang pun warga negara yang tidak memperoleh **hak dasarnya**, dan (iii) tidak seorang pun warga negara yang memiliki resiko dan atau miskin dan rentan yang tidak mendapat **jaminan dan perlindungan** dari negara, serta (iv) tidak seorang pun warga negara yang tidak mempunyai peluang untuk melakukan **investasi** dalam rangka memperbaiki kondisi sosial yang lebih baik. Dengan kata lain, sesuai amanat konstitusional, negara dan pemerintah berkewajiban mengatasi masalah kemiskinan yang terjadi pada 40 persen penduduk berpenghasilan rendah dan miskin.

Kemiskinan dalam arti sebagai kekurangan dalam pemenuhan kebutuhan dasar hanyalah fenomena (masalah di permukaan), bukan noumena (akar masalah). Noumena-nya adalah **kesenjangan** antara penduduk paling miskin dengan paling kaya sulit. Maka, jika penanggulangan kemiskinan hanya dilakukan dalam bentuk pemberian **bantuan sosial** (asistensi sosial) kepada penduduk untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, maka hal itu tidak akan membantu memecahkan inti permasalahan.

Ditetapkannya Visi dan Misi Presiden serta agenda pembangunan pemerintah yang dikemas dalam Nawacita dengan menekankan **perubahan mendasar pada pola perilaku/mental dan penataan program bantuan sosial** (asistensi), memperjelas bahwa masalah nilai dan perilaku menjadi persoalan mendasar dalam setiap penyelenggaraan pembangunan. Setiap program asistensi sosial harus mampu memberikan perubahan bagi penerima layanan. Karena itu,

menjadi hal yang sangat penting setiap penyelenggaraan kesejahteraan sosial merujuk pada Visi, Misi, dan Nawacita yang dilandasi oleh **semangat kesetiakawanan sosial, kepahlawanan dan keperintisan** dalam kerangka perubahan mental menuju kondisi kesejahteraan sosial yang lebih baik.

Rencana strategis (Renstra) Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial tahun 2020-2024 telah disusun pada tahun 2020. Renstra tersebut akan tetap disempurnakan sesuai dengan evaluasi dari tahun yang sebelumnya sampai dengan tahun 2024, serta akan disesuaikan dengan Renstra dari Kementerian Sosial 2020-2024. Poin-poin penting dalam Renstra Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial adalah sebagai berikut:

## 1. Visi

Presiden menegaskan: “tidak ada visi menteri, yang ada visi Presiden. Ini adalah membangun sebuah negara besar, tidak mungkin menteri berjalan sendiri-sendiri. Kerja tim, yang dikoordinasi oleh para Menko.” Dalam Renstra Kemensos 2020-2024, terdapat Visi: *“Kementerian Sosial yang andal, profesional, dan inovatif, serta berintegritas untuk mewujudkan Visi Presiden dan Wakil Presiden: “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-Royong.”*

Dengan demikian, Visi Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial harus mengadapatasi narasi visi Kementerian Sosial yang sudah ditetapkan di atas, yakni: ***“Direktorat Rehabilitasi Sosial yang andal, profesional, dan inovatif, serta berintegritas untuk mewujudkan Visi Presiden dan Wakil Presiden: “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-Royong.”***

Oleh karena itu Visi Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial selama 5 tahun kedepan (2020-2024) harus mendukung visi pembangunan nasional (Visi Presiden) tahun 2020-2024, yaitu:

Tabel 9  
Visi Pembangunan Nasional (Visi Presiden) tahun 2020-2024

No.	Level	Visi
1	Presiden	“Terwujudnya Indonesia yang berdaulat, mandiri, dan berkepribadian berlandaskan nilai dan semangat gotong royong.”
2	Kemensos	“Terwujudnya kesejahteraan sosial fakir miskin, penduduk rentan, dan Pemerlu Pelayanan kesejahteraan sosial (PPKS) dan kelompok marjinal lainnya.”
3	Ditjen Rehabilitasi Sosial	“Meningkatnya Keberfungsian Sosial Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS)”

## 2. Misi

Upaya yang akan dilaksanakan untuk mewujudkan Visi Presiden 2020-2024, dilaksanakan melalui 9 (sembilan) Misi Presiden 2020-2024. Kementerian Sosial melaksanakan 4 (empat) misi yaitu misi nomor 1, 3, 8, dan 9.

- a) Misi nomor 1 : Peningkatan kualitas manusia Indonesia
- b) Misi nomor 3 : Pembangunan yang merata dan berkeadilan
- c) Misi nomor 8 : Pengelolaan Pemerintahan yang bersih, efektif, dan terpercaya
- d) Misi nomor 9 : sinergi pemerintah daerah dalam kerangka negara kesatuan

Sesuai mandat Pasal 7 ayat 1 Undang-undang No. 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, Mandat RPJMN 2020-2024 bidang Kesejahteraan Sosial dan dalam rangka mendukung terwujudnya Nawa Cita, maka misi Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial adalah:

1. **Meningkatkan keberfungsian sosial** Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PPKS) melalui rehabilitasi sosial dalam bentuk bantuan pemenuhan kebutuhan dasar (bantuan permakanaan, pakaian, tempat tinggal, pemberian alat bantu, bimbingan aktivitas perawatan pokok sehari-hari/*activity daily*

*living* [AD]), dan fasilitasi akses **hak dasar** (layanan identitas hukum, perlindungan sosial, kesehatan, pendidikan, dan infrastruktur dasar). Suatu kondisi yang memungkinkan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat mampu memenuhi kebutuhan dan hak dasarnya, melaksanakan tugas dan peranan sosialnya, serta mengatasi masalah dalam kehidupannya

2. Meningkatkan akses; anak, penyandang disabilitas, korban penyalahgunaan NAPZA, Tuna Sosial HIV/AIDS, kelompok marginal lainnya dan lanjut usia terhadap **lingkungan yang inklusif** melalui implementasi Permensos Nomor : 16 Tahun 2020 tentang Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI) dalam pelaksanaan regulasi dan kebijakan di tingkat pusat dan daerah.

### 3. Tujuan

#### a) Tujuan Umum

Tujuan adalah rumusan yang menjelaskan arah pelaksanaan visi, ditetapkan sesuai dengan tugas, fungsi dan peranan organisasi Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial dan disesuaikan dengan ATENSI, sebagai berikut:

**“Meningkatnya kemampuan individu PPKS, keluarga dan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar, melaksanakan tugas dan peranan sosial, serta mengatasi masalah dalam kehidupannya.”**

#### b) Tujuan Khusus

1. Meningkatkan jumlah PM yang terpenuhi kebutuhan dasarnya.
2. Meningkatkan jumlah keluarga PM yang mampu mendukung program Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI)
3. Meningkatkan UPT, UPTD, LKS/Yayasan atau Komunitas yang mengelola ATENSI secara efektif.
4. Mengikatnya kompeten SDM / Pendamping dalam melaksanakan ATENSI.

### 4. Sasaran Strategis

- a. Meningkatnya keberfungsian sosial (KS) Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS)
- b. Terwujudnya kualitas tata kelola yang baik di Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial

## 5. Kebijakan Teknis

- a. Penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak-hak PPKS;
- b. Penguatan sistem rehabilitasi sosial yang terintegrasi dengan jaminan sosial, pemberdayaan sosial & perlindungan sosial penerima manfaat;
- c. Perluasan jangkauan rehabilitasi sosial penerima manfaat berbasis keluarga, komunitas dan/atau residensial;
- d. Penguatan kapasitas & kelembagaan Balai Rehabsos dan LKS;
- e. Peningkatan kampanye sosial melalui kampanye pencegahan, publikasi, sosialisasi, edukasi dan penyebarluasan informasi program rehabilitasi sosial di seluruh sektor dan masyarakat;
- f. Peningkatan peran masyarakat dan swasta dalam pelayanan rehabilitasi sosial

## 6. Indikator Kinerja Utama (IKU)

Indikator Kinerja Utama (IKU) sebagai penjabaran dari dua Sasaran Strategis adalah sebagai berikut:

### **A. Meningkatkan keberfungsian sosial (KS) Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS)**

- a) Meningkatnya Penerima Manfaat yang terpenuhi hak dan kebutuhan dasarnya.
- b) Meningkatnya keluarga penerima manfaat yang mampu melaksanakan perawatan/ pengasuhan/ perlindungan sosial
- c) Meningkatnya Komunitas/ LKS yang mampu melaksanakan Asistensi Rehabilitasi Sosial.
- d) Meningkatnya SDM yang mampu melaksanakan Asistensi Rehabilitasi Sosial
- e) Terwujudnya Rekomendasi Kebijakan Rehabilitasi Sosial
- f) Terlaksananya NSPK Bidang Rehabilitasi Sosial yang mendukung ATENSI

**B. Terwujudnya kualitas tata kelola yang baik di Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial**

- a) Meningkatnya Kualitas Layanan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial
- b) Terlaksananya Penilaian Mandiri Pelaksanaan Reformasi Birokrasi (PMPRB)
- c) Meningkatnya Nilai SAKIP
- d) Meningkatnya Kinerja Anggaran
- e) Meningkatnya satker yang memperoleh predikat WBK/WBBM

Sasaran strategis dan IKU tersebut dapat diwujudkan melalui penyelenggaraan Rehabilitasi Sosial yang dimaksudkan untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan seseorang yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar.

Cakupan pelayanan Rehabilitasi Sosial meliputi: penyandang disabilitas fisik, mental, intelektual, atau sensorik; tuna susila; gelandangan; pengemis; eks penderita penyakit kronis; eks narapidana; eks pencandu narkoba; eks psikotik; pengguna psikotropika sindroma ketergantungan; orang dengan *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno, Deficiency Syndrome*; korban tindak kekerasan; korban bencana; lanjut usia; tuna sosial, korban perdagangan orang; anak terlantar; dan anak dengan kebutuhan khusus.

Untuk memastikan keberhasilan pencapaian sasaran strategis Ditjen Rehabilitasi Sosial 2020-2024, maka perlu ditetapkan target kinerja sebagai berikut:

Tabel 10.

## Sasaran Strategis dan Indikator Sasaran Program

Indikator	Definisi/ Contoh	Sasaran Kegiatan (Output)	Sasaran Program (Outcomes)
PPKS yang mendapatkan Atensi	<p>PPKS adalah seseorang, keluarga atau kelompok masyarakat yang karena suatu hambatan, kesulitan atau gangguan tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya, sehingga tidak dapat terpenuhi kebutuhan hidupnya baik jasmani, rohani dan sosial secara memadai dan wajar. Hambatan, kesulitan dan gangguan tersebut dapat berupa kemiskinan, keterlantaran, kecacatan, ketunaan sosial, keterbelakangan, keterasingan/keterpencilan dan perubahan lingkungan (secara mendadak) yang kurang mendukung, seperti terjadinya bencana. PPKS terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Korban Penyalahgunaan NAPZA</li> <li>• Anak</li> <li>• Lanjut Usia</li> <li>• Penyandang Disabilitas</li> <li>• Tuna Sosial dan Korban Perdagangan Orang (TSKPO)</li> </ul>	Jumlah PPKS mendapatkan Atensi	Jumlah PPKS terpenuhi hak dan kebutuhan dasarnya
Keluarga PPKS yang Dilibatkan dalam Atensi	<p>Keluarga PPKS yang terlibat dalam pelaksanaan ATENSI. Contoh:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga yang melaksanakan pengasuhan/perawatan berbasis keluarga.</li> <li>2. Keluarga dari PPKS yang sudah berhasil dikembalikan ke keluarga</li> <li>3. Keluarga yang mendapatkan program penguatan keluarga</li> <li>4. Keluarga yang aktif ikut melaksanakan rehabilitasi sosial terhadap PPKS</li> </ol>	Jumlah Keluarga PPKS yang dilibatkan dalam Atensi	Jumlah Keluarga PPKS yang mampu melaksanakan pengasuhan/ perlindungan sosial
Kelompok / Komunitas / LKS yang Melaksanakan Atensi	Kelompok atau Komunitas atau LKS yang menjadi Mitra Direktorat / UPT dalam melaksanakan ATENSI	Jumlah Kelompok / Komunitas/ LKS yang melaksanakan ATENSI	Jumlah Kelompok / Komunitas/ LKS yang mampu melaksanakan ATENSI.

SDM Yang Mendampingi Atensi	Contoh: 1. SDM Pendamping Rehsos (Sakti Peksos, Pendamping LU, Pendamping Disabilitas, Konselor Adiksi, dll) 2. Pendamping / Pekerja Sosial di UPT 3. Pendamping / Pekerja Sosial di LKS	Jumlah SDM mendampingi ATENSI	Jumlah SDM yang mampu melaksanakan ATENSI.
Rekomendasi Kebijakan Rehabilitasi Sosial	Rekomendasi atas keputusan-keputusan penting organisasi, termasuk identifikasi berbagai alternatif seperti prioritas program atau pengeluaran, dan pemilihannya berdasarkan dampaknya	Jumlah Rekomendasi Kebijakan	Rekomendasi yang dimanfaatkan
NSPK Bidang Rehabilitasi Sosial yang mendukung ATENSI	Norma, Standar, prosedur dan kriteria yang merupakan turunan dari Permensos ATENSI. Untuk mendukung program ATENSI	Jumlah NSPK yang disusun	NSPK yang diimplementasikan
Kualitas Layanan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial	Nilai kualitas kepuasan masyarakat yang dinilai berdasarkan penerima pelayanan di lingkungan Rehabilitasi Sosial.	Nilai Kualitas Layanan	
Penilaian Mandiri Pelaksanaan Reformasi Birokrasi (PMPRB)	Instrumen penilaian kemajuan pelaksanaan reformasi birokrasi yang dilakukan secara mandiri (self-assessment) oleh K/L dan Pemda yang dinilai berdasarkan komponen pengungkit		
Nilai SAKIP			
Kinerja Anggaran	Nilai Kinerja anggaran yang tercantum dalam aplikasi SMART	Nilai Kinerja anggaran yang tercantum dalam aplikasi SMART	
Predikat WBK/WBBM	Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas dari Korupsi dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani.	Persentase UPT predikat WBK/WBBM dibandingkan dengan UPT yang diusulkan	

## c) Perjanjian Kinerja

Rencana Kinerja Tahun 2021 merupakan tahun kedua dari periode Renstra 2020-2024 yang disusun berdasarkan Renstra Kementerian Sosial RI. Rencana kinerja tahun 2021 merupakan penjabaran lebih lanjut dari Renstra Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial, di dalamnya memuat seluruh target kinerja yang hendak dicapai pada tahun 2021. Berdasarkan atas rencana kinerja tahunan tersebut, selanjutnya disusun Rencana Kerja Kegiatan dan Anggaran Kementerian Lembaga (RKA/KL).

Setelah mendapatkan persetujuan anggaran selanjutnya Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial telah menyusun Penetapan Kinerja Tahun 2021 secara berjenjang sesuai dengan kedudukan, tugas, dan fungsi. Perjanjian kinerja merupakan tolok ukur evaluasi akuntabilitas kinerja unit organisasi yang bersangkutan pada akhir tahun 2021 dan akan dilaporkan dalam Laporan Kinerja tahun 2021 sekaligus sebagai dasar penilaian keberhasilan/kegagalan pencapaian tujuan dan sasaran organisasi; tolok ukur kinerja sebagai dasar evaluasi kinerja aparatur; dan dasar pemberian reward atau penghargaan dan sanksi.

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021  
DIREKTUR JENDERAL REHABILITASI SOSIAL**

NO	SASARAN PROGRAM	INDIKATOR KINERJA	TARGET
1.	Meningkatnya keberfungsian sosial (KS) Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS)	• Jumlah Penerima Manfaat yang terpenuhi hak dan kebutuhan dasarnya	142.000 Orang
		• Jumlah Keluarga Penerima Manfaat yang mampu melaksanakan pengasuhan/ perlindungan sosial	52,555
		• Jumlah Komunitas/ LKS yang mampu melaksanakan ATENSI	3,658
		• Jumlah SDM yang mampu melaksanakan ATENSI	4,953
		• Jumlah Rekomendasi Kebijakan Rehabilitasi Sosial	10
		• Jumlah NSPK Bidang Rehabilitasi Sosial yang mendukung ATENSI	5
2.	Terwujudnya kualitas tata kelola yang baik di Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial	• Nilai Kualitas Layanan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial	80,5
		• Nilai PMPRB	33,31
		• Nilai SAKIP	74,00
		• Nilai Kinerja Anggaran	90,09
		• Persentase satker yang memperoleh predikat WBK/WBBM	20%

## 7. Anggaran

Direktorat Rehabilitasi Jenderal Sosial mendapatkan pagu anggaran untuk membiayai sub-sub bidang berdasarkan Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Tahun 2021 sebesar Rp. 1.103.078.210.000,- dengan rincian sebagai berikut:

**Tabel : 6**  
**Pagu Anggaran Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial**  
**Tahun 2021**

Uraian		Belanja Pegawai	Belanja Barang Operasional	Belanja Barang Non Operasional	Belanja Modal	Belanja Bansos	Total
1	Kantor Pusat	36.028.799	8.419.230	121.835.843	8.286.118	438.476	175.008.466
2	Kantor Daerah	188.160.070	77.769.548	431.474.243	170.197.773	60.468.110	928.069.744
Total		224.188.869	86.188.778	553.310.086	178.483.891	60.906.586	1.103.078.210

Keterangan Kantor Pusat:

1. Direktorat Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Napza
2. Direktorat Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas
3. Direktorat Rehabilitasi Sosial Tuna Sosial dan Korban Perdagangan Orang
4. Direktorat Rehabilitasi Sosial Anak
5. Direktorat Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia
6. Sekretariat Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial

Keterangan Kantor Daerah: 41 UPT

## BAB III

### ARAH KEBIJAKAN, STRATEGI, KERANGKA REGULASI DAN KERANGKA KELEMBAGAAN DIREKTORAT JENDERAL REHABILITASI SOSIAL

---

#### 1. Arah Kebijakan Umum, Norma, dan Sasaran Pokok Pembangunan Nasional 2020-2024

Arah kebijakan umum pembangunan nasional 2020-2024 dalam mendukung pencapaian Visi, Misi, dan Nawacita yang sesuai dengan Tugas Pokok dan Fungsi (Tusi) Ditjen Rehabilitasi Sosial antara lain :

1. Meningkatkan kualitas SDM dan kesejahteraan rakyat yang berkeadilan.
2. Mengembangkan dan pemeratakan pembangunan daerah.

Sedangkan norma pembangunan kabinet kerja, diarahkan pada:

1. Membangun untuk manusia dan masyarakat.
2. Upaya peningkatan kesejahteraan, kemakmuran, produktivitas tidak boleh menciptakan ketimpangan yang makin menghalangi, menghambat, mengecilkan dan mengurangi keleluasaan pelaku-pelaku besar untuk terus menjadi agen pertumbuhan.
3. Aktivitas pembangunan tidak boleh merusak, menurunkan daya dukung lingkungan dan keseimbangan ekosistem.

Selanjutnya, sasaran pokok pembangunan nasional 2020-2024 yang memiliki keterkaitan dengan Tusi Kementerian Sosial, sebagai berikut (lihat Tabel 13).

Tabel 15

Baseline dan Sasaran Pembangunan dalam RPJMN 2020-2024

No	Pembangunan	Baseline 2014	Sasaran 2020
<b>1. Sasaran Makro</b>			
▪ <b>Pembangunan Manusia dan Masyarakat</b>			
a.	Indeks Pembangunan Manusia (IPM)	73,8	76,3
b.	Indeks Pembangunan Masyarakat	0,55	Meningkat
c.	Indeks Gini	0,41	0,36
d.	Meningkatnya presentase penduduk yang menjadi peserta SJSN	51,8%	Min, 95%
e.	Kepersetaan Program SJSN Ketenagakerjaan Pekerja Informal	1,3 juta	3,5 juta
▪ <b>Ekonomi Makro</b>			
a.	Pertumbuhan ekonomi	5,1%	8,0%
b.	Tingkat Kemiskinan	10,96 %	7 – 8 %
<b>2. Sasaran Pembangunan Manusia dan Masyarakat</b>			
▪ <b>Perlindungan Anak</b>			
a.	Prevalensi kekerasan terhadap anak	Laki-laki 38,62%  Perempuan 20,48%	Menurun
▪ <b>Pembangunan Masyarakat</b>			
a.	Indeks gotong royong	0,55%	Meningkat
b.	Jumlah konflik sosial (pertahun)	164	Menurun
<b>3. Sasaran Pembangunan Dimensi Pemerataan</b>			
▪ <b>Menurunkan kesenjangan antar kelompok ekonomi</b>			
a.	Tingkat kemiskinan (%)	10,96	7,0-8,0
▪ <b>Meningkatnya cakupan pelayanan dasar dan akses terhadap ekonomi produktif masyarakat miskin dan rentan</b>			
b.	Perlindungan sosial bagi penduduk miskin dan rentan (40% penduduk berpendapatan terendah)		
	▪ Kepersetaan jaminan kesehatan	86 %	100%

c.	Pelayanan dasar bagi penduduk miskin dan rentan (40% penduduk berpendapatan terendah)		
	▪ Kepemilikan akte lahir	64,6%	77,4%
d.	Kepesertaan program SJSN ketenagakerjaan		
	▪ Pekerja informal	1,3 juta	3,5 juta
<b>4. Sasaran Pembangunan Kewilayahan dan Antar wilayah</b>			
a.	Pembangunan perdesaan		
	Peningkatan desa	-	sd 2.000 desa mandiri
b.	Tata kelola dan reformasi birokrasi		
	Opini WTP atas laporan keuangan K/L	74%	95%

Sumber Data : Buku I RPJMN 2015-2019

## 2. Arah Kebijakan Ditjen Rehabilitasi Sosial Berdasarkan Agenda Pembangunan Nasional

Dalam dokumen RPJMN 2015-2019 dikemukakan bahwa perkembangan kemiskinan yang menggambarkan dinamika kesejahteraan masyarakat, khususnya kelompok miskin dan rentan, dipengaruhi oleh berbagai faktor secara simultan, termasuk perkembangan perekonomian Indonesia, integrasi perekonomian Indonesia secara global, perubahan demografi, dan kebijakan afirmatif yang dilaksanakan. Selama kurun waktu beberapa tahun terakhir, tingkat kemiskinan berhasil diturunkan dari 15,42% pada tahun 2008 menjadi 11,47% pada bulan September tahun 2013, atau penduduk miskin berkurang lebih dari enam juta jiwa. Kondisi ini menunjukkan bahwa berbagai program penanggulangan kemiskinan yang telah dilaksanakan dalam bentuk 4 kelompok program (klaster), yaitu: bantuan dan jaminan sosial, pemberdayaan masyarakat, pemberdayaan usaha mikro-kecil dan program-program pro-rakyat, telah berjalan dengan cukup baik. Meskipun demikian, kecepatan **penurunan kemiskinan** dalam beberapa tahun belakangan ini mengalami perlambatan. Oleh karena itu, melalui sinergi keseimbangan

ekonomi makro dan pelaksanaan kebijakan afirmatif yang optimal diharapkan tingkat kemiskinan ini dapat diturunkan lebih jauh.

Terkait dengan agenda pembangunan nasional yang ditetapkan dalam Nawacita, beberapa agenda tersebut menjadi misi Kementerian Sosial. Oleh karena itu, arah kebijakan dan strategi nasional yang mengusung agenda pembangunan dan sesuai dengan misi Kementerian Sosial perlu menjadi rujukan dalam merumuskan kebijakan dan strategi bidang Rehabilitasi sosial. **Arah kebijakan dan strategi nasional tersebut adalah; (i) membangun Indonesia dari pinggiran, (ii) meningkatkan kualitas hidup manusia dan masyarakat Indonesia, (iii) meningkatkan kesejahteraan sosial dengan perubahan karakter penerima manfaat layanan.**

Arah kebijakan teknis program Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI) sesuai Tugas Pokok dan Fungsi (Tusi) Ditjen Rehabilitasi Sosial, tertuang dalam Permensos No. 16 Tahun 2020 tentang ATENSI, dituangkan ke dalam pelayanan tidak langsung dan langsung. Pelayanan tidak langsung sebagaimana dalam permensos tersebut berisi :

- a) Peningkatan kampanye sosial melalui kampanye pencegahan, publikasi, sosialisasi, edukasi dan perluasan informasi Rehabilitasi Sosial di seluruh sektor masyarakat.
- b) Bimbingan teknis bagi pengelola dan pendamping Rehabilitasi Sosial
- c) Refleksi Kebijakan
- d) Supervisi, Monitoring dan Evaluasi serta Pelaporan
- e) Perumusan pedoman umum dan pedoman operasional
- f) Rapat koordinasi teknis
- g) Advokasi Sosial

Sedangkan layanan langsung sebagai program ATENSI dalam bentuk kegiatan sebagai berikut :

- a) Dukungan pemenuhan kebutuhan hidup layak;
  - Melakukan/memberikan perawatan diri (ADL) bagi PPKS.
  - Mampu menyelesaikan/menghadapi masalah sosial psikologis.
  - Mampu melakukan aktualisasi diri sesuai potensi yang dimiliki.
  - PPKS setelah memperoleh ATENSI dapat kembali ke keluarga

- b) Perawatan sosial dan/atau pengasuhan anak;
- c) Dukungan keluarga;
- d) Terapi fisik, terapi psikososial, dan terapi mental spiritual;
- e) Pelatihan vokasional dan/atau pembinaan kewirausahaan;
- f) Bantuan dan asistensi sosial; dan
- g) Dukungan aksesibilitas.

### 3. Strategi Ditjen Rehabilitasi Sosial Berdasarkan Agenda Pembangunan Nasional

- a) Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI)  
Memperkuat pelaksanaan rehabilitasi sosial berbasis keluarga, komunitas dan residensial.
- b) Renovasi Balai/Loka  
Memprioritaskan bangunan dan peralatan yang rusak berat dan layanan langsung kepada penerima manfaat. Kegiatan ini tertunda akibat *refocusing* belanja modal, sebagai dampak adanya krisis kesehatan. Rencananya akan dilanjutkan tahun 2021.
- c) Piloting SERASI  
Memastikan PPKS terpenuhi hak dasarnya dan dalam perlindungan keluarga melalui layanan ATENSI.
- d) Kampanye Nasional  
Menggunakan multimedia dan dilaksanakan secara masif terkait pencegahan masalah sosial.
- e) Standarisasi Balai/ Loka/ LKS/ Panti Sosial (penguatan lembaga dan SDM)  
Akreditasi lembaga kesejahteraan sosial dan sertifikasi pendamping rehabilitasi sosial.
- f) *Contact center*  
Mengintegrasikan data PPKS dengan Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS).

Dalam kerangka penurunan kemiskinan tersebut, pertumbuhan dan kemajuan sosial ekonomi masyarakat serta perubahan struktur perekonomian Indonesia memiliki 2 konsekuensi penting, yaitu: (1) penduduk golongan menengah ke bawah akan semakin membutuhkan sistem perlindungan yang

komprehensif, dan (2) adanya potensi meningkatnya kesenjangan antar kelompok miskin dan non miskin yang menjadikan masalah sosial semakin kompleks.

Perlindungan sosial diperlukan agar penduduk miskin dan rentan terlindungi pemenuhan kebutuhannya, terutama pelayanan kesehatan dan kebutuhan bahan pokok, apabila terjadi guncangan ekonomi maupun sosial. Dalam mengurangi potensi kesenjangan antar kelompok maka perlu dilakukan upaya perluasan akses terhadap pemanfaatan pelayanan dasar. Sedangkan upaya yang bisa dilakukan untuk mengurai kompleksitas permasalahan kemiskinan adalah dengan pembekalan ketrampilan wirausaha maupun keterampilan teknis kepada penduduk miskin dan rentan, sehingga dapat meningkatkan daya saing mereka melalui kegiatan ekonomi produktif.

Dengan demikian, untuk mampu mempercepat laju penurunan tingkat kemiskinan secara signifikan, reformasi menyeluruh terhadap kebijakan penanggulangan kemiskinan sangat diperlukan dan dituangkan dalam **3 kebijakan afirmatif yang lebih komprehensif, integratif dan bertarget spesifik, yaitu: (i) mengembangkan sistem perlindungan sosial yang komprehensif, (ii) meningkatkan pelayanan dasar bagi penduduk miskin dan rentan, serta (iii) mengembangkan penghidupan yang berkelanjutan.**

Sasaran yang diharapkan dapat diwujudkan melalui kebijakan afirmatif yang lebih komprehensif, integratif dan bertarget spesifik terkait dengan upaya mempercepat laju penurunan tingkat kemiskinan secara signifikan dimaksud adalah:

- a. **Menurunnya tingkat kemiskinan** menjadi 6,0% – 8,0% pada tahun 2021.
- b. **Terselenggarakannya perlindungan sosial yang komprehensif**, yang mencakup : (1) terpenuhinya hak dasar seluruh rakyat, termasuk penyandang disabilitas, lanjut usia dan kelompok marjinal lainnya, dan (2) terbukanya peluang masyarakat miskin untuk berinvestasi pada peningkatan kapasitas keluarga, pengelolaan resiko sepanjang siklus hidup dan terlibat dalam pertumbuhan ekonomi.
- c. **Berkurangnya kesenjangan akses pelayanan dasar**, yang mencakup identitas hukum, pendidikan, kesehatan, air bersih, sanitasi, layanan listrik

serta hunian layak untuk masyarakat miskin dan rentan, termasuk masyarakat penyandang masalah kesejahteraan sosial.

d. **Meningkatnya kapasitas penduduk miskin** sehingga dapat meningkatkan akses terhadap kegiatan ekonomi produktif, terutama meningkatkan ketrampilan kewirausahaan, ketrampilan teknis dalam meningkatkan daya saing di pasar tenaga kerja, dan meningkatkan akses mereka terhadap lembaga finansial.

1) Membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan.

Membangun dari pinggiran harus dipahami dalam perspektif yang utuh, yakni sebagai afirmasi untuk mendorong keterkaitan, keselarasan, dan kemitraan antar wilayah dalam pembangunan kesejahteraan sosial. Melalui pembangunan ini diharapkan wilayah-wilayah yang selama ini kurang diprioritaskan didorong menjadi bagian penting dari pusat pertumbuhan dan aktivitas penyelenggaraan kesejahteraan sosial. Terkait dengan agenda pembangunan ini, agenda nasional memfokuskan pada; penanggulangan kemiskinan dengan sasaran :

- a) Meningkatkan penjangkauan pelayanan dasar mencakup identitas hukum, sarana dan prasarana pendidikan, kesehatan, infrastruktur dasar, dan sarana ekonomi yang inklusif bagi masyarakat miskin dan rentan termasuk penyandang disabilitas dan lanjut usia.
- b) Meningkatnya perlindungan sosial, produktivitas, dan pemenuhan hak dasar bagi penduduk miskin dan rentan.

Arah kebijakan nasional dalam penanggulangan kemiskinan, dengan memperhatikan karakteristik dan kebutuhan masyarakat miskin dan rentan melalui upaya pengurangan ketimpangan yang dilakukan dengan pembangunan yang inklusif dan kebijakan afirmatif yang lebih nyata, yaitu: (i) mengembangkan sistem perlindungan sosial yang komprehensif, (ii) meningkatkan pelayanan dasar bagi masyarakat miskin dan rentan, dan (iii) megembangkan penghidupan yang berkelanjutan. Untuk mencapai arah kebijakan tersebut perlu didukung oleh basis data perencanaan yang handal dalam satu sistem informasi yang terpadu baik ditingkat pusat maupun daerah, serta penguatan kapasitas aparat pemerintah di tingkat pusat dan daerah.

Strategi yang digunakan dalam agenda ini yang terkait dengan kesejahteraan sosial mencakup hal-hal sebagai berikut :

- a) Meningkatkan **perlindungan, produktivitas dan pemenuhan hak dasar** bagi penduduk miskin dan rentan, melalui (i) penataan asistensi sosial terpadu berbasis keluarga dan siklus hidup yang mencakup anatar lain bantuan tunai bersyarat dan/atau sementara, pangan bernutrisi, peningkatan kapasitas pengasuhan dan usaha keluarga, pengembangan penyaluran bantuan melalui keuangan digital, serta pemberdayaan dan rehabilitasi sosial.
- b) Peningkatan **inklusivitas** bagi penyandang disabilitas dan lanjut usia pada setiap aspek penghidupan.
- c) Penguatan **kelembagaan dan koordinasi** melalui peningkatan kualitas dan ketersediaan tenaga kesejahteraan sosial, standarisasi lembaga kesejahteraan sosial, serta pengembangan sistem layanan dan rujukan terpadu.
- d) Memperluas dan meningkatkan **pelayanan dasar** untuk penduduk miskin dan rentan, melalui; peningkatan ketersediaan infrastruktur dan sarana pelayanan dasar, meningkatkan penjangkauan pelayanan dasar, dan penyempurnaan pengukuran kemiskinan yang menyangkut kriteria, standrisasi, dan sistem pengelolaan data terpadu.
- e) Meningkatkan penghidupan penduduk miskin dan rentan melalui; **pemeberdayaan ekonomi** berbasis pengembangan ekonomi lokal, dan pendampingan dalam rangka meningkatkan kapasitas dan keterampilan.
- f) **Advokasi** kepada penduduk miskin dan rentan tentang peningkatan kualitas pendidikan dan kesehatan anak yang akhirnya dapat mengontrol pertumbuhan penduduk terutama penduduk miskin dan rentan.
- g) **Pengembangan kawasan perbatasan**, daerah tertinggal, dan pembangunan desa dan kawasan perdesaan.

- 2) Meningkatkan kualitas hidup manusia dan masyarakat Indonesia, melalui peningkatan kesejahteraan rakyat.

Meningkatkan kualitas hidup manusia dan masyarakat Indonesia harus dipahami sebagai arti pembangunan pada seluruh siklus hidup manusia yang pada hakekatnya adalah membangun manusia sebagai sumberdaya pembangunan yang produktif dan berdaya saing, serta sebagai insan dan anggota masyarakat yang dapat hidup secara rukun, damai, gotong royong, patuh pada hukum, dan aktif dalam bermasyarakat. Agenda pembangunan ini menekankan pada; terbangunnya manusia Indonesia yang berkualitas, produktif, berdaya saing, dan sejahtera, khususnya bagi penduduk berpenghasilan 40 persen terendah. Terkait dengan agenda pembangunan ini, agenda nasional memfokuskan pada peningkatan kesejahteraan masyarakat melalui penghidupan yang berkelanjutan dengan sasaran:

- a) Terfasilitasinya sebanyak mungkin rumah tangga miskin dan rentan yang memperoleh program pengembangan penghidupan berkelanjutan.
- b) Terbentuknya kelembagaan pendampingan di daerah sebagai media untuk meningkatkan kapasitas dan keterampilan penduduk miskin dan rentan.
- c) Terbentuknya kelompok-kelompok masyarakat produktif di kantong-kantong kemiskinan tingkat kecamatan sebagai media untuk pembangunan masyarakat miskin dan rentan.

Arah kebijakan nasional dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat melalui penghidupan yang berkelanjutan, dengan memperhatikan peningkatan kapasitas dan keterampilan penduduk miskin dan rentan melalui peningkatan kualitas pendampingan melalui; **(i) pengembangan sistem dan mekanisme pendampingan, (ii) pengembangan sistem pemberdayaan kapasitas dan keterampilan kerja hidup PPKS, peningkatan motivasi, dan peningkatan keterampilan manajemen, keterampilan wirausaha, dan keterampilan kerja sesuai kebutuhan lokal, dan (iii) intensifikasi pendampingan secara berkesinambungan.**

### 3) Penyelenggaraan Perlindungan Sosial yang Komprehensif

Arah kebijakan penyelenggaraan perlindungan sosial yang komprehensif merupakan kebijakan yang difokuskan pada upaya melindungi masyarakat miskin dan rentan agar terlindungi secara minimal kebutuhan dasar dan hak dasarnya serta mampu melakukan investasi sosial untuk menopang kehidupannya secara produktif. Arah kebijakan ini dilakukan dengan melakukan perbaikan dan peningkatan terhadap hal-hal sebagai berikut:

- a) Penataan asistensi sosial, baik reguler yang berdasarkan siklus hidup maupun temporer sesuai dengan jenis dan durasi resiko, melalui Program Keluarga Produktif dan Sejahtera dengan strategi:
  - Mengintegrasikan berbagai asistensi sosial berbasis keluarga bagi keluarga miskin dan rentan.
  - Memberikan pelayanan dan rehabilitasi sosial berbasis komunitas untuk PPKS yang berada di luar sistem keluarga, serta menjadikan pelayanan di dalam lembaga/Balai sebagai alternatif terakhir
  - Melaksanakan asistensi sosial temporer, baik yang berskala maupun berskala kelompok
  - Standarisasi pelaksanaan asistensi sosial temporer
- b) Peningkatan pemenuhan hak dasar dan inklusivitas penyandang disabilitas, lanjut usia, serta kelompok masyarakat marjinal pada setiap aspek kehidupan dengan strategi :
  - Meningkatkan advokasi regulasi dan kebijakan di tingkat pusat dan daerah untuk pemenuhan hak dasar bagi penduduk penyandang disabilitas, lanjut usia, masyarakat adat serta kelompok masyarakat marjinal
  - Meningkatkan penyuluhan sosial untuk mendidik dan menyadarkan masyarakat mengenai lingkungan inklusif bagi penyandang disabilitas, lanjut usia dan kelompok masyarakat marjinal.

c) Penguatan kelembagaan sosial yang meliputi standar pelayanan, sistem rujukan, data, dan sistem pengaduan yang terintegrasi serta asistensi sosial dengan strategi:

- Meningkatkan kualitas dan kuantitas pelaksana asistensi sosial termasuk di dalamnya pekerja sosial masyarakat, pendamping program dan lembaga pemberi pelayanan.

4) Perluasan dan peningkatan pelayanan dasar

Perluasan dan peningkatan pelayanan dasar bagi masyarakat miskin dan rentan merupakan arah kebijakan yang difokuskan pada upaya-upaya bagaimana perlindungan sosial yang sudah dilaksanakan dapat diperluas dan melibatkan pihak terkait, baik pemerintah pusat dan pemerintahan daerah maupun kelembagaan sosial masyarakat. Arah kebijakan ini dilakukan dengan menyediakan dan memperkuat hal-hal sebagai berikut:

a. Meningkatkan ketersediaan infrastruktur dan sarana pelayanan dasar bagi masyarakat miskin dan rentan, dengan strategi:

- 1) Penyusunan jenis pelayanan dasar dan indikator bidang rehabilitasi sosial dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM)
- 2) Penguatan sistem pengembangan sumber daya manusia kesejahteraan sosial (SDM Rehsos)

b. Meningkatkan penjangkauan pelayanan dasar bagi penduduk miskin dan rentan dengan strategi:

- 1) Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap hak dasar dan layanan dasar
- 2) Pengembangan dan penguatan sistem pementauan dan evaluasi berbasis masyarakat terkait penyediaan layanan dasar.

5) Pengembangan Penghidupan Berkelanjutan

Arah kebijakan pengembangan penghidupan berkelanjutan merupakan arah kebijakan yang difokuskan pada peran aktif para pihak, dan peningkatan kualitas pendampingan dalam rangka peningkatan kesejahteraan dan ekonomi masyarakat miskin dan rentan. Arah kebijakan ini dilakukan dengan upaya-upaya sebagai berikut:

- a. Peningkatan peran pemerintah pusat dan daerah dalam pengembangan ekonomi lokal bagi masyarakat miskin dan rentan dengan strategi:
    - 1) Peningkatan dan perluasan integrasi program produktifitas ekonomi bagi masyarakat miskin dan rentan
    - 2) Peningkatan kerjasama yang melibatkan pemerintah, dunia usaha, perguruan tinggi dan masyarakat untuk meningkatkan akses masyarakat miskin dan rentan kepada usaha ekonomi produktif.
  - b. Peningkatan kualitas pendampingan dalam rangka peningkatan kapasitas dan keterampilan masyarakat miskin dan rentan dengan strategi:
    - 1) Pengembangan mekanisme pendampingan usaha ekonomi produktif bagi masyarakat miskin dan rentan
    - 2) Peningkatan kapasitas pendamping usaha ekonomi produktif
    - 3) Meningkatkan pembentukan kelompok usaha bersama masyarakat miskin secara mandiri.
- 6) Penguatan Kelembagaan dan Sumber Daya Manusia (SDM) Penyelenggara Rehabilitasi Sosial
- Penguatan kelembagaan dan sumber daya manusia penyelenggara Rehabilitasi sosial merupakan arah kebijakan yang difokuskan pada upaya-upaya peningkatan kualitas pelayanan, sumber daya rehabilitasi sosial, mekanisme pengawasan, dan penilaian keberhasilan capaian kinerja. Arah kebijakan ini dilakukan dengan melakukan hal-hal sebagai berikut:
- a. Peningkatan kualitas lembaga kesejahteraan sosial (LKS), dengan strategi:
    - 1) Pengembangan pemberdayaan potensi dan sumber kesejahteraan sosial.
    - 2) Peningkatan jumlah LKS yang terakreditasi di bidang penyelenggaraan Asistensi Rehabilitasi Rosial (ATENSI).
    - 3) Memperluas cakupan pendampingan bagi LKS.

- b. Peningkatan kualitas SDM penyelenggara Asistensi Rehabilitasi Sosial, dengan strategi:
  - 1) Peningkatan kualitas SDM melalui pemberian sertifikasi profesi pekerjaan sosial.
  - 2) Pengembangan diklat bagi SDM penyelenggara Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI).

Pada lingkup penanganan pembangunan kesejahteraan sosial dan penanganan PPKS rehabilitasi sosial di Indonesia, dalam RPJMN III (2015-2019) setidaknya terdapat beberapa isu strategis, yang juga akan menentukan dan menjadi dasar terhadap arah kebijakan dan strategi Ditjen Rehabilitasi Sosial, yaitu :

1. UU Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial dan UU Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin memberikan kewenangan penuh kepada Kementerian Sosial sebagai *leading sector* dalam penanggulangan kemiskinan. Ke depan akan semakin diintensifkan koordinasi dengan 18 Kementerian/Lembaga terkait lainnya dalam kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan, melakukan penguatan kapasitas kelembagaan dan koordinasi internal di lingkungan Kementerian Sosial, dan melakukan advokasi ke legislatif untuk mendapatkan alokasi anggaran yang proporsional dengan peran Kementerian Sosial sebagai *leading sector* penanggulangan kemiskinan.
2. Pengarusutamaan (*mainstreaming*) penyandang disabilitas dalam pembangunan, sebagai konsekuensi logis dari ditetapkannya UU Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas. Ke depan akan diintensifkan sosialisasi tentang UU dimaksud kepada *stakeholders* terkait dalam upaya : membuka kesempatan bekerja bagi penyandang disabilitas, memberikan akses terhadap berbagai pelayanan sosial dasar, dan menjamin aksesibilitas bagi penyandang disabilitas atas sarana pelayanan publik.
3. Ditetapkannya PP Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laport Bagi Pecandu dan Korban Penyalahgunaan NAPZA mengamanahkan Kementerian Sosial sebagai penanggung jawab pelaksanaan rehabilitasi sosial korban penyalahgunaan NAPZA. Ke

depan akan dioptimalkan lembaga kesejahteraan sosial pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat, yang bergerak di bidang rehabilitasi korban penyalahgunaan NAPZA untuk menjadi IPWL dan menguatkan kapasitas LKS yang menangani korban penyalahgunaan NAPZA.

4. Ditetapkannya Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Anak mengamanahkan Kementerian Sosial untuk menyiapkan Lembaga Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial dan Pekerja Sosial Bersertifikat sebagai pendamping bagi Anak yang Berhadapan dengan Hukum. Ke depan akan diintensifkan kerjasama dengan Kementerian/Lembaga terkait maupun pemerintah daerah, baik dalam membangun LPKS bagi ABH, maupun tenaga peksos bersertifikat sebagai pendamping bagi ABH di Sistem Peradilan Pidana Anak.
5. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
6. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.
7. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
8. Peraturan Menteri Sosial (Permensos) Nomor 1 Tahun 2015 tentang Standar Lembaga Rehabilitasi Sosial Tuna Sosial.

Selanjutnya, kebijakan Ditjen Rehabilitasi Sosial lainnya yang mendukung kebijakan RPJMN 2015-2019 yang agendanya bersinggungan antara Kementerian Sosial dengan Kementerian/Lembaga Lain, seperti :

1. Mendukung Pelaksanaan Sistem Peradilan Pidana Anak
2. Penanganan Anak dan Perempuan Korban Tindak Kekerasan
3. Meningkatkan upaya terapi psiko sosial dan rehabilitasi sosial korban penyalahgunaan NAPZA
4. Pemenuhan kebutuhan dan pelayanan dasar
5. Peningkatan kualitas pelayanan publik
6. Penerapan *e-government* untuk mendukung bisnis proses pemerintahan dan pembangunan yang efisien, efektif, transparan, dan terintegrasi

#### 4. Kerangka Regulasi

UU No. 25 Tahun 2004 tentang SPPN telah mengamanatkan penanganan kerangka regulasi yang sejalan dengan kerangka pendanaan sejak proses perencanaan. Hal tersebut akan meningkatkan kualitas kebijakan dan regulasi yang tertib sehingga memungkinkan setiap program/kegiatan dapat memberikan manfaat yang lebih optimal. Tujuan kerangka regulasi dalam pembangunan sektor dan bidang adalah:

- 1) Mengarahkan proses perencanaan pembentukan peraturan perundang-undangan sesuai kebutuhan pembangunan;
- 2) Meningkatkan kualitas peraturan perundang-undangan dalam rangka mendukung pencapaian prioritas pembangunan; dan
- 3) Meningkatkan efisiensi pengalokasian anggaran untuk keperluan pembentukan peraturan-perundang-undangan.

Sejalan dengan RPJMN tahap III (2015-2019), sinergi antara kebijakan dan kerangka regulasi dilakukan untuk memantapkan pembangunan nasional di berbagai bidang pembangunan. kebijakan

Kebutuhan regulasi dalam lima tahun dimaksudkan sebagai pedoman penyusunan Program Legislasi Nasional (Prolegnas) Jangka Menengah (2015-2019). Kerangka regulasi di dalam mendukung arah kebijakan dan strategi pembangunan bidang kesejahteraan sosial tahun 2015-2019 diantaranya adalah: 1). Revisi UU No. 4/1997 tentang Penyandang Cacat sesuai dengan UU No. 19/2011 tentang Ratifikasi CRPD dan UU No. 13/1998 tentang Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia; 2). Penyusunan Rencana Aksi Nasional (RAN) bagi penyandang cacat dan lanjut usia, serta penanganan fakir miskin; 3). Melengkapi peraturan pelaksana standar pelayanan minimal dan pengaturan pembagian kewenangan yang antara lain mengatur koordinasi antar lembaga di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial, sarana prasarana, serta penguatan fungsi, peran, standar dan kapasitas lembaga penyelenggara mencakup kesejahteraan anak, penanganan fakir miskin, penanganan korban penyalahgunaan narkoba, tunasosial, korban tindak kekerasan dan atau pekerja migran bermasalah, serta permasalahan sosial lainnya dalam rangka peningkatan kesejahteraan, keberfungsian sosial dan kemandirian; 4) Mendorong penyusunan

regulasi daerah untuk advokasi dan implementasi inklusivitas penyandang disabilitas dan lanjut usia di daerah. Kerangka regulasi yang disusun untuk Tahun 2015-2019 dalam mendukung pelaksanaan penerapan sasaran strategis dapat di lihat pada Tabel di bawah ini.

**Tabel 16**  
Kebutuhan regulasi dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial  
Tahun 2020-2024 Kementerian Sosial

No	Produk Hukum	Keterangan
1	RUU Kesos Lanjut Usia	Rancangan Undang-Undang
2	Rancangan Peraturan Pemerintah Tentang Rehabilitasi Sosial	Rancangan Peraturan Pemerintah
3	Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 2017 Tentang Pelaksanaan Pengasuhan Anak	Peraturan Menteri Sosial
4	Peraturan Menteri Sosial Nomor 4 Tahun 2020 tentang Rehabilitasi Sosial Dasar Anak Terlantar	Peraturan Menteri Sosial
5	Peraturan Menteri Sosial Nomor 16 Tahun 2020 tentang Asistensi Rehabilitasi Sosial	Peraturan Menteri Sosial
6	Peraturan Direktur Jenderal Rehsos Nomor 1 Tahun 2020 tentang Pedoman Operasional Bantuan Kebutuhan Dasar bagi Warga Terlantar Akibat Corona Virus Dease 2019 (Covid-19)	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial
7	Peraturan Direktur Jenderal Rehsos Nomor 2 Tahun 2020 tentang Format Kartu Penyandang Disabilitas	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial
8	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Pedoman Operasional Asistensi Rehabilitasi Sosial Anak	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial
9	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial Nomor 4 Tahun 2020 Tentang Pedoman Operasional Asistensi Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial
10	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial Nomor 5 Tahun 2020 ttg Pedoman Operasional Asistensi Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial
11	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial Nomor 6 Tahun 2020 Tentang Pedoman Operasional Asistensi Rehabilitasi Sosial Tuna Sosial Dan Korban Perdagangan Orang	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial
12	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial Nomor 7 Tahun 2020 Tentang Pedoman Operasional Asistensi Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia	Peraturan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial
13	Keputusan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial Nomor : 14/4/Hk.01/3/2020 Tentang Petunjuk Teknis Percepatan Pelaksanaan Program Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia Dalam Masa Tanggap Darurat Akibat Wabah Virus Corona Di Indonesia	Keputusan Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial
14	Kesepakatan Bersama Antara Dirjen Rehsos dengan 11 (sebelas) LKS meliputi: LKS Balarenik, Bhakti Nurul, Education Religion, Insan Amalina, Kampus Diakonesia, Karya Putra Indonesia Mandiri, Kreatif Usaha Mandiri, Rumpun Anak Pesisir, Setia Kawan, Swara Peduli Indonesia, dan Uswatun Hasanah tentang Asistensi Rehabilitasi Sosial Dalam Rangka Penanganan Warga Terlantar Akibat Covid-19Nota Kesepahaman Antara Kementerian Sosial Republik Indonesia Dengan Badan Narkotika Nasional tentang Pencegahan Dan Pemberantasan Penyalahgunaan Dan Peredaran Gelap Narkotika Dan Prekursor Narkotika Serta Rehabilitasi Sosial	MoU
15	Nota Kesepahaman Antara Dirjen Rehsos dengan LKS Balarenik, LKS Bhaki Nurul Iman, LKS ERBE, LKS KUMALA dan LKS SWARA tentang Asistensi Rehabilitasi Sosial bagi Komunitas Pemulung	MoU

16	Nota Kesepahaman Antara Dirjen Rehsos Dengan LKS Art Therapy Center Widyatama Bandung Tentang Pengembangan Layanan Rehabilitasi Sosial Bagi Penyandang Disabilitas Melalui Art Therapy	MoU
17	Nota Kesepahaman Antara Kementerian Sosial Republik Indonesia Dengan Badan Narkotika Nasional tentang Pencegahan Dan Pemberantasan Penyalahgunaan Dan Peredaran Gelap Narkotika Dan Prekursor Narkotika Serta Rehabilitasi Sosial	MoU
18	Nota Kesepahaman antara Kementerian Sosial dengan Lembaga Perlindungan Anak Indonesia tentang Kemitraan Strategis Dalam Program Pencegahan, Deteksi Dini dan Penanganan Kasus Anak yang Memerlukan Perlindungan Khusus di Indonesia	MoU
19	Nota Kesepahaman antara Kementerian Sosial dengan Lembaga Perlindungan Anak Pusat tentang Kemitraan Strategis Dalam Program Pencegahan, Deteksi Dini dan Penanganan Kasus Anak yang Memerlukan Perlindungan Khusus di Indonesia	MoU

Sumber Data : Bag. OHH Ditjen Reh. Sosial (2020)

## **5. Kerangka Kelembagaan**

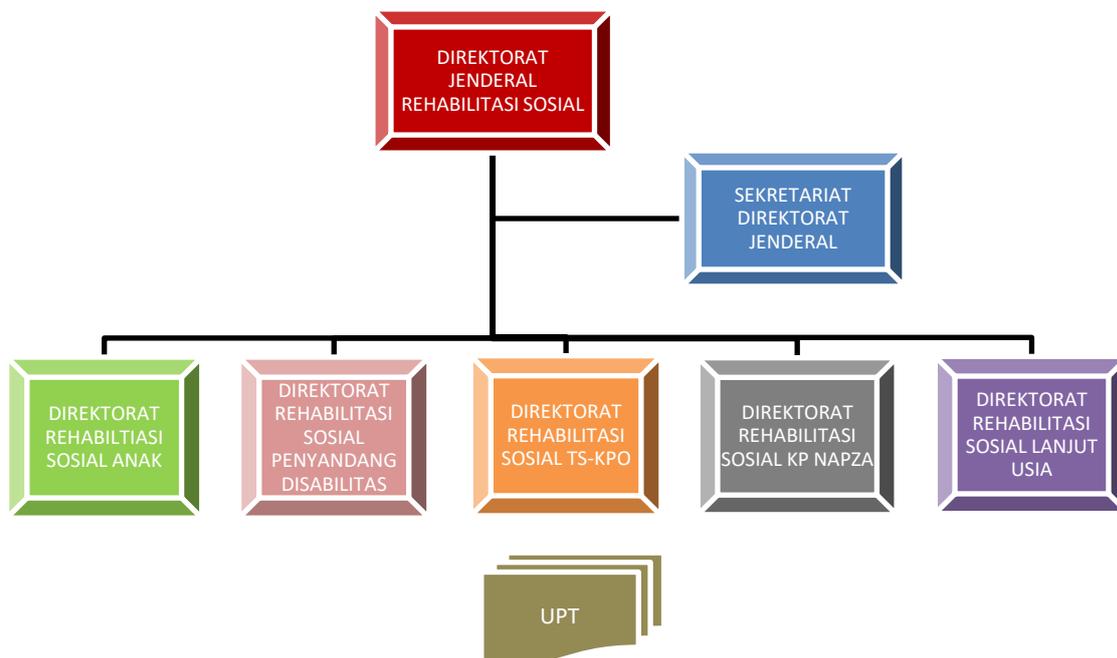
Kerangka kelembagaan pemerintah yang efektif dan akuntabel sebagai pelaksana program pembangunan merupakan salah satu penentu keberhasilan pelaksanaan pembangunan. Kelembagaan merujuk kepada organisasi, pengaturan hubungan inter dan antar organisasi, serta sumber daya manusia aparatur. Organisasi mencakup rumusan tugas, fungsi, kewenangan, peran, dan struktur. Pengaturan hubungan inter dan antar-organisasi mencakup aturan main dan/atau tata hubungan kerja inter dan antar-organisasi/lembaga pemerintah, sedangkan sumber daya manusia aparatur negara mencakup para pejabat negara dan aparatur sipil negara yang menjalankan organisasi tersebut.

### **4.1. Struktur Organisasi dan Tata Kerja Ditjen Rehabilitasi Sosial**

Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) adalah komponen penting dalam sebuah organisasi/kelembagaan. SOTK adalah sebuah mekanisme yang menjelaskan bagaimana kedudukan, tugas, fungsi, dan kewenangan yang menjadi tugas pokok dan fungsi sebuah unit kerja. Mengingat pentingnya SOTK tersebut, maka untuk 2015-2019 Ditjen Rehabilitasi Sosial melakukan penyempurnaan dalam rangka mendukung capaian tujuan dan program/kegiatan yang ditetapkan baik dalam sasaran strategis maupun indikator kinerja.

SOTK Ditjen Rehabilitasi Sosial saat ini adalah berdasarkan Permensos 86/HUK/2010 yang memuat enam unit kerja Eselon II (lihat gambar), yang meliputi: Sekretariat Ditjen, Direktorat Kesejahteraan Anak, Direktorat Rehabilitasi Sosial Orang Dengan Kedisabilitas, Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia, Direktorat Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Napza, dan Direktorat Rehabilitasi Sosial Tuna Sosial.

**Grafik 3**  
SOTK Ditjen Rehabilitasi Sosial



#### Mandat Kelembagaan Ditjen Rehabilitasi Sosial

- a. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak.
- b. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat.
- c. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
- d. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
- e. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.
- f. Undang-Undang Nomor 35 tentang Narkotika
- g. Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on the Rights Of Persons With Disabilities* (Konvensi mengenai hak-hak Penyandang Disabilitas)
- h. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah  
lampiran: hal pembagian kewenangan pemerintah Pusat dan Daerah
- i. Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa

Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) adalah komponen penting dalam sebuah organisasi/kelembagaan. SOTK adalah sebuah mekanisme yang menjelaskan bagaimana kedudukan, tugas, fungsi, dan kewenangan yang menjadi tugas pokok dan fungsi sebuah unit kerja. Mengingat pentingnya SOTK tersebut, maka untuk 2015-2019 Kementerian Sosial melakukan penyempurnaan dalam rangka mendukung capaian tujuan dan program/kegiatan yang ditetapkan baik dalam sasaran strategis maupun indikator kinerja. Terkait dengan SOTK *existing* khususnya Ditjen Rehabilitasi Sosial merupakan eselon I Kemensos, hal terkait dengan adanya irisan tugas antara Kementerian Sosial dengan Kementerian/Lembaga lain, khususnya Ditjen Rehsos antara lain:

- a. Tugas Direktorat Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA, beririsan dengan BNN, Kepolisian, dan Kementerian Kesehatan khususnya terkait dengan penanganan psikososial korban penyalahgunaan napza dan pelayanan rehabilitasi sosial bagi masyarakat yang dirawat dalam Balai rehabilitasi.
- b. Tugas Direktorat Rehabilitasi Sosial Anak, beririsan dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, BKKBN, Kementerian Kebudayaan, Pendidikan Dasar dan Menengah, Kementerian Kesehatan, Kementerian Hukum dan HAM, Kepolisian, Kehakiman, dan Kejaksaan;
- c. Untuk masalah kesejahteraan sosial anak, berbagai pihak terkait mempunyai peran penting dalam memberikan pelayanan dan pecegahan agar anak tidak mendapat perlakuan yang mempengaruhi proses tumbuh kembang anak. Namun demikian dinamika permasalahan anak sangat kompleks hampir menyentuh semua kasus yang ada. Beberapa diantaranya terkait dengan tindakan anti sosial, korban tindakan kekerasan, eksploitasi, pelecehan seksual, putus sekolah, dan terlantar tanpa perawatan dan pengasuhan yang baik.
- d. Tugas Direktorat Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas, beririsan dengan hampir semua Kementerian/Lembaga, khususnya terkait dengan pelayanan rehabilitasi, pendidikan, penempatan kesempatan kerja, dan penyediaan infrastruktur publik yang dapat diakses.
- e. Tugas Direktorat Rehabilitasi Sosial Tuna Sosial-KPO, beririsan dengan KPPI, Kementerian Kesehatan terkait dengan penanganan HIV/AIDS, Kementerian

Negara Pemberdayaan Perempuan dan Anak terkait dengan penanganan korban perdagangan manusia, Pemerintahan Daerah, Kementerian Hukum dan HAM, dan Kementerian Dalam Negeri..

Irisan-irisan sasaran dan tugas pokok serta fungsi tersebut sangat mempengaruhi capaian kinerja Kementerian Sosial terutama untuk mengukur indikator kinerja *output*, *outcome* dan *impact*. Memperhatikan hal-hal tersebut, diperlukan adanya perubahan/ penyesuaian organisasi dan tata kelola Kementerian Sosial yang dapat menampung fungsi-fungsi yang diamanatkan oleh UU No. 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial dan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 Tentang Penanganan Fakir Miskin, serta pencapaian pembangunan nasional 2015-2019.

#### **4.2. Tatalaksana Antar Indikator Kinerja**

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, capaian kinerja Ditjen Rehabilitasi Sosial diarahkan pada : (i) meningkatnya kemampuan penduduk dalam memenuhi kebutuhan dasar, (ii) terpenuhinya hak dasar dan inklusivitas bagi penduduk miskin dan rentan, penyandang disabilitas, lanjut usia serta kelompok marginal lainnya. Untuk mencapai tujuan tersebut ditetapkan beberapa indikator kinerja, dimana masing-masing tujuan tersebut

**Tabel 17**  
Hubungan antar indikator kinerja Ditjen Rehabilitasi Sosial 2020-2024

Sasaran Strategis	IKSS (Impact)	IKP (Outcome)	IKK (Output)	
<p><b>Meningkatnya keberfungsian PPKS (anak, penyandang disabilitas, lanjut usia) dan kelompok marjinal lainnya (Tuna sosial dan Korban Napza) yang mampu memanfaatkan bantuan ATENSI</b></p>	<p><b>meningkatnya keberfungsian sosial PPKS dan kelompok marjinal lainnya dalam memanfaatkan bantuan ATENSI</b></p>	<p>Meningkatnya akses anak yang meningkat kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan dasar</p>	a. Layanan bantuan sosial bagi penerima manfaat layanan	
			b. Layanan dalam Balai bagi penerima manfaat layanan	
			c. Layanan luar Balai bagi penerima manfaat layanan	
			<p>Meningkatnya akses penyandang disabilitas, lanjut usia, dan anak yang meningkat kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan dasar</p>	a. Layanan asistensi sosial bagi penerima manfaat layanan
				b. Layanan bantuan sosial bagi penerima manfaat layanan
				c. Layanan dalam balai bagi penerima manfaat layanan
		d. Layanan luar balai bagi penerima manfaat layanan		
		<p>Meningkatnya akses lanjut usia, yang meningkat kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan dasar</p>	a. Layanan asistensi sosial bagi penerima manfaat layanan	
			b. Layanan bantuan sosial bagi penerima manfaat layanan	
			c. Layanan dalam balai bagi penerima manfaat layanan	
			d. Layanan luar balai bagi penerima manfaat layanan	

		Meningkatnya akses Korban Penyalahgunaan Napza yang meningkat kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan dasar	a.	Layanan bantuan sosial bagi penerima manfaat layanan
			b.	Layanan dalam balai bagi penerima manfaat layanan
			c.	Layanan luar balai bagi penerima manfaat layanan
		Meningkatnya akses Tuna Sosial yang meningkat kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan dasar	a.	Layanan bantuan sosial bagi penerima manfaat layanan
			b.	Layanan dalam balai bagi penerima manfaat layanan
			c.	Layanan luar balai bagi penerima manfaat layanan

#### 4.3. Penataan dan Pengembangan Balai Rehabilitasi Sosial

Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial dan Undang-Undang Nomor 13 tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin, seluruh program dan kegiatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial diarahkan untuk meningkatkan taraf kesejahteraan sosial PPKS dengan melibatkan seoptimal mungkin peran serta setiap PSKS. PPKS yang dimaksud adalah sesuai Permensos Nomor 08 Tahun 2012 yang kemudian ditelaah oleh Bappenas dan menghasilkan 8 kelompok PPKS/masyarakat kurang mampu dan rentan yang berada pada persentil 40 yang berjumlah 70 juta jiwa (Data PPLS 2011). Delapan penerima manfaat penyelenggaraan kesejahteraan sosial tersebut adalah: (1) fakir miskin berdomisili tetap, (2) fakir miskin tidak berdomisili tetap/homeless, (3) penduduk terlantar, (4) penduduk penyandang disabilitas, (5) komunitas adat terpencil, (6) korban bencana, (7) korban tindak kekerasan, eksploitasi, dan korban perdagangan manusia, serta (8) penduduk yang memerlukan perlindungan khusus dan/atau termarginalkan lainnya.

Di lingkungan Kementerian Sosial RI, kesejahteraan sosial diselenggarakan melalui 4 (empat) program utama: Perlindungan Sosial, Rehabilitasi Sosial, Jaminan Sosial serta Pemberdayaan Sosial dan Penanggulangan Kemiskinan. Dalam program Rehabilitasi Sosial, upaya penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan melalui kegiatan-kegiatan di Dalam Balai dan Luar Balai. Kegiatan di Dalam Balai milik Pemerintah dilaksanakan di 41 Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Sosial RI yang terdiri dari 11 Balai sosial pelayanan anak, 20 Balai rehabilitasi sosial penyandang disabilitas, 3 Balai pelayanan sosial lanjut usia, 2 Balai rehabilitasi sosial penyalahgunaan napza dan 2 Balai rehabilitasi sosial tuna sosial.

Walaupun telah dilaporkan bahwa jumlah PPKS yang telah menerima pelayanan dan rehabilitasi sosial di 38 UPT tersebut sebanyak 31.540 PPKS (Sumber: Buku Profil Reformasi Birokrasi Kementerian Sosial Tahun 2010-2014), namun harus diakui, bahwa hasil yang telah dicapai melalui Balai-Balai sosial belum optimal. Hal ini terutama karena ketidakseimbangan yang terjadi antara perkembangan jumlah dan sebaran permasalahan PPKS yang jauh lebih cepat dibandingkan daya jangkauan, kapasitas dan kemampuan pelayanan

kesejahteraan sosial yang dilaksanakan oleh Balai sosial, baik milik pemerintah maupun masyarakat. Namun demikian, mencermati perkembangan PPKS, keberadaan Balai-Balai sosial tetap strategis sebagai salah satu alternatif pelayanan kesejahteraan sosial (*alternative care*) yang diharapkan dapat memberikan kontribusi nyata dalam penanganan PPKS. Balai sosial dikatakan strategis karena merupakan salah satu wujud dari pelaksanaan kewajiban pemerintah dalam memenuhi hak-hak dasar warganya yang karena sesuatu hal tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar.

Di tengah-tengah keterbatasan kemampuan sumber daya dan sarana prasarana dalam menangani PPKS, upaya untuk merevitalisasi peran Balai milik pemerintah dan masyarakat harus tetap dilakukan agar Balai memiliki keunggulan komparatif dan benar-benar dapat menjadi alternatif sumber-sumber pertolongan sosial yang dapat diakses oleh individu dan masyarakat (*resources-based*). Berkaitan dengan upaya revitalisasi melalui penataan dan pengembangan pelayanan kesejahteraan sosial melalui Balai-Balai sosial, diperlukan perencanaan yang dapat memberikan kejelasan arah kebijakan, strategi dan rencana pola pelayanan kesejahteraan sosial di Balai Sosial.

Secara umum, penataan dan pengembangan Balai Sosial dilingkungan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial dilakukan dalam kerangka merespon amanat RPJMN III 2015-2019 dan Agenda Perubahan Nawacita Presiden Jokowi. Isu-isu strategis utama yang wajib ditindaklanjuti adalah target percepatan penurunan kemiskinan dari 11.25% pada tahun 2014 menjadi 5-6% pada tahun 2019, peningkatan pemerataan untuk menciptakan kemandirian yang mensejahterakan, dan membuat negara hadir dan bekerja untuk rakyat, serta revolusi mental.

Penataan dan pengembangan Balai juga dituntut untuk dapat menjadi bagian dari 4 (empat) upaya strategis berikut: (1) pertumbuhan ekonomi yang inklusif terutama bagi masyarakat kurang mampu dan rentan; (2) peningkatan penyelenggaraan perlindungan sosial yang komprehensif bagi penduduk rentan dan pekerja informal, dan (3) perluasan dan peningkatan pelayanan dasar untuk masyarakat kurang mampu dan rentan, dan (4) pengembangan penghidupan berkelanjutan.

Terkait dengan arah kebijakan penyelenggaraan perlindungan sosial yang komprehensif bagi penduduk rentan, penataan dan pengembangan Balai sosial secara spesifik diarahkan pada peningkatan pendampingan dan pelayanan sosial bagi penduduk kurang mampu dan rentan, termasuk PPKS yang berada di luar sistem keluarga, melalui rehabilitasi sosial berbasis komunitas, serta menjadikan pelayanan di dalam lembaga/Balai sebagai alternatif terakhir. Pelayanan bagi PPKS berbasis komunitas dilakukan melalui peningkatan kapasitas pendampingan sosial dan ekonomi untuk membangun produktifitas; pelatihan dalam pengasuhan (termasuk *homecare* dan *daycare*) agar PPKS memiliki kesempatan yang sama berbagai aspek kehidupan serta mendapatkan kemudahan dalam memperoleh pelayanan publik dan fasilitas umum untuk mewujudkan kemandirian PPKS yang mensejahterakan.

Pentingnya penataan dan pengembangan Balai Sosial juga terkait dengan tindak lanjut kebijakan pelimpahan Narapidana Korban Penyalahgunaan Napza dari lembaga pemasyarakatan ke lembaga/institusi rehabilitasi sosial. Regulasi yang mendasari perubahan kebijakan ini diantaranya adalah; (1) amanat UU No. 35 Tahun 2009 tentang Narkotika Pasal 54 s/d 59 terkait kewenangan Kementerian Sosial RI untuk menyelenggarakan rehabilitasi sosial bagi Korban Penyalahgunaan Napza; (2) PP No. 25 tahun 2011 pasal 4 ayat 3 dimana Kementerian Sosial RI diberi mandat untuk menetapkan lembaga sebagai Institusi Penerima Wajib Lapir (IPWL) yang kemudian ditetapkan 50 IPWL yang terdiri dari 2 UPT (di PSPP Insyaf Medan dan PSPP Galih Pakuan Bogor), 5 Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD), dan 43 LKS di 18 Provinsi, baik dalam bentuk Balai sosial maupun lembaga rehabilitasi yang diselenggarakan masyarakat (LKS) melalui SK Menteri Sosial Nomor 41/HUK/2014.

Dalam praktiknya, Balai-Balai sosial yang ditunjuk sebagai IPWL harus ditata dan dikembangkan, baik pelayanan rehabsos di dalam maupun luar lembaga, meliputi kegiatan sosialisasi IPWL, penguatan SDM pengelola IPWL, pembentukan forum kerja IPWL, dan penguatan kelembagaan. Balai-Balai yang ditunjuk sebagai IPWL juga harus disiapkan dan ditata untuk menjawab tantangan pelimpahan Napi Korban Penyalahgunaan Napza ke Lembaga/Pusat Rehabilitasi Sosial. Beberapa tantangan tersebut diantaranya

adalah: (1) status narapidana sebagai tahanan, bukan klien, (2) tidak tersedianya dana untuk menopang hak-hak dasar narapidana di Pusat Rehabilitasi Sosial, (3) masa tahanan tidak sebanding dengan masa program rehabilitasi sosial, dan (4) isu keamanan jika kabur.

Penataan dan pengembangan Balai-Balai sosial juga terkait dengan tindak lanjut pemberlakuan Undang-undang Nomor 11 tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak (SPPA). Anak yang dimaksud adalah Anak Berhadapan dengan Hukum (ABH) yang terdiri dari Anak Pelaku Tindak Pidana, Anak Korban, dan Anak Saksi. Terkait penanganan ABH, sesuai UU tersebut, Kementerian Sosial RI memiliki kewajiban, diantaranya: (1) Merehabilitasi ABH yang berusia duabelas tahun ke bawah; (2) Merehabilitasi ABH yang berusia diatas 12 tahun ke atas yang tuntutan hukumannya kurang dari tujuh tahun maupun dari hasil putusan diversi; (3) Menerima pelimpahan kewenangan penanganan untuk anak negara dan anak sipil yang selama ini ditangani oleh Direktorat Jenderal Pemasyarakatan Kementerian Hukum dan HAM; dan (4) kewajiban untuk membangun Lembaga Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial (LPKS) sebagai tempat rehabilitasi ABH dalam kurun waktu lima tahun ke depan termasuk mengalokasikan anggaran operasionalnya. Terkait dengan hal tersebut Menteri Sosial telah mengirimkan surat Nomor : 06/MS/C/07/2013 tanggal 31 Agustus 2013 yang ditujukan kepada para Gubernur, untuk menyediakan lahan bagi pembangunan LPKS tersebut.

Dalam melaksanakan mandat UU tersebut, perlu ditetapkan Balai-Balai sosial yang telah ada untuk ditata dan dikembangkan menjadi LPKS ABH dan membangun LPKS-LPKS baru, jika mungkin disetiap provinsi, termasuk penyiapan sarana prasarana, sumber daya manusia dan anggaran operasionalnya. Akan disiapkan 4 (empat) Balai sosial yang dinilai mampu melaksanakan fungsi sebagai LPKS ABH: PSMP Handayani Jakarta, PSMP Antasena MagelangJateng, PSMP Toddopoli MakasarSulsel, PSMP Paramitha MataramNTB, PSMP Paramitha Mataram, NTB. Menunggu selesai dibangunnya LPKS-LPKS baru, penting dilakukan penataan dan pengembangan Balai sosial melalui optimalisasi peran & fungsi LKS Anak sebagai LPKS ABH.

Penataan dan pengembangan Balai sosial juga terkait dengan pelaksanaan Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 Kesehatan Jiwa, khususnya pasal 28 ayat (1) serta Penyelenggaraan pemberian ketrampilan kerja (vokasional). Penyelenggaraan pemberian ketrampilan kerja (vokasional) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam proses rehabilitasi sosial. Hal ini dinyatakan dalam Undang-Undang Kesejahteraan Sosial Pasal 7-8, juga dalam Undang-Undang Penyandang Disabilitas No.4 Tahun 1997 serta Pasal 26 Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas yang diratifikasi melalui Undang-Undang No. 19 tahun 2011.

Dalam upaya membuka perluasan kesempatan kerja bagi penyandang disabilitas, BBRVBD Cibinong sebagai institusi penyelenggara pelatihan kerja perlu dilakukan penataan kembali BBRVBD ke arah (*center of excellence*) pusat keunggulan penyediaan SDM penyandang disabilitas dalam dunia kerja, Pengembangan diarahkan pada : 1). Penyediaan tenaga kerja penyandang disabilitas dalam dunia industri; 2). Penyiapan penyandang disabilitas sebagai wirausahawan mandiri. Untuk itu perlu dikembangkan : 1). Kurikulum pelatihan yang integratif dan strategis, 2). Peningkatan kapasitas instruktur yang memiliki daya inovasi dan kreativitas dalam proses pembelajaran, 3). Penambahan waktu permagangan, peninjauan proses penerimaan klien yang lebih fleksible; serta meninjau ulang struktur organisasi BBRVBD.

Penataan Balai juga terkait dengan UU No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, khususnya mengenai pelembagaan layanan Rehabilitasi Sosial di Pusat dan Daerah. Mengacu pada UU No. 11 Tahun 2009 dijelaskan bahwa Negara bertanggungjawab atas penyelenggaraan kesejahteraan sosial yang ditujukan bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PPKS) yang termasuk dalam kategori kelompok yang memerlukan rehabilitasi sosial. Rehabilitasi sosial dimaksudkan untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan seseorang yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar baik melalui keluarga, masyarakat maupun Balai sosial.

Penyelenggaraan layanan rehabilitasi sosial melalui Balai dan luar Balai disesuaikan dengan pengaturan dalam Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Dalam konteks ini, Kementerian Sosial

melakukan kordinasi dengan pemerintah daerah yang mekanisme koordinasi layanan dan rujukannya akan diatur lebih lanjut dalam standar teknis rehabilitasi sosial di pusat rujukan nasional dan standar layanan rehabilitasi sosial di dalam keluarga, masyarakat dan lembaga sesuai dengan peraturan perundangan.

**Tabel 18**

Pembagian urusan penyelenggaraan rehabilitasi sosial Pusat dan Daerah

Pemerintah Pusat	Daerah Provinsi	Daerah Kabupaten/Kota
Rehabilitasi bekas korban penyalahgunaan NAPZA, orang dengan HIV/AIDS.	Rehabilitasi sosial bukan/tidak termasuk bekas korban penyalahgunaan NAPZA, orang dengan HIV/AIDS yang memerlukan rehabilitasi pada panti.	Rehabilitasi sosial bukan/tidak termasuk bekas korban penyalahgunaan NAPZA dan orang dengan HIV/AIDS yang tidak memerlukan rehabilitasi pada panti, dan rehabilitasi anak yang berhadapan dengan hukum.

Sumber Data: UU No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah

Dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan konkuren dimaksud, Kementerian Sosial memiliki 2 (dua) kewenangan: menetapkan NSPK (norma, standar, prosedur, dan kriteria) dan melaksanakan Binwas (pembinaan dan pengawasan) terhadap penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.

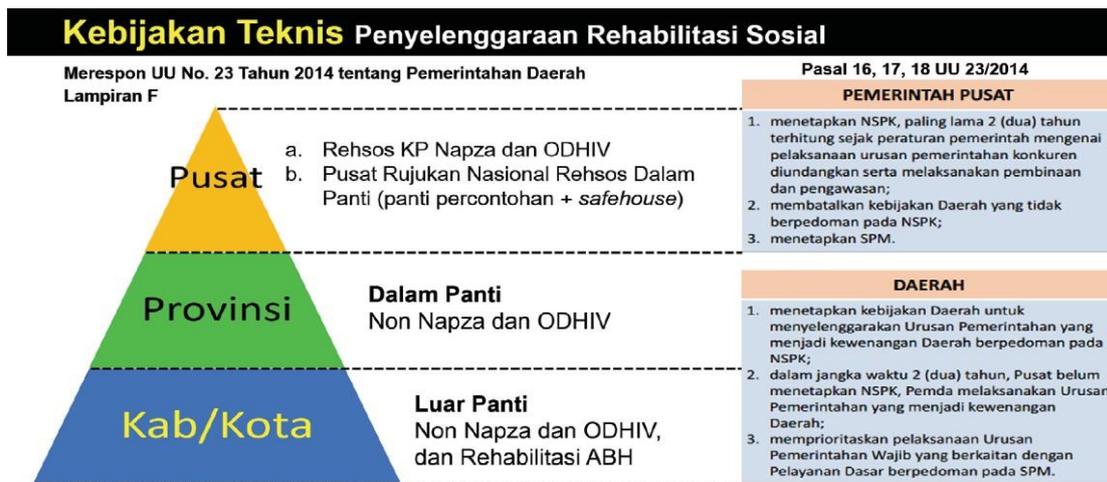
Selanjutnya, dalam UU 23 Tahun 2014 bidang sosial telah ditetapkan sebagai salah satu dari 6 (enam) urusan wajib pelayanan dasar yang dibagi kepada pemerintahan pusat, daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota. Sebagai salah satu urusan wajib dan pelayanan dasar bidang Sosial, urusan wajib bidang sosial menjadi prioritas oleh penyelenggara pemerintahan daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota dengan berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat. Standar Pelayanan Minimal (SPM) mengatur kewajiban pemerintah provinsi untuk melaksanakan penguatan kelembagaan, infrastruktur, sumber daya manusia, dan pembiayaan dalam rangka pelayanan dasar rehabilitasi sosial dalam Balai bagi Anak telantar, Penyandang Disabilitas telantar, Lanjut Usia telantar, serta Gelandangan Pengemis telantar. Sedangkan kewajiban pemerintah kabupaten/kota adalah melaksanakan penguatan kelembagaan, infrastruktur, sumber daya manusia dan pembiayaan dalam rangka

rehabilitasi sosial dasar luar Balai bagi Anak telantar, Penyandang Disabilitas telantar, Lanjut Usia telantar, serta Gelandangan Pengemis telantar.

Berdasarkan hal tersebut di atas, Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial merumuskan kerangka kebijakan penyelenggaraan rehabilitasi sosial, yang dibagi menjadi pusat, provinsi dan kabupaten/kota (lihat Gambar).

**Grafik 5**

**Kebijakan Teknis Penyelenggaraan Rehabilitasi Sosial**



Sumber Data: Paparan Dirjen Rehabilitasi Sosial 2017.

Grafik di atas menjelaskan ringkasan dari kebijakan teknis penyelenggaraan rehabilitasi sosial dalam merespon ketentuan dalam lampiran F UU No. 23 tahun 2014 tentang pemerintahan Daerah. Pembagian kewenangan ini berkonsekuensi pada keharusan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial untuk “menata ulang atau mereposisi peran dan fungsi” dari 39 Unit Pelaksana Teknis yang tersebar di berbagai Provinsi yang menyelenggarakan rehabilitasi sosial untuk 5 (lima) kluster PPKS, yakni Penyandang Disabilitas, Lanjut Usia, Anak, Korban Penyalahgunaan Napza dan Tuna Sosial dan Korban Perdagangan Orang.

Dalam rangka mereposisi 41 UPT inilah maka Kementerian Sosial melalui Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial akan mengambil 2 (dua) kebijakan teknis:, pertama, mengalihfungsikan sebagian dari 41 UPT tersebut menjadi UPT Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan Napza dan Orang Dengan HIV (tanpa AIDs), baik melalui mekanisme dalam maupun luar Balai; dan kedua, sebagian yang

lain akan ditransformasi menjadi Pusat Rujukan Nasional Rehabilitasi Sosial yang layak dijadikan sebagai pusat percontohan.

Dari 41 UPT tersebut, 3 UPT (Medan, Bogor, dan Baturaden) telah dialihfungsikan menjadi Balai Napza dan 3 UPT (Medan, Sukabumi, Ternate) telah dialihfungsikan menjadi Balai ODHIV. 1 UPT (BPBI Abiyoso Bandung) tidak melayani klien langsung, hanya memproduksi buku-buku braile. Tersisa 32 UPT untuk dipilih dan dipilah menjadi Pusat Rujukan Nasional.

Kongkritnya, terhadap kebijakan teknis yang pertama, misalnya UPT yang tadinya menyelenggarakan rehabilitasi sosial Anak, maka akan dialihfungsikan menjadi Balai Rehapsos Korban Penyalahgunaan Napza atau Balai Rehabilitasi Sosial Orang dengan HIV yang memiliki kemampuan khusus menangani Anak-anak korban penyalahgunaan Napza atau anak-anak yang terkena HIV. Balai yang awalnya menyelenggarakan rehabilitasi sosial Penyandang Disabilitas, akan mengembangkan kemampuan khusus dalam menangani penyandang disabilitas korban penyalahguna Napza atau HIV.

Terhadap kebijakan teknis yang kedua, dengan instrumen penilaian tertentu, akan dipilah sedikit dari 41 UPT tersebut untuk dijadikan sebagai Pusat Rujukan Nasional Rehabilitasi Sosial yang akan mampu memerankan lembaganya sebagai pusat percontohan nasional. Pemilihan dan pemilahan pusat-pusat rujukan nasional tersebut akan dipertimbangkan berdasarkan wilayah regional atau pertimbangan lain yang akan lebih memudahkan proses pelaksanaan rujukan dan koordinasi. Operasionalisasi dari pusat rujukan nasional ini, termasuk mekanisme koordinasi layanan dan rujukannya, akan diatur lebih lanjut dalam standar teknis rehabilitasi sosial di pusat rujukan nasional dan standar layanan rehabilitasi sosial di dalam keluarga, masyarakat dan lembaga sesuai dengan peraturan perundangan.

Balai dan Loka sebagai UPT yang dipilih sebagai rujukan pelayanan kepada masyarakat yang membutuhkan yang dikemas pada Sentral Layanan Sosial (SERASI) dalam bentuk Sentral Layanan Atensi (SKA). Mandat Permensos No. 16 Tahun 2020 pada pasal 29, Serasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 28 berfungsi:

- a. peningkatan inklusivitas dan penjangkauan;

- b. penguatan sumber pendanaan rehabilitasi sosial dari pemerintah daerah, masyarakat, LKS, dan/atau swasta.
- c. penanganan keluhan dan kejadian luar biasa yang cepat dan akurat;
- d. penyediaan data tunggal yang aspiratif;
- e. penyediaan Program Rehabilitasi Sosial yang integratif dan saling komplementer dengan program jaminan sosial, perlindungan sosial, dan pemberdayaan sosial, serta penanganan fakir miskin;
- f. kerja sama dan koordinasi program pusat dan daerah yang efektif; dan
- g. layanan sosial yang berbasis sistem

**BAB IV****TARGET KINERJA DAN KERANGKA PENDANAAN****1. Target Kinerja**

Target Kinerja Kementerian Sosial Tahun 2015-2019 mencakup hasil dan satuan hasil yang akan dicapai dari setiap indikator kinerja, baik Indikator Kinerja Sasaran Program (IKP), maupun Indikator Kinerja Sasaran Kegiatan (IKK), yang bermuara pada pencapaian Indikator Kinerja Sasaran Strategis (IKSS) yang menjadi capaian kinerja Ditjen Rehabilitasi Sosial Berikut ini adalah indikator kinerja Ditjen Rehabilitasi Sosial 2015-2019:

**1.1. Indikator Kinerja Sasaran Strategis (IKSS)**

Sasaran strategis adalah sasaran yang menjadi penilaian penting dari capaian kinerja Ditjen Rehabilitasi Sosial selama kurun waktu lima tahun (2015-2019) yang merupakan indikator kinerja bagi Ditjen Rehabilitasi Sosial, dan menjadi input bagi Kementerian/Lembaga. Lebih jelasnya untuk melihat keterkaitan antara tujuan, sasaran strategis dan indikator pencapaian kinerja dapat dilihat pada Tabel 15.

**Tabel 19**

Tujuan, sasaran strategis, dan indikator kinerja utama Ditjen Rehabilitasi Sosial 2020-2024

Tujuan	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Sasaran Strategis	Target				
			2020	2021	2022	2023	2024
Meningkatnya keberfungsian sosial PPKS	Meningkatnya Keberfungsian Sosial PPKS dan kelompok marjinal lainnya yang mampu memanfaatkan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar.	Jumlah PPKS yang meningkat keberfungsian sosialnya.	136,701	142.000	152.200	215.000	262.000

## 2. Kerangka Pendanaan

Penganggaran pembangunan kesejahteraan sosial bidang pelayanan dan rehabilitasi sosial disusun berdasarkan pada anggaran berbasis kinerja (*performance budget*) yang diatur dalam UU no. 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara, dimana penyusunan anggaran berdasarkan atas perencanaan kinerja yang terdiri dari program dan kegiatan yang akan dilaksanakan serta indikator kinerja yang ingin dicapai. Dengan demikian, anggaran yang disusun memperhatikan sasaran strategis, kondisi yang diinginkan dengan target yang ingin dicapai dalam kurun waktu tertentu.

Oleh karena itu tujuan dari anggaran berbasis kinerja pada rencana dan program Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial mengarah pada:

- a. Tercapainya sasaran strategis yang telah ditetapkan sesuai dengan target.
- b. Tersusunnya perencanaan dan penganggaran yang efektif dan efisien.

Anggaran Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial dialokasikan untuk kegiatan di pusat, dekonsentrasi dan UPT (lihat lampiran Sasaran dan Biaya Anggaran Ditjen Rehsos 2020-2024). Alokasi anggaran kegiatan Pusat meliputi kegiatan pada Direktorat dan Bantuan-bantuan sosial; serta dukungan manajemen.

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Sasaran Strategis	Anggaran (dalam ribuan)				
		2020	2021	2022	2023	2024
Meningkatnya Keberfungsian Sosial PPKS dan kelompok marjinal lainnya yang mampu memanfaatkan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar.	Jumlah PPKS yang meningkat keberfungsian sosialnya.	895.793.030	1.072.740.000	2.251.107.660	2.703.657.296	3.477.939

UPT merupakan pencerminan kinerja Direktorat dalam menangani sasaran garapan permasalahan pelayanan dan rehabilitasi sosial, sehingga akan mengalokasikan anggarannya dari pemerintahan yang baik, kegiatan pelayanan dan rehabilitasi sosial, dan sarana prasarana. Sedangkan dana dekonsentrasi

merupakan dana dukung terhadap kegiatan pelayanan dan rehabilitasi sosial di daerah yang disalurkan kepada Propinsi berdasarkan peninjauan dan usulan sesuai dengan data permasalahan di daerah.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

---

Rencana Strategis (Renstra) Pembangunan Kesejahteraan Sosial Tahun 2020-2024 merupakan kelanjutan dari Rencana Strategis 2015-2019 yang telah dilaksanakan pada periode lalu. Dokumen Restra ini diharapkan dapat mempertegas posisi dan peranan pembangunan kesejahteraan sosial serta dapat menyatukan derap langkah semua pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pembangunan kesejahteraan sosial (pemangku kepentingan), baik pemerintah, dunia usaha, maupun institusi kemasyarakatan untuk mencapai terlaksananya perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian program yang sesuai dengan paradigma pembangunan serta kebutuhan dan aspirasi masyarakat sebagai pengguna layanan (beneficiaries/customer) pembangunan kesejahteraan sosial.

Rencana Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial Tahun 2020-2024 pada tingkat Eselon I Ditjen Rehabilitasi Sosial, disusun dengan memperhatikan RPJPN 2020-2024, pelaksanaan pembangunan kesejahteraan sosial sampai saat ini dan perkembangan terakhir, serta perubahan paradigma yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi kecenderungan yang terjadi.

Sebagai rencana strategis untuk 5 (lima) tahun mendatang, rencana strategis pembangunan kesejahteraan sosial Program Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial tahun 2020-2024 diharapkan dapat menjadi dokumen yang mampu memberikan arah strategis, target, dan sasaran yang tepat, tetapi fleksibel dengan perkembangan situasi yang terjadi, khususnya dalam bidang pembangunan kesejahteraan sosial dan kondisi setempat yang unik dan spesifik.