



Kementerian Sosial
Republik Indonesia

RENCANA STRATEGIS

Sentra Terpadu
Prof. Dr. Soeharso
Surakarta

2025-2029

Jl Tentara Pelajar, Jebres
Kota Surakarta, Jawa Tengah 57126

Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa dengan rahmat-Nya, Dokumen Rencana Strategis (Renstra) Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta Tahun 2025–2029 telah diselesaikan. Dokumen ini merupakan perencanaan strategis yang memuat program dan kegiatan Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta dalam kurun waktu lima tahun mendatang, diharapkan menjadi pedoman dalam mewujudkan tujuan dan sasaran yang ditetapkan yakni kesejahteraan sosial sepanjang hayat melalui asistensi rehabilitasi sosial yang berkelanjutan.

Penyusunan Renstra Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta Tahun 2025–2029 dilaksanakan sebagai tindak lanjut dan penjabaran dari Renstra Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial. Pelaksanaan asistensi rehabilitasi sosial menjadi salah satu prioritas utama, dengan fokus pada penguatan rehabilitasi sosial masyarakat rentan, dan percepatan penanggulangan kemiskinan. Dengan pendekatan kolaboratif yang melibatkan pemerintah daerah, lembaga sosial, dunia usaha, dan masyarakat. Strategi ini diharapkan dapat mempercepat pencapaian target pembangunan sosial nasional.

Terima kasih kami ucapkan kepada seluruh pihak yang telah terlibat dalam penyusunan Renstra Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta Tahun 2025–2029 sehingga dapat diselesaikan dengan baik. Semoga dokumen ini dapat dipahami serta dimanfaatkan dan menjadi bahan pertimbangan dalam penyusunan perencanaan bidang rehabilitasi sosial melalui asistensi rehabilitasi sosial.

Surakarta, Agustus 2025

Kepala Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta



Nova Dwiyanto Suli



Kementerian Sosial
Republik Indonesia

BAB I

Pendahuluan

1.1 Kondisi Umum

1.2 Potensi dan Permasalahan

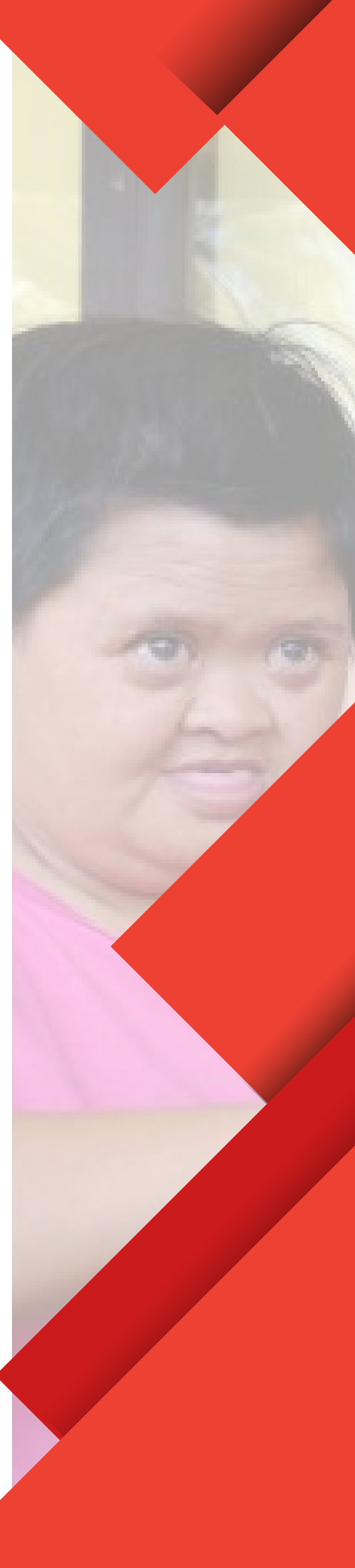


1.1 Kondisi Umum

Penyelenggaraan kesejahteraan sosial di Indonesia dilandasi oleh Undang-Undang Dasar 1945, mengamanatkan negara mempunyai tanggung jawab melindungi segenap bangsa Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum dalam rangka mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Secara tegas tercantum pada (a) Pasal 27 ayat (2) bahwa “tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan; (b) Pasal 34 ayat (1), bahwa “fakir miskin dan anak telantar dipelihara oleh negara” dan ayat (2) negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Ruang lingkup tugas pemerintah dalam melaksanakan pembangunan kesejahteraan sosial tertuang dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial dan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin. Amanat Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 pada Pasal 1 Ayat (2) menyebutkan bahwa Penyelenggaraan kesejahteraan sosial dimaknai sebagai upaya terarah, terpadu dan berkelanjutan yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial. Penyelenggaraan kesejahteraan sosial merupakan usaha perubahan secara terencana, sistematis dan terarah, dilaksanakan untuk menterjemahkan visi dan misi pembangunan nasional ke dalam kebijakan dan program-program untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Undang-undang dan agenda pembangunan nasional tersebut di atas, merupakan dasar hukum dan landasan operasional penyelenggaraan kesejahteraan sosial di Indonesia, di mana negara dan pemerintah sebagai pihak pertama yang bertanggung jawab untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Penyelenggaraan kesejahteraan sosial dimaksud dilakukan secara terencana, terarah, dan berkelanjutan dalam bentuk pelayanan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar.



Merujuk pada Rencana Strategi Kementerian Sosial Tahun 2025–2029 memuat substansi arah kebijakan (1) Penguatan data tunggal terintegrasi yang terupdate secara dinamis, (2) Kolaborasi dan integrasi program bersama pemerintah daerah, (3) Pengembangan care ekonomi melalui perluasan pelibatan coregiver, (4) Kerjasama penyelenggaraan kesejahteraan sosial dengan swasta, BUMN dan filantropi, (5) Penguatan kompetensi dan tingkat kesejahteraan pilar-pilar sosial, (6) Menjamin bantuan sosial tepat sasaran dan peranan kartu kesejahteraan, (7) Penguatan unit layanan sosial sebagai centre of excellence serta (8) Integrasi pemberdayaan KPM masyarakat lintas Kementerian/Lembaga. Arah kebijakan Kementerian Sosial diturunkan pada agenda strategis Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial yakni meningkatkan peranan sosial masyarakat miskin dan rentan serta meningkatnya kualitas layanan kesejahteraan sosial, selanjutnya dijabarkan pada dokumen Rencana Strategis Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta sekaligus menyelaraskan visi misi yang termuat dalam Rencana Strategis Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial.

Dalam penyusunan Rencana Strategis Prof.Dr. Soeharso Surakarta perlu diawali dengan mengidentifikasi isu-isu strategis yang relevan diantaranya dinamika penduduk miskin, rehabilitasi sosial pemerlu pelayanan kesejahteraan sosial (PPKS) dalam data terpadu sosisl ekonomi nasional (DTSEN), kejadian bencana alam maupun sosial serta anak usia sekolah pada keluarga miskin di wilayah kerja Sentra Terpadu Prof.Dr Soeharso Surakarta.

A. Kemiskinan

Kementerian Sosial merupakan salah satu kementerian yang memiliki peran yang sangat penting dalam penanganan kemiskinan dan peningkatan kesejahteraan di Indonesia. Permasalahan kemiskinan dan kesejahteraan sosial yang berkembang dewasa ini menunjukkan bahwa masih ada warga negara yang belum terpenuhi hak dan kebutuhan dasarnya secara layak karena belum memperoleh pelayanan sosial dari negara. Akibatnya, masih ada warga negara yang mengalami hambatan pelaksanaan fungsi sosial sehingga tidak dapat menjalani kehidupan secara layak dan bermartabat.

Badan Pusat Statistik (2024) mencatat jumlah penduduk di Indonesia mencapai 281 juta jiwa dan diproyeksikan meningkat menjadi 297,43 juta jiwa pada tahun 2030. Fenomena tersebut menjadikan Indonesia berada dalam fase bonus demografi. Kondisi demografi yang dinamis ini tidak bisa dipisahkan dari tantangan pada konteks pembangunan sosial. Salah satu tantangan yang dihadapi adalah masalah kemiskinan. Kemiskinan di Indonesia terbagi ke dalam dua kategori utama, yaitu kemiskinan (P0) dan kemiskinan ekstrem. Kemiskinan (P0) diukur berdasarkan Garis Kemiskinan (GK) nasional, yakni kondisi ketika individu atau rumah tangga memiliki pengeluaran per kapita di bawah ambang batas kebutuhan minimum dasar, yang mencakup kebutuhan makanan dan non-makanan.

Selanjutnya kemiskinan ekstrem adalah kondisi di mana individu atau keluarga hidup dengan penghasilan di bawah garis kemiskinan internasional yang ditetapkan oleh Bank Dunia, yaitu \$2.15 atau Rp39.322 (kurs pada 1 November 2024) per hari (purchasing power parity). Dalam konteks pengukuran, kemiskinan ekstrem sebelumnya juga dihitung menggunakan standar lama Bank Dunia yaitu US\$1.90 PPP 2011 Revised, namun saat ini telah diperbarui menjadi US\$2.15 PPP 2017 sebagai standar internasional terbaru (World Bank, 2022).

Pemerintah menargetkan pada tahun 2029, tingkat kemiskinan nasional dapat ditekan hingga kisaran 4,5–5,0%, dan kemiskinan ekstrem diturunkan hingga mencapai 0–0,5%, berdasarkan ambang batas pengeluaran kurang dari \$2,15 PPP per kapita per hari. Target ini mencerminkan komitmen kuat pemerintah dalam mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/Sustainable Development Goals (SDGs), khususnya tujuan pertama, yaitu menghapus kemiskinan dalam segala bentuk di mana pun.

Berikut analisa situasi terkait dengan permasalahan sosial kemiskinan di 24 Kabupaten/Kota yang menjadi wilayah kerja Sentra Terpadu Prof.Dr.Sooeharso Surakarta.

**Tabel 1 Jumlah Penduduk Miskin Tahun 2021–2024
di Wilayah Kerja Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta**

PROVINSI/ KABUPATEN/ KOTA	Jumlah Penduduk Miskin (dalam ribu)			
	2021	2022	2023	2024
PROVINSI JAWA TENGAH				
Kab.Sragen	122,91	115,14	114,62	110,65
Kab.Karanganyar	95,41	88,56	88,64	87,37

PROVINSI/ KABUPATEN/ KOTA	Jumlah Penduduk Miskin (dalam ribu)			
	2021	2022	2023	2024
Kab. Sukoharjo	73,84	68,72	68,79	68,15
Kab. Wonogiri	110,46	105,19	104,82	102,57
Kota Surakarta	48,79	45,94	43,89	43,28
PROVINSI JAWA TIMUR				
Kab.Probolinggo	223,32	203,23	205,02	197,11
Kab. Malang	276,58	252,88	251,36	240,14
Kab. Blitar	112,62	101,94	101,94	95,91
Kab. Mojokerto	120,54	111,03	112,86	108,72
Kab. Jombang	127,30	115,48	117,36	110,57
Kab. Pamekasan	137,12	126,02	126,43	123,46
Kab. Sumenep	224,73	206,20	206,10	196,42

PROVINSI/ KABUPATEN/ KOTA	Jumlah Penduduk Miskin (dalam ribu)			
	2021	2022	2023	2024
Kab. Sampang	237,23	217,97	221,71	214,32
Kab Bangkalan	215,97	196,11	196,66	190,94
Kota Blitar	11,33	10,65	10,61	9,86
Kota Batu	8,63	8,05	7,10	6,59
Kota Malang	40,62	38,56	37,78	34,84
Kota Surabaya	152,49	138,21	136,37	116,62
PROVINSI KALIMANTAN TENGAH				
Kab. Lamandau	2,92	2,78	2,63	2,79
Kab. Seruyan	15,07	15,96	15,71	16,06
Kab. Gunung Mas	6,30	6,70	6,55	6,86
Kab. Sukamara	2,38	2,48	2,71	2,90

PROVINSI/ KABUPATEN/ KOTA	Jumlah Penduduk Miskin (dalam ribu)			
	2021	2022	2023	2024
Kab. Kotawaringin Barat	12,29	12,44	13,44	13,43
Kab. Kotawaringin Timur	27,06	27,56	26,57	26,69

Sumber : Badan Pusat Statistik (BPS)

Berdasarkan tabel di atas secara agregat tingkat kemiskinan di wilayah kerja Sentra Terpadu Prof Dr Saoeharso Surakarta mengalami penurunan sebesar 93.420 jiwa menjadi 2.126.250 jiwa pada tahun 2024, bila dibandingkan Tahun 2023 yang mencapai 2.219.670 jiwa. Menurut berita resmi statistik BPS bahwa salah satu faktor keberhasilan pemerintah dalam penurunan kemiskinan adalah bantuan sosial (bansos). Bantuan sosial merupakan instrumen pemerintah untuk memberikan bantalan ekonomi guna pemenuhan kebutuhan dasar.

Apabila dianalisa berdasarkan jumlah penduduk miskin di setiap kabupaten-kota yang menjadi wilayah kerja, terdapat 6 kabupaten di Provinsi Kalimantan Tengah yang meningkat jumlah penduduk miskin. Kondisi kemiskinan tersebut mengakibatkan munculnya kelompok-kelompok rentan baru dan/atau memperparah kondisi kerentanan pada kelompok-kelompok yang sebelumnya telah termasuk rentan, kelompok-kelompok tersebut dikategorikan sebagai Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS).

B. Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS)

Berdasarkan Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2025 tentang Pemutakhiran dan Penggunaan Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional untuk Bantuan Sosial, Pemberdayaan Sosial, dan Program Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial, 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.

Peraturan ini memberikan acuan bagi kementerian/lembaga dan pemerintah daerah dalam pemutakhiran serta penggunaan Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional (DTSEN) guna bantuan sosial, pemberdayaan sosial, dan program penyelenggaraan kesejahteraan sosial. Lebih lanjut, saat ini terdapat 12 Pemerlu ATENSI Sosial (12 PAS) yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Sosial RI Nomor 103/HUK/2025 tentang Kelompok Sasaran Kerja Kementerian Sosial.

Berikut kelompok sasaran kerja Kementerian Sosial :

Pertama, anak-anak rentan yang mencakup balita terlantar, anak terlantar (usia 6-17 tahun), anak berhadapan dengan hukum, anak dengan kedisabilitasan, anak korban tindak kekerasan, anak jalanan, dan anak yang memerlukan perlindungan khusus.

Kedua, penyandang disabilitas, setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.

Ketiga, lanjut usia terlantar, seseorang yang berusia 60 (enam puluh) tahun atau lebih, karena faktor-faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya.

Keempat, berpendapatan rendah, meliputi gelandangan, pengemis, dan pemulung.

Kelima, korban bencana, yaitu setiap orang yang menjadi korban bencana alam, bencana non alam, dan/atau bencana sosial.

Keenam, afirmasi khusus yang meliputi komunitas adat terpencil.

Ketujuh, warga binaan yang merupakan eks binaan lembaga pemasyarakatan.

Kedelapan, korban kekerasan yang meliputi korban tindak kekerasan, korban perdagangan orang, dan pekerja migran bermasalah sosial.

Kesembilan, korban penyalahgunaan narkoba, psikotropika, dan zat adiktif lainnya (NAPZA) serta penderita Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/ AIDS).

Kesepuluh, bermasalah sosial meliputi kelompok minoritas dan keluarga bermasalah sosial psikologis.

Kesebelas, perempuan rentan yang meliputi perempuan rawan ekonomi dan tuna susila.

Keduabelas, fakir miskin yang meliputi setiap orang yang masuk dalam kategori miskin.

.

Berdasarkan pemahaman konseptual dan regulasi terkait PPKS, terlihat bahwa kelompok ini menghadapi tantangan yang sangat beragam dan kompleks. Kondisi-kondisi tersebut dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, serta lingkungan yang terus berubah (dinamis). Untuk memahami secara lebih mendalam, penting untuk meninjau kondisi aktual PPKS saat ini di Indonesia, termasuk dinamika yang terjadi di berbagai kelompok rentan. Dalam konteks ini, perlu dicermati bahwa 12 PAS yang menjadi acuan intervensi layanan tidak seluruhnya tercakup dalam lingkup kewenangan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial, seperti korban bencana, KAT, dan keluarga bermasalah psikologis. Maka dari itu, penjelasan di bawah ini hanya mencakup Pemerlu ATENSI Sosial yang berada di bawah kewenangan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial.

Data populasi PPKS berdasarkan DTSEN menunjukkan persebaran yang variatif. Desil 1 hingga 5 dikategorikan sebagai kelompok paling rentan dan menjadi sasaran prioritas utama dalam intervensi sosial, sedangkan desil 6-10 merupakan kelompok non-prioritas, namun tetap bisa menjadi Pemerlu ATENSI Sosial ketika sesuai dengan standar dari hasil asesmen yang dilakukan.

Berikut populasi PPKS kluster penyandang disabilitas yang meliputi penyandang disabilitas fisik, intelektual, mental dan sensorik di wilayah kerja Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Tahun 2024 yang bersumber dari Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial Kementerian Sosial RI

Tabel 2 Jumlah Penyandang Disabilitas
di Wilayah Kerja Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta

Provinsi/Kabupaten/Kota	Penyandang Disabilitas				Total
	Fisik	Intelektual	Mental	Sensorik	
PROVINSI JAWA TENGAH					
Kab. Sragen	1486	1689	465	1585	5195
Kab. Karanganyar	1401	1502	375	1311	4589

Provinsi/Kabupaten/Kota	Penyandang Disabilitas				Total
	Fisik	Intelektual	Mental	Sensorik	
Kab. Sukoharjo	1744	1689	695	1478	5606
Kab. Wonogiri	2119	2475	844	2071	7509
Kota Surakarta	686	404	130	560	1780
PROVINSI JAWA TIMUR					
Kab.Probolinggo	1701	1793	261	1844	5599
Kab. Malang	3193	3196	995	3396	10780
Kab. Blitar	1855	2564	892	2234	7545
Kab. Mojokerto	1642	1391	626	1463	5122
Kab. Jombang	2098	2185	815	1845	6943
Kab. Pamekasan	1086	673	172	1365	3296
Kab. Sumenep	2053	840	229	1998	5120
Kab. Sampang	1138	1343	233	1421	4135
Kab Bangkalan	1074	813	202	1356	3445
Kota Blitar	144	158	61	140	503

Provinsi/Kabupaten/Kota	Penyandang Disabilitas				Total
	Fisik	Intelektual	Mental	Sensorik	
Kota Batu	160	167	53	154	534
Kota Malang	688	626	279	578	2171
Kota Surabaya	1117	701	701	1141	3660
PROVINSI KALIMANTAN TENGAH					
Kab. Lamandau	90	46	8	92	236
Kab. Seruyan	100	82	21	157	360
Kab. Gunung Mas	124	108	37	135	404
Kab. Sukamara	26	45	6	75	152
Kab. Kotawaringin Barat	193	144	18	193	548
Kab. Kotawaringin Timur	419	307	153	450	1329

Sumber : Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial, Kemensos RI

Pada tabel 2 jumlah penyandang disabilitas berdasar Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial Tahun 2024 sebanyak 86.561 jiwa (8% dari jumlah seluruh disabilitas dalam DTSEN). Jika dilihat dari ragam disabilitasnya, disabilitas sensorik memiliki jumlah paling tinggi diantara ragam disabilitas lainnya yaitu sebanyak 27.042 jiwa dan kemudian disabilitas fisik 26.337 jiwa, disabilitas intelektual 24.911 jiwa serta disabilitas mental 8.271 jiwa.

Tren global menunjukkan bahwa penyandang disabilitas cenderung memiliki kerentanan yang tinggi untuk mengalami eksklusi dalam pembangunan. Eksklusi tersebut tidak hanya dari kesempatan untuk menikmati hasil pembangunan, tetapi juga kesempatan untuk berpartisipasi aktif dalam pembangunan. Konsekuensinya, warga penyandang disabilitas cenderung memiliki kualitas hidup lebih rendah daripada warga nondisabilitas: tingkat pendidikan dan kesehatan yang lebih rendah, serta kesempatan kerja dan akses terhadap fasilitas umum yang lebih terbatas. Di samping itu, rumah tangga dengan penyandang disabilitas lebih banyak ditemukan pada kelompok kesejahteraan rendah. Kondisi-kondisi ini pada akhirnya makin memarginalkan peluang penyandang disabilitas untuk berpartisipasi aktif dan bermakna dalam pembangunan.

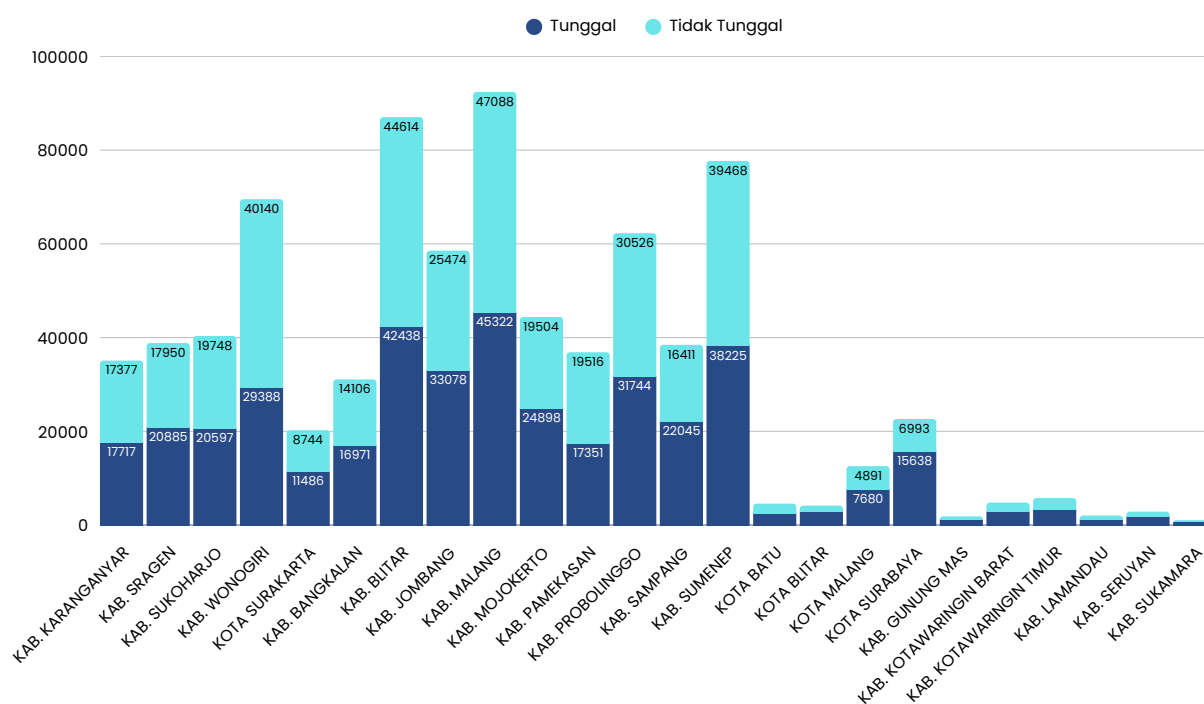


Indonesia telah menunjukkan komitmen kuat dalam meningkatkan kesejahteraan penyandang disabilitas melalui berbagai kebijakan strategis yang sejalan dengan visi pembangunan nasional. Penandatanganan Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas menjadi bukti nyata komitmen pemerintah dalam menghormati, melindungi, memenuhi, dan memajukan hak-hak penyandang disabilitas. Hal ini sejalan dengan Asta Cita dalam RPJPN 2025–2045 yang menekankan pembangunan sumber daya manusia berkualitas, berdaya saing, dan inklusif. Penyandang disabilitas dipandang sebagai bagian integral dari potensi bangsa yang perlu dioptimalkan kontribusinya dalam pembangunan nasional, baik dari sisi sosial, ekonomi, maupun budaya.

Langkah konkret pemerintah tercermin dalam pengesahan berbagai regulasi, seperti Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, yang menjadi dasar dalam pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas secara komprehensif. Undang-Undang ini menegaskan kewajiban pemerintah untuk menyediakan akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, dan fasilitas publik yang memadai. Selain itu Kementerian Sosial 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 Peraturan Pemerintah 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. Melalui strategi Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI) Penyandang Disabilitas memperkuat kinerja Sentra Terpadu yang melaksanakan rehabilitasi sosial secara holistik, komprehensif, sistematis, diarahkan pada kepentingan terbaik penyandang disabilitas.

Selanjutnya, Pemerlu ATENSI sosial lanjut usia terlantar meliputi seseorang yang berusia 60 (enam puluh) tahun atau lebih, karena faktor-faktor tertentu tidak dapat memenuhi kebutuhan dasarnya. Kriteria kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi seperti sandang, pangan, dan papan. Secara lebih detail, berikut ini merupakan data populasi lanjut usia.

Diagram 1 Jumlah Lanjut Usia Tunggal dan Tidak Tunggal di Wilayah Kerja Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta



Sumber : Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial, Kemensos RI

Bagi masyarakat miskin atau kurang mampu, pemenuhan kebutuhan pangan yang layak cukup sulit untuk dipenuhi. Apalagi kemiskinan tersebut dialami oleh lanjut usia yang sebatangkara/tunggal maupun lanjut usia yang berada di keluarga miskin. Penurunan yang dialami oleh lanjut usia dalam memperoleh pendapatan membuat lanjut usia rawan jatuh ke dalam kemiskinan.

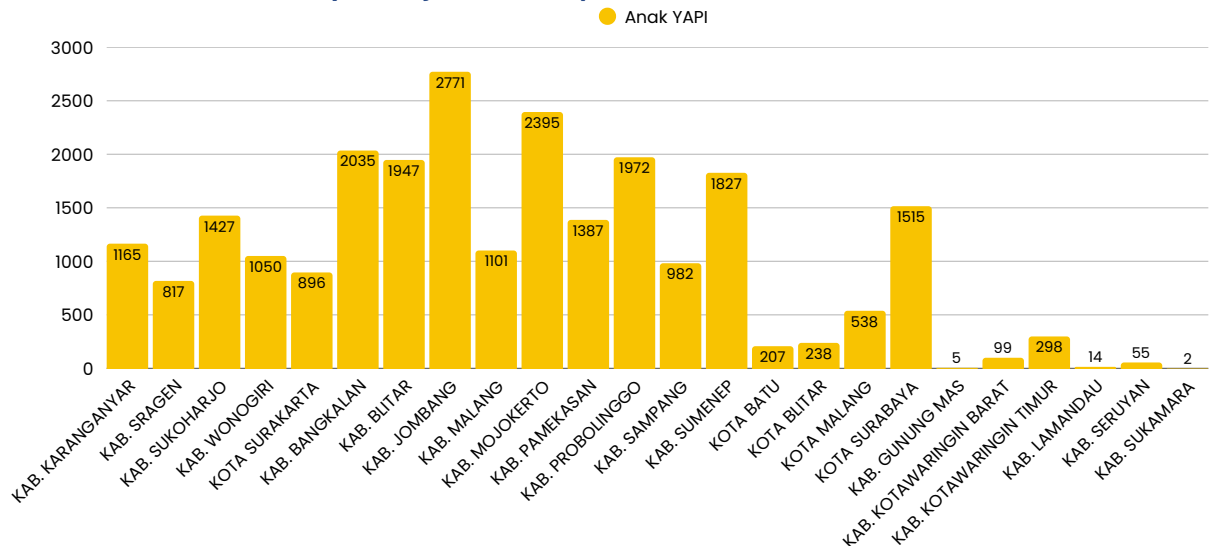
Berdasarkan diagram 1 jumlah lanjut usia tunggal sebanyak 411.690 jiwa sedangkan lanjut usia non tunggal sebanyak 383.367 jiwa. Jumlah tersebut menjadi tantangan ketika mereka tidak lagi produktif dikarenakan usia dan fisik yang tidak memungkinkan untuk bekerja sehingga rentan terhadap kemiskinan. Salah satu isu lansia adalah keterlantaran, dimana lansia yang tidak terpenuhi atau ketidakmampuan finansial untuk memenuhi kebutuhan dasarnya seperti sandang yang layak, pangan bergizi serta akses ke layanan kesehatan.

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia juga menegaskan bahwa Pemerintah berkewajiban memberikan pelayanan dan perlindungan sosial bagi lanjut usia agar mereka dapat mewujudkan dan menikmati taraf hidup yang wajar. Mewujudkan dan memelihara taraf kesejahteraan dapat pula diartikan sebagai upaya untuk memperpanjang usia harapan hidup, penghormatan dan penghargaan kepada lanjut usia agar dapat menikmati taraf hidup yang wajar. Menjawab isu keterlantaran pada lanjut usia, Kementerian Sosial melalui Sentra Terpadu Prof.Dr Soeharso melaksanakan program kegiatan ATENSI guna memastikan seluruh lanjut usia mendapat penghidupan yang layak serta meningkat kesejahteraannya.

Selanjutnya, Pemerlu ATENSI sosial anak-anak rentan meliputi balita terlantar, anak terlantar (usia 6-17 tahun), anak berhadapan dengan hukum, anak dengan kedisabilitas, anak korban tindak kekerasan, anak jalanan, dan anak yang memerlukan perlindungan khusus. Merujuk pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2021 tentang Perlindungan Khusus Bagi Anak mendefinisikan perlindungan khusus sebagai suatu bentuk perlindungan yang diterima oleh anak dalam situasi dan kondisi tertentu untuk mendapatkan jaminan rasa aman terhadap ancaman yang membahayakan diri dan jiwa dalam tumbuh kembangnya. Pada Pelayanan terhadap ABH sebagaimana mandat Undang-Undang Nomor 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).

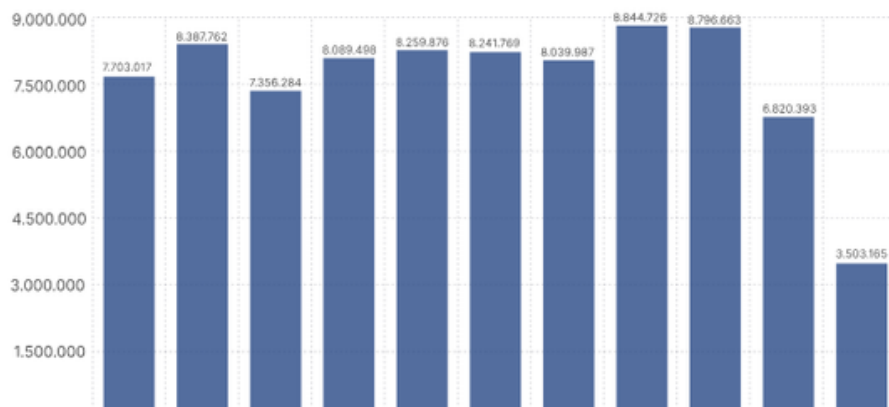
Penyelesaian melalui pengalihan penyelesaian perkara anak, dari proses peradilan pidana ke proses di luar peradilan pidana (diversi). Anak dapat dititipkan atau ditempatkan di lembaga penyelenggara kesejahteraan sosial untuk memperoleh pendampingan, pembinaan, dan rehabilitasi sosial, dengan menggunakan metode pekerjaan sosial dalam rangka perubahan perilaku.

**Diagram 2 Jumlah Anak Yatim Piatu
di Wilayah Kerja Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta**



Sumber : Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial, Kemensos RI

**Diagram 2.1 Populasi Anak
berdasarkan Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN)**



Sumber : Renstra Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial Tahun 2025-2029

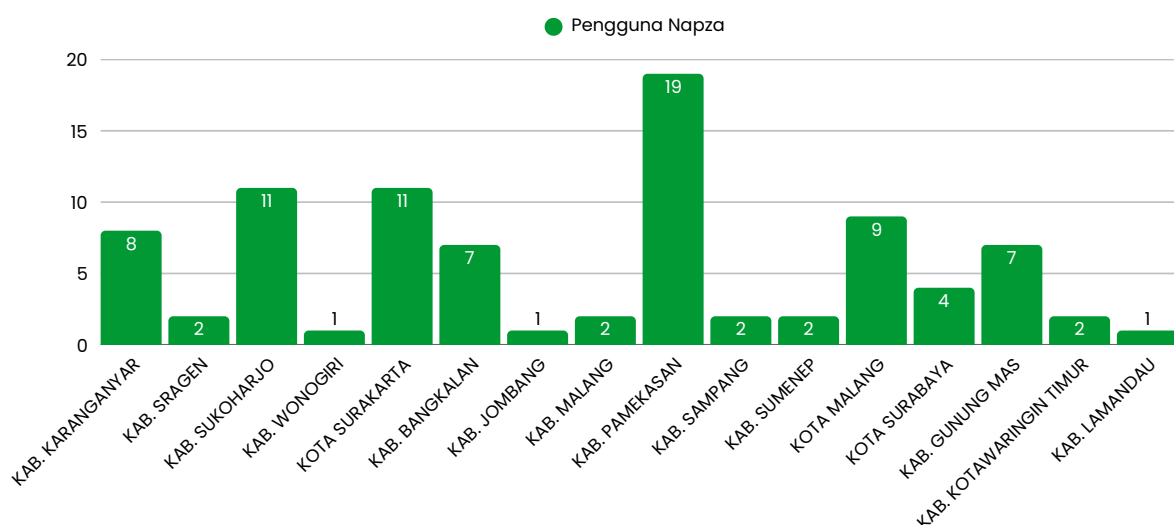
Populasi anak Tahun 2024 pada Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN), desil 1 terdapat 7.703.017 jiwa, meningkat pada desil 2 menjadi 8.387.762 jiwa, dan menurun pada desil 3 menjadi 7.356.284 jiwa. Jumlah anak pemerlu ATENSI Sosial pada desil 4 tercatat 8.089.498 jiwa, kemudian 8.259.876 jiwa pada desil 5, dan 8.241.769 jiwa pada desil 6. Desil 7 mencatat 8.039.987 jiwa, lalu meningkat menjadi 8.844.726 jiwa pada desil 8, serta 8.796.663 jiwa pada desil 9. Pada desil 10, jumlah anak menurun menjadi 6.820.393 jiwa. Selain itu, terdapat 3.503.165 jiwa populasi anak-anak berdasarkan DTSEN yang belum masuk dalam pemeringkatan desil nasional.

Korban penyalahgunaan NAPZA menjadi kelompok lain yang memerlukan perhatian serius. Berdasarkan hasil survey prevalensi penyalahgunaan narkotika di Indonesia di tahun 2023 sebesar 1,73% atau setara 3,333 juta Jiwa hal ini mengalami penurunan 0,22% dibandingkan Tahun 2021 sebesar 1,95% atau setara dengan 3.662.646 jiwa. Pada tahun 2023, prevalensi pernah pakai dan setahun pakai tertinggi terjadi pada kelompok umur muda yaitu 15-24 tahun. Dampak sosial penyalahgunaan napza saat ini sangat mengkhawatirkan di Indonesia. Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dalam menangani penyalahgunaan napza. Ditinjau dari tingkat penggunaanya, saat ini napza tidak hanya disalahgunakan oleh penduduk di kota-kota besar saja, tapi juga oleh penduduk di pedesaan. Sebagian besar penyalahgunaan tersebut berasal dari kalangan remaja dan usia produktif dan berbagai profesi. Jika dibandingkan dengan permasalahan sosial lainnya karakteristik pecandu napza sangat spesifik. Hal ini disebabkan penyalahgunaan napza (drugs) bersentuhan dengan aspek hukum/kriminalitas sehingga pecandu dan keluarganya cenderung menutupi, atau tidak terbuka jika mereka mengalami kecanduan. Oleh karena itu jumlah sesungguhnya pecandu napza dapat lebih besar dari data yang ada (hidden population). Kondisi tersebut jika tidak segera ditangani kedepan bangsa Indonesia akan mengalami apa yang disebut dengan loss generation.

Cakupan layanan rehabilitasi yang ada saat ini, baik yang dilaksanakan oleh pemerintah maupun masyarakat masih relatif sangat kecil. Artinya angka prevalensi peyalahgunaan napza masih dimungkinkan akan terus meningkat baik dari pengguna napza yang lama maupun pengguna napza baru.

Apabila layanan rehabilitasi ke depan akan dipenuhi secara optimal maka permasalahan berikutnya adalah pemenuhan SDM yang memiliki kompetensi di bidang rehabilitasi napza. Hal ini sangat penting pengaruhnya terhadap tercapainya tujuan menurunkan angka prevalensi penyalahgunaan napza.

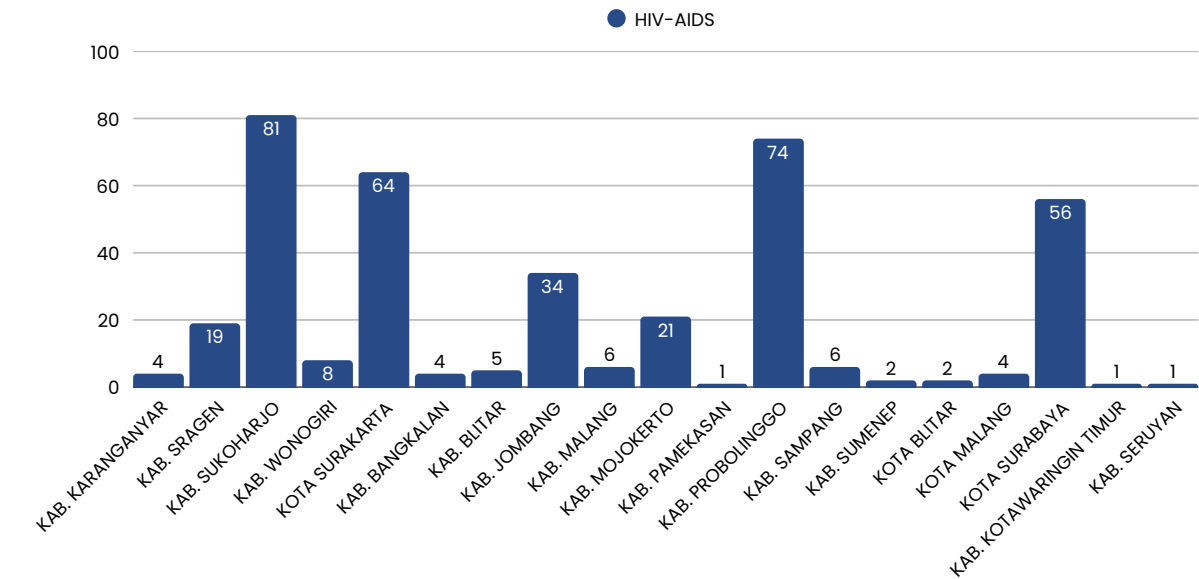
**Diagram 3 Jumlah Pengguna Napza
di Wilayah Kerja Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta**



Sumber : Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial, Kemensos RI

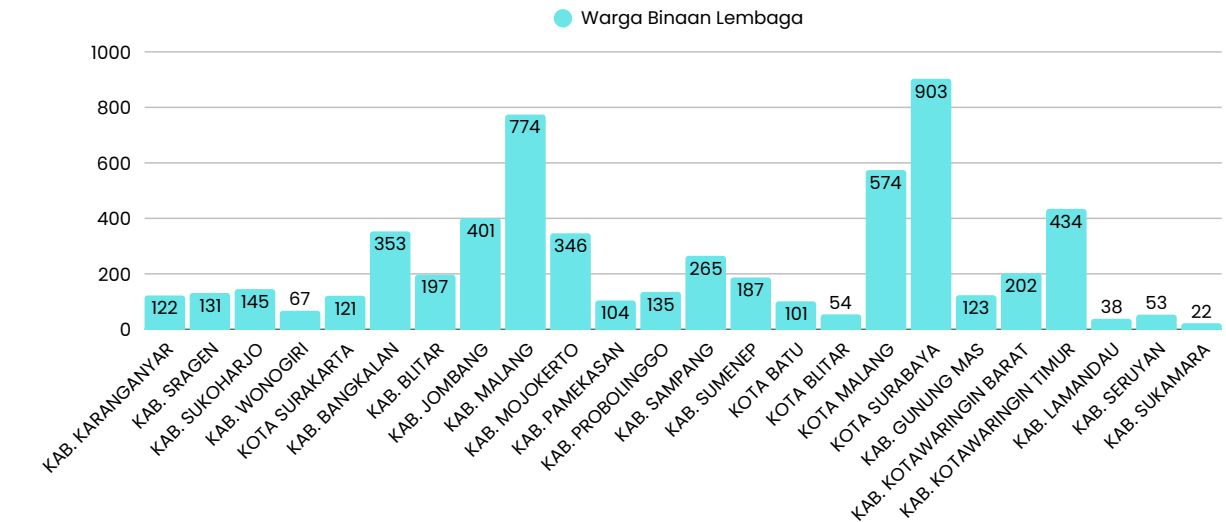
Kementerian Sosial melalui Sentra Terpadu memberikan pelayanan rehabilitasi sosial untuk menghilangkan ketergantungan dan memberikan pelayanan pemenuhan kebutuhan dasar bagi korban penyalahgunaan napza. Dari data yang korban penyalahgunaan napza di atas, hampir setiap kabupaten/kota yang menjadi wilayah kerja Sentra Terpadu Soeharso masih terdapat kasus korban penyalahgunaan napza sehingga dibutuhkan SDM Kesejahteraan Sosial/pekerja sosial/penyuluh sosial yang dapat memberikan solusi pencegahan dan rehabilitasi bagi keluarga dan korbanyang ingin sembuh dari ketergantungan narkotika.

**Diagram 4 Jumlah HIV AIDS
di Wilayah Kerja Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta**



Sumber : Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial, Kemensos RI

**Diagram 5 Jumlah Warga Binaan Lembaga
di Wilayah Kerja Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta**



Sumber : Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial, Kemensos RI

Di samping itu, Orang dengan HIV/AIDS(ODHA) juga merupakan kelompok yang memerlukan perlindungan khusus dan penanganan berkelanjutan. Data dari Laporan Eksekutif Triwulan I tahun 2025 HIV dan PIMS Indonesia, tercatat jumlah kumulatif kasus HIV AIDS yang ditemukan sampai dengan Maret 2025 sebanyak 645.796 orang, dengan rincian 456.898 kasus HIV dan 188.898 kasus AIDS. Korban HIV/AIDS di Indonesia memerlukan dukungan medis dan sosial untuk meningkatkan kualitas hidup mereka serta mengurangi stigma di masyarakat.

Pemerlu ATENSI Sosial selanjutnya adalah kategori bermasalah sosial, salah satunya kelompok minoritas. Dalam hal ini, kelompok minoritas merupakan kelompok yang mengalami gangguan keberfungsian sosialnya akibat diskriminasi dan marginalisasi yang diterimanya sehingga karena keterbatasannya menyebabkan dirinya rentan mengalami masalah sosial, seperti gay, waria, dan lesbian.

Pada jenis perempuan rentan, perempuan yang menikah di usia muda sering kali terputus dari pendidikan formal, yang selanjutnya mengurangi peluang mereka untuk berpartisipasi dalam angkatan kerja. Hal ini berdampak negatif pada Indeks Kesetaraan Gender, terutama pada dimensi partisipasi ekonomi dan pendidikan. Kerawanan sosial-ekonomi yang dialami kelompok perempuan ini dipicu oleh terbatasnya akses terhadap sumber daya sosial dan ekonomi yang tersedia. Hal ini memperparah ketimpangan gender, terutama dalam akses terhadap perlindungan sosial dan layanan kesehatan. Angka Indeks Ketimpangan Gender (IKG) Indonesia tahun 2024 mencapai angka 0,421 turun 0,0026 poin dibandingkan tahun 2023 (BPS, 2025). Angka ini mencerminkan tantangan besar dalam mencapai kesetaraan gender, khususnya bagi kelompok perempuan rawan sosial-ekonomi. Selain itu, terdapat kelompok tuna susila yang juga memerlukan perhatian. Tuna susila merupakan seseorang yang melakukan hubungan seksual dengan sesama atau lawan jenis secara berulang-ulang dan bergantian diluar perkawinan yang sah dengan tujuan mendapatkan imbalan uang, materi atau jasa.

Kendatipun demikian, 12 PAS yang mencakup 26 jenis PPKS tersebut juga tengah menghadapi tantangan perubahan sosial yang semakin kompleks. Berbagai tantangan baru, seperti transformasi teknologi, perubahan iklim, dan krisis budaya, turut memperumit masalah yang dihadapi oleh kelompok ini. Perkembangan teknologi, misalnya, berimplikasi pada kerusakan mental dan moral generasi muda serta mengubah pola dan gaya hidup masyarakat, termasuk dalam konteks kehidupan keluarga. Selain itu, teknologi juga memicu meningkatnya kriminalitas digital. Perubahan sosial ini tidak hanya memengaruhi paradigma PPKS yang telah ada, tetapi juga berpotensi menciptakan kelompok rentan baru. Oleh karena itu, diperlukan pemahaman mendalam terhadap dinamika ancaman ini untuk memproyeksikan dan menangani potensi kemunculan kelompok rentan baru secara efektif.

Kesejahteraan Sosial dan kehidupan yang layak merupakan hal yang setiap individu berhak untuk memilikinya. Namun pada kenyataannya, kemiskinan masih menjadi ancaman bagi setiap daerah. Kemiskinan menjadi faktor utama dari keberadaan Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS) kategori Tuna Sosial. Keberadaan Kementerian Sosial diperlukan dalam menangani permasalahan sosial tersebut, mengingat keberadaan Tuna Sosial di kota-kota besar selalu ada dan terlihat jelas di jalanan maupun di tempat umum lainnya seperti fasilitas umum, angkutan kendaraan umum, dan lain sebagainya. Dalam pelaksanaan penanganan Tuna Sosial juga terkendala oleh beberapa faktor. Adapun faktor yang menjadi penghambat yaitu keterbatasan sumber daya manusia, kurang lengkapnya sarana dan prasarana, dan data serta informasi mengenai PPKS Tuna Sosial yang belum lengkap. Keterbatasan inilah yang harus diperhatikan dalam menangani permasalahan Tuna Sosial.

Dalam rentang tahun 2021-2024, terjadi tren kenaikan target volume rincian output PPKS yang mendapatkan bantuan asistensi rehabilitasi sosial (ATENSI), hal tersebut diiringi dengan keberhasilan dalam pencapaian/realisasi output. Berikut ini adalah kegiatan pencapaian output ATENSI pada Sentra Terpadu Prof.Dr.Soeharso Surakarta yang berkontribusi dalam penurunan angka kemiskinan dan kerentanan selama tahun 2021-2024.

Tabel 3 Target dan Realisasi Rincian Output TA 2022-2024
Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta

RINCIAN OUTPUT (RO) CLUSTER PPKS	2022		2023		2024	
	TVRO	RVRO	TVRO	RVRO	TVRO	RVRO
Kelompok Rentan yang Mendapatkan Asistensi Rehabilitasi Sosial	65	517	260	621	316	1.916
Korban Penyalahgunaan Napza dan Orang Dengan HIV Yang Mendapatkan Asistensi Rehabilitasi Sosial	593	1153	505	625	800	1.244
Penyandang Disabilitas yang Mendapatkan Asistensi Rehabilitasi Sosial	76	244	3.850	7.347	4.003	6.617

RINCIAN OUTPUT (RO) CLUSTER PPKS	2022		2023		2024	
	TVRO	RVRO	TVRO	RVRO	TVRO	RVRO
Anak yang Membutuhkan Perlindungan Khusus yang Mendapatkan Asistensi Rehabilitasi Sosial	120	1067	356	1.088	710	2.068
Lanjut Usia yang Mendapatkan Asistensi Rehabilitasi Sosial	948	1424	2.120	4.812	2.020	4.646
Korban Bencana yang mendapatkan Asistensi Rehabilitasi Sosial	65	518	255	390	256	599

Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta sebagai instansi Pemerintah juga memiliki kewajiban untuk melaksanakan reformasi birokrasi dalam rangka untuk meningkatkan good governance, meningkatkan kinerja seluruh aparat Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso serta meningkatkan pelayanan kepada publik. Capaian perwujudan tata kelola yang baik dan bersih menunjukkan bahwa tingkat kualitas tata kelola Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta telah tercapai predikat "Sangat Baik".

1.2 POTENSI DAN PERMASALAHAN

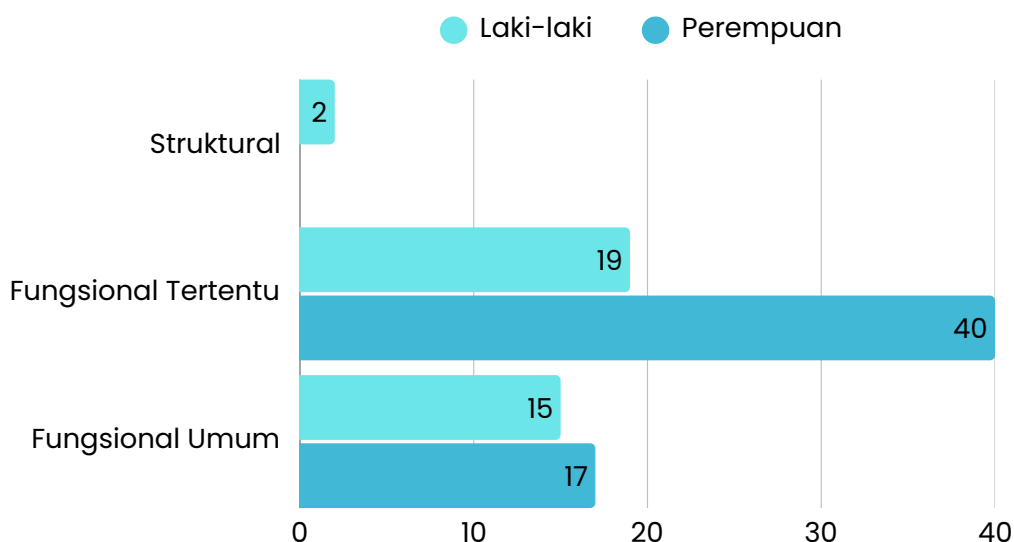
1.2.1 POTENSI

Dalam rangka mendukung pencapaian Visi Indonesia Emas 2045, Renstra Sentra Terpadu Soeharso Surakarta Tahun 2025–2029 memiliki peran penting dalam mempercepat penurunan kemiskinan, keberfungsian sosial melalui rehabilitasi sosial dan memastikan kesejahteraan masyarakat. Identifikasi potensi dan permasalahan yang dimiliki Sentra Terpadu Soeharso Surakarta penting untuk memastikan strategi yang efektif demi memastikan perencanaan dalam lima tahun kedepan berbasis data sehingga lebih relevan dan berdampak bagi kesejahteraan masyarakat.

A. Penguatan Sumber Daya Manusia (SDM)

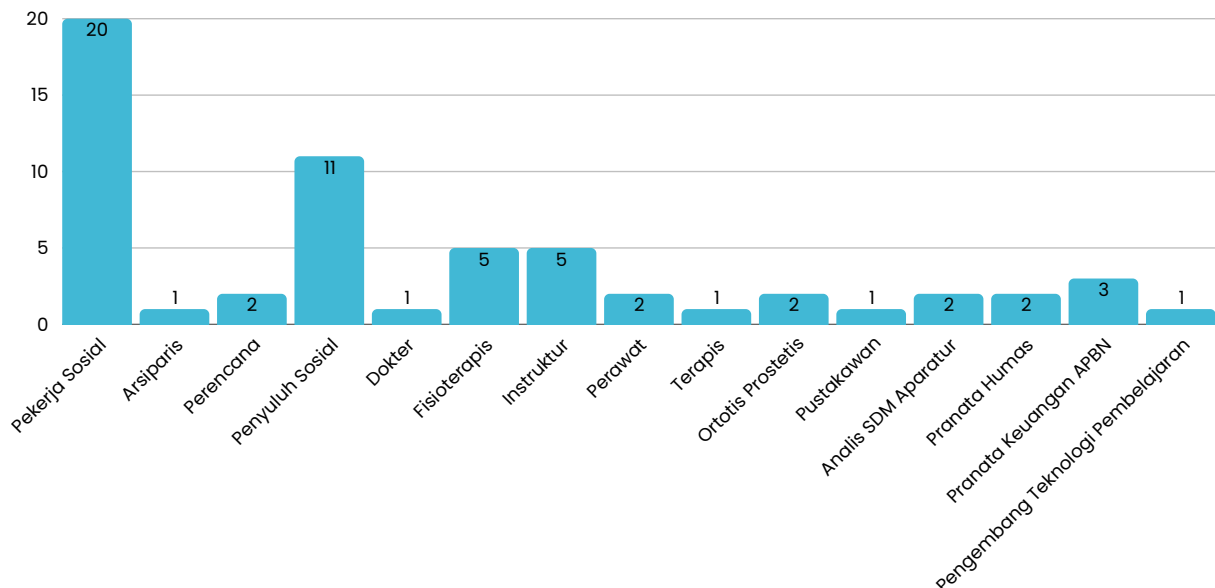
Penguatan Sumber Daya Manusia (SDM) kesejahteraan sosial menjadi elemen kunci dalam meningkatkan kualitas layanan sosial yang efektif dan berkelanjutan. Fokus utama dari inisiatif ini yaitu menyelenggarakan pelatihan kolaboratif antar satuan kerja/ instansi lain dan merumuskan rancangan kurikulum pelatihan yang selalu diperbarui. Upaya yang dilakukan penyelenggara pelatihan baik secara kualitas dan kuantitas melalui pelatihan dan penugasan, serta penyediaan sarana dan prasarana pelatihan yang menunjang pelaksanaan aktivitas.

**Diagram 6 Komposisi Gender Per Jenis Jabatan
Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta**



Jumlah pegawai Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta per April 2024 sebanyak 93 orang dengan komposisi laki-laki 36 orang (39%) dan perempuan 57 orang (61%). Diagram diatas menunjukkan komposisi gender per jenis jabatan yakni struktural (2 laki-laki), fungsional tertentu (19 laki-laki dan 40 perempuan) dan fungsional umum (15 laki-laki dan 17 perempuan).

**Diagram 7 Jumlah ASN Jabatan Fungsional Tertentu
Sentra Terpadu Prof.Dr. Soeharso Surakarta**



Jika dianalisis lebih rinci, dari total ASN, kelompok terbesar adalah Pekerja Sosial dengan 50 orang atau 21,50%. Kelompok kedua adalah Jabatan Fungsional Penyuluh Sosial sebanyak 11 orang (11,83%). Komposisi ini menegaskan bahwa pekerja sosial masih menjadi inti dari pelaksana kebijakan rehabilitasi sosial. Mereka berperan dalam asesmen, manajemen kasus, penyusunan rencana intervensi, hingga evaluasi dampak layanan. Sementara itu, penyuluh sosial berfungsi memperkuat penyebaran informasi, advokasi, serta pemberdayaan masyarakat, khususnya kelompok rentan. Mereka menjalankan peran penting dalam manajemen kasus secara komprehensif, termasuk melakukan pendataan, verifikasi dan validasi. Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS), membantu PPKS dalam mengakses layanan, serta melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kondisi PPKS. Pekerja sosial dan penyuluh sosial berfungsi sebagai ujung tombak layanan yang memastikan masyarakat rentan benar-benar memperoleh akses layanan secara berkelanjutan. Dengan karakter kerja yang melekat pada komunitas, pendamping menjadi aktor kunci dalam mendeteksi masalah, merespons kebutuhan, dan menghubungkan PPKS dengan layanan-layanan yang tersedia di pemerintah maupun masyarakat.

Aparatur Negeri Sipil (ASN) merupakan aset yang sangat vital bagi organisasi, karena kinerja ASN berpengaruh terhadap efektivitas kinerja organisasi. Oleh karena itu penguatan kinerja ASN, baik dari segi kualitas dan kuantitas menjadi fokus utama unit manajemen sumber daya manusia pada satker Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta untuk memberikan kontribusi terbaik demi pencapaian tujuan-tujuan organisasi. Penguatan SDM ASN dapat dilakukan dalam bentuk pembekalan, pelatihan, dan bimbingan teknis.

B. Terintegrasinya bantuan sosial ATENSI dengan pemberdayaan ekonomi

Integrasi bantuan sosial ATENSI dengan pemberdayaan ekonomi merupakan langkah strategis untuk meningkatkan efektivitas upaya pengentasan kemiskinan secara berkelanjutan. Penerima bantuan sosial tidak hanya mendapatkan bantuan finansial atau material tetapi juga didorong untuk meningkatkan kapasitas dan kemandirian ekonominya. Pemberian program pemberdayaan dapat berupa pelatihan keterampilan serta permodalan usaha sehingga mampu menciptakan peluang kerja dan usaha produktif bagi PPKS.

C. Jangkauan wilayah kerja

Jangkauannya dapat meliputi tingkat kota/kabupaten, provinsi, bahkan hingga nasional, bergantung pada skala institusinya. Sesuai dengan Keputusan Menteri Sosial Nomor 29/ HUK/2024 tentang Jangkauan Wilayah Kerja Unit Pelaksanaan Teknis, Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta yang memiliki wilayah cakupan kerja yang cukup luas yakni 24 Kabupaten/Kota yang tersebar di 3 Provinsi (Provinsi Jawa Tengah, Jawa Timur dan Kalimantan Tengah). Pembagian jangkauan wilayah kerja ditujukan untuk pemerataan pelayanan rehabilitasi sosial dan mampu menjangkau individu atau komunitas yang berada di lokasi terpencil atau sulit diakses.

D. Sasaran penerima manfaat PPKS menggunakan basis data tunggal

Berdasarkan Peraturan Menteri Sosial Nomor 3 Tahun 2025 tentang Pemutakhiran dan Penggunaan Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional untuk Bantuan Sosial, Pemberdayaan Sosial, dan Program Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial, 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. Peraturan ini memberikan acuan bagi kementerian/lembaga dan pemerintah daerah dalam pemutakhiran serta penggunaan Data Tunggal Sosial dan Ekonomi Nasional (DTSEN) guna bantuan sosial khususnya terkait dengan penerima pelayanan rehabilitasi sosial. Desil 1 merupakan kelompok dengan kesejahteraan terendah dan menjadi prioritas utama dalam intervensi kebijakan sosial. Kemudian, kelompok PPKS pemerlu ATENSI sosial yang menjadi prioritas lanjutan di desil 2, 3, 4, dan 5. Kemudian, desil 6-10 merupakan kelompok non-prioritas, tetapi tetap bisa menjadi Pemerlu ATENSI Sosial ketika sesuai dengan standar dari hasil asesmen yang dilakukan.

E. Kemitraan dengan Pemerintah Daerah, Sektor Swasta, dan Organisasi Masyarakat Sipil

Rehabilitasi sosial merupakan isu yang memiliki cakupan luas dan kompleks, sehingga tidak dapat sepenuhnya ditangani oleh pemerintah pusat saja. Atas dasar itu, kemitraan strategis dengan pemerintah daerah, sektor swasta, dan organisasi masyarakat sipil menjadi kunci dalam memperkuat dampak program rehabilitasi sosial bagi masyarakat yang membutuhkan. Pemanfaatan keahlian teknis, jaringan lapangan, serta sumber daya dari para mitra memungkinkan layanan rehabilitasi sosial dapat diselenggarakan secara lebih efektif, efisien, dan menjangkau kelompok sasaran secara lebih luas. Mitra memiliki keunggulan dalam menjangkau kelompok rentan melalui pendekatan berbasis komunitas dan pendekatan partisipatif.

F. Dukungan dari Media dan Kampanye Publik

Dukungan dari media dan kampanye publik memainkan peran penting dalam memperkuat proses rehabilitasi sosial. Keberadaan media dapat berfungsi sebagai alat untuk meningkatkan kesadaran terhadap pentingnya rehabilitasi sosial dan mendorong partisipasi publik dalam program rehabilitasi sosial sehingga mengurangi stigma terhadap individu yang sedang menjalani rehabilitasi. Kampanye publik yang disebarluaskan melalui berbagai platform media sosial, dapat mengedukasi masyarakat, memobilisasi dukungan sosial, serta mengadvokasi kebijakan yang mendukung pemulihan dan reintegrasi sosial sehingga menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan suportif bagi mereka yang menjalani rehabilitasi.

1.2.2 PERMASALAHAN

A. Belum tersedianya data populasi secara akurat dan komprehensif

Belum tersedianya data populasi yang akurat dan komprehensif menjadi tantangan utama dalam perencanaan dan pelaksanaan program pembangunan. Data populasi penyandang disabilitas, lanjut usia, anak, dan kelompok rentan lainnya yang diberikan bantuan terbatas hanya di DTSEN atau sebelumnya Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS). Ketidadaan data populasi yang memadai dapat menimbulkan kesenjangan dalam akses layanan publik seperti pemantauan pendistribusian dan pemanfaatan dana bantuan yang belum sepenuhnya berbasis digital.

Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta dalam intervensi bantuan ATENSI bersifat on going process seiring berjalannya waktu. Artinya, proses pendampingan, pemberian intervensi, dan perlindungan sosial yang diberikan berlangsung secara dinamis seiring berkembangnya permasalahan sosial yang terjadi.

Dengan demikian, jumlah populasi penerima manfaat yang tercatat merupakan data dinamis sebagai acuan awal dalam proses perencanaan. Sejalan dengan dinamika sosial masyarakat, data tersebut akan terus mengalami perubahan sehingga data rehabilitasi sosial bersifat dinamis dan adaptif.

B. Kondisi Kemiskinan dan Kerentanan Sosial yang Masih Tinggi

Kondisi kemiskinan dan kerentanan sosial pada wilayah kerja Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta yang masih tinggi menjadi tantangan besar, dipengaruhi oleh berbagai faktor. Lingkungan inklusif bagi penyandang disabilitas dan kelompok rentan belum optimal, sementara keterlibatan penyandang disabilitas dalam sektor formal juga masih minim. Selain itu, kurangnya lapangan pekerjaan mendorong masyarakat mencari pekerjaan ke luar negeri secara tidak prosedural. Program pemberdayaan masyarakat pun belum dievaluasi secara maksimal, karena tidak adanya instrumen evaluasi yang terstandarisasi dan kendala pada realisasi anggaran untuk survei. Bantuan sosial yang diberikan sering kali tidak dimanfaatkan secara optimal akibat kurangnya pendampingan yang memadai bagi penerima manfaat.

C. Meningkatnya jumlah penduduk lanjut usia/ tidak produktif

Selain itu, tren penuaan populasi (ageing population) turut menjadi tantangan, di mana pada tahun 2045 diproyeksikan 19,7% dari total penduduk Indonesia, atau sekitar 61,4 juta orang, akan berusia lanjut. Dengan demikian, setiap 1 dari 5 penduduk Indonesia akan berada dalam kategori lanjut usia, menuntut perhatian lebih terhadap kebutuhan sosial kelompok ini. Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia/ tidak produktif menjadi tantangan demografis yang signifikan, terutama dalam konteks keberlanjutan pembangunan ekonomi dan sosial. Fenomena ini disebabkan oleh adanya peningkatan angka harapan hidup yang tidak diimbangi dengan pertumbuhan populasi usia produktif, sehingga rasio ketergantungan penduduk lansia terhadap penduduk usia kerja meningkat. Kondisi ini dapat memberikan tekanan pada sistem jaminan sosial, layanan kesehatan, dan keuangan publik.

D. Keterbatasan Kapasitas SDM Pelaksana Kegiatan

Kapasitas pelaksana program Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta masih belum merata, yang menyebabkan perbedaan signifikan dalam kualitas layanan rehabilitasi sosial. Ketimpangan ini tidak hanya terjadi di tingkat kelembagaan, tetapi juga pada pendamping sosial sebagai pelaksana langsung kegiatan. Jumlah pendamping sosial khususnya pendamping rehabilitasi sosial di berbagai daerah sangat bervariasi, dan distribusinya belum proporsional dengan cakupan wilayah kerja serta jumlah penerima manfaat yang harus dilayani.

Hal ini berdampak langsung pada efektivitas kegiatan dan mengakibatkan pelayanan rehabilitasi sosial di sejumlah daerah belum optimal, membuat warga yang membutuhkan tidak mendapatkan layanan yang setara. Ketimpangan ini juga memperlambat pencapaian target rehabilitasi sosial nasional dan memperburuk ketidakmerataan akses layanan.

Penerapan layanan multi-klaster juga menghadapi tantangan serius terkait keterbatasan jumlah dan kualitas SDM, termasuk pendamping sosial. Keterbatasan ini membatasi kapasitas sentra dalam menampung dan menangani seluruh penerima manfaat secara residensial. Disisi lain, sebagian besar peningkatan kompetensi dilakukan secara mandiri, tanpa dukungan sistematis dari kelembagaan, yang berdampak pada ketidaksamaan pemahaman dan keterampilan dalam memberikan layanan multi-klaster sesuai standar.

E. Tantangan geografis dan infrastruktur

Aksesibilitas yang sulit dan keterbatasan infrastruktur, khususnya di wilayah terdepan, terluar, dan tertinggal (3T), menjadi tantangan besar dalam penyaluran dan pengawasan bantuan sosial. Wilayah kerja yang luas tidak diimbangi dengan alokasi anggaran yang memadai, menyebabkan biaya operasional yang kurang efektif. Pemekaran wilayah administrasi juga berpengaruh terhadap perubahan data penerima manfaat, yang perlu penyesuaian pada sistem informasi secara berkelanjutan. Penerapan layanan multi-klaster menambah tantangan dalam hal infrastruktur karena fasilitas yang tersedia secara umum belum memadai untuk menangani berbagai kebutuhan klaster yang berbeda. Keterbatasan ini juga mengurangi kemampuan Sentra dalam memberikan layanan residensial kepada penerima manfaat dari klaster tertentu karena kekhawatiran bahwa penanganan tidak akan optimal tanpa sarana yang memadai. Upaya peningkatan infrastruktur terus dilakukan, tetapi anggaran yang terbatas menjadi kendala, terutama karena pendanaan bergantung pada alokasi dari Kementerian.

F. Pemantauan dan Evaluasi yang Terbatas

Sistem pemantauan dan evaluasi terhadap program rehabilitasi sosial masih belum berjalan optimal sehingga menyulitkan pengukuran keberhasilan program secara menyeluruh. Keterbatasan ini mencakup kurangnya instrumen yang komprehensif serta keterbatasan sumber daya manusia yang kompeten dan memadai untuk melakukan monitoring berkelanjutan, baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Selain itu, tidak ada pemantauan yang terstruktur terhadap perkembangan penerima manfaat setelah mereka menerima manfaat sehingga pencatatan menjadi tidak lengkap dan sulit untuk mengukur perubahan pada penerima manfaat hingga mencapai tahap terminasi.

1.2.3 ISU STRATEGIS

Secara definisi isu strategis merupakan permasalahan utama yang memiliki dampak signifikan terhadap pencapaian tujuan sehingga memerlukan perhatian khusus serta harus ditangani dengan pendekatan strategis agar tidak menghambat pertumbuhan dan perkembangan di berbagai sektor. Isu strategis Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta sebagai berikut :

A. Inklusivitas Sosial

Penyandang disabilitas, lansia, anak terlantar, korban kekerasan, dan individu dengan gangguan psikososial merupakan kelompok yang memerlukan perhatian sistemik dalam bentuk rehabilitasi, perlindungan, dan integrasi sosial. Penguatan kapasitas komunitas, jaminan akses terhadap layanan dasar, dan integrasi layanan lintas sektor diperlukan untuk mendorong partisipasi aktif kelompok rentan dalam kehidupan sosial yang lebih inklusif dan bermartabat.

B. Care Economy

Care economy, sebagai sektor yang mendukung layanan pengasuhan dan pendampingan sosial, semakin penting di tengah fenomena penuaan penduduk. Namun, hingga kini sektor ini masih undervalued dan kurang mendapat perhatian dalam kebijakan publik. Peningkatan kapasitas dan profesionalisme pendamping sosial menjadi krusial untuk memastikan layanan sosial yang inklusif, berkualitas, dan responsif terhadap kebutuhan individu dan keluarga.

C. Mental Health

Kesehatan mental menjadi aspek penting dari kesejahteraan sosial yang selama ini kurang mendapat perhatian memadai. Peningkatan angka gangguan psikososial, terutama di kalangan generasi muda dan lansia, menunjukkan kebutuhan mendesak akan layanan psikiatri komunitas, sistem rujukan yang kuat, serta dukungan sosial yang komprehensif. Direktorat Rehabilitasi Sosial memiliki peran penting dalam menjembatani akses terhadap layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas yang terintegrasi.

D. Inklusivitas Pendidikan

Akses pendidikan inklusif menjadi pilar utama pembangunan sosial jangka panjang. Dukungan terhadap sekolah non-SLB agar mampu menerima siswa disabilitas serta penguatan kebijakan pendidikan inklusi perlu diperluas dan diperkuat. Selain itu, program seperti Sekolah Rakyat (SR) memainkan peran penting dalam menjangkau anak-anak marginal yang tersisih dari sistem pendidikan formal, termasuk anak jalanan dan anak dengan permasalahan sosial lainnya.

Dalam konteks ini, Program Asistensi Rehabilitasi Sosial berperan sebagai safeguarding terakhir bagi anak-anak Sekolah Rakyat dan keluarganya terutama ketika mereka menghadapi risiko keterputusan layanan dasar. ATENSI dapat disesuaikan dengan kebutuhan spesifik anak dan keluarganya, seperti pemenuhan nutrisi, pengasuhan alternatif, akses layanan kesehatan, hingga dukungan pemberdayaan ekonomi keluarga. Peran ini menjadi krusial dalam memutus rantai kemiskinan antargenerasi dan mendukung keberlanjutan pendidikan anak-anak marginal.

E. Ketergantungan akan Bantuan Sosial

Ketergantungan jangka panjang terhadap bantuan sosial berisiko menurunkan motivasi masyarakat untuk mandiri dan berdaya secara ekonomi. Mentalitas ketergantungan yang terbentuk dapat menghambat produktivitas serta mengurangi inisiatif dalam mencari peluang usaha dan pekerjaan. Sehingga diperlukan strategi yang mendorong penerima bantuan sosial untuk bertransisi menuju kemandirian melalui program pemberdayaan dan peningkatan keterampilan.

F. Kapasitas Pendamping Kesejahteraan Sosial

Keberadaan pendamping kesejahteraan sosial menjadi salah satu aspek terpenting untuk memastikan bahwa program kesejahteraan sosial sudah terlaksana dengan baik. Kementerian Sosial memiliki pendamping rehabilitasi sosial, Namun dalam pelaksanaannya pendampingan yang dilakukan tidak optimal serta belum adanya mekanisme pendampingan dan monitoring lanjutan yang valid dan komprehensif untuk memantau kemajuan usaha pemilik modal. Hal ini menjadi catatan penting bagi pemerintah pusat untuk menyediakan pendamping yang berkompeten serta memberikan upgrading kepada para pendamping di daerah agar masyarakat penerima program bantuan mendapatkan pendampingan yang tepat.

G. Kelemahan Pemantauan dan Efektivitas Pelaksanaan Anggaran Belanja

Monitoring dan evaluasi (monev) program kesejahteraan sosial penting dilakukan guna melihat progres dan menilai seberapa efektif dan efisiennya program/kegiatan yang sedang dilaksanakan. Namun yang terjadi justru belum terlaksananya monev secara terpadu sehingga menyebabkan pelaksanaan monev yang belum optimal. Adapun penyebabnya yaitu keterbatasan pemantauan dan monitoring terhadap alumni peserta pelatihan sehingga tidak bisa mendapatkan valid evidence/observasi terkait dampak pelatihan terhadap kinerja organisasi.

Efektivitas dalam penggunaan belanja anggaran berpengaruh pada penyesuaian target dan mekanisme pelaksanaan tugas dan fungsi pengawasan. Adanya kebijakan terkait efisiensi anggaran ini dapat dipastikan tidak akan mengurangi anggaran Bansos yang diberikan langsung ke masyarakat dan anggaran operasional yang melekat pada Bansos.

1.2.4 ANALISA SWOT

KEKUATAN (Strengths)		KELEMAHAN (Weaknesses)	
S1	Pemanfaatan DTSEN (Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional) sebagai dasar penetapan sasaran program ATENSI	W1	Keterbatasan Sumber Daya
S2	Berorientasi pada Pemulihan Fungsi Sosial	W2	Stigma Sosial
S3	Pendekatan Multidisipliner	W3	Kurangnya Pendekatan yang Holistik
S4	Pendekatan humanis dan inklusif	W4	Durasi Program yang Terbatas
S5	Dampak jangka panjang. Apabila pelaksanaan rehabilitasi sosial berjalan secara efektif dapat mengurangi ketergantungan bantuan sosial, menekan masalah sosial berulang dan meningkatkan kualitas hidup penerima manfaat	W5	Keterbatatasan dalam Dukungan Pasca-Rehabilitasi
S6	Pendekatan humanis dan inklusif	W6	Ketergantungan pada Pendanaan
S7	Berbasis kebutuhan individu. Program rehabilitasi sosial melalui tahanan assesment sosial, sehingga intervensi lebih tepat sasaran sesuai dengan kondisi, potensi dan kebutuhan masing-masing penerima manfaat	W7	Kurangnya Keterlibatan Keluarga dan Komunitas
S8	Mendorong kemandirian melalui pelatihan vokasional, bimbingan kerja dan pendampingan sosial	W8	Evaluasi dan Monitoring yang Tidak Optimal

PELUANG (Opportunities)		ANCAMAN (Threats)	
O1	Dukungan dari sumber-sumber kesejahteraan sosial (CSR dan Filantropi) cukup tinggi	T1	Masalah sosial baru yang lebih kompleks misalnya adiksi digital, krisis mental pasca pandemi
O2	Inovasi digital dan teknologi sosial (Telekonseling, sistem data tunggal, dan aplikasi monitoring)	T2	Aksesibilitas yang sulit dan keterbatasan infrastruktur dalam pendampingan penerima manfaat
O3	Masalah sosial terus meningkat dan beragam. Membuka kebutuhan layanan rehabilitasi sosial yang lebih luas	T3	Resistensi masyarakat lokal. Penolakan terhadap eks penerima manfaat program rehabilitasi sosial
O4	Kesadaran kesehatan mental meningkat. Masyarakat makin terbuka terhadap layanan rehabilitasi	T4	Koordinasi lintas sektor masih lemah. Overlap program atau layanan tidak berkesinambungan
O5	Kebijakan inklusi sosial. Mendukung penerimaan eks penerima layanan rehabilitasi sosial di dunia kerja dan masyarakat. Adapun bentuk kebijakan inklusi sosial di dunia kerja antara lain kesetaraan kesempatan kerja, kebijakan afirmatif, akomodasi yang layak, pelatihan dan peningkatan ketrampilan serta perlindungan tenaga kerja. Bentuk inklusi sosial dimasyarakat meliputi akses setara terhadap layanan publik, penghapusan diskriminasi sosial, partisipasi sosial dan politik.	T5	Perubahan kebijakan dan politik anggaran yang dapat mempengaruhi keberlanjutan program

Strategi S+O		Strategi W+O	
SO1	Optimalisasi dukungan kebijakan untuk perluasan layanan	WO1	Meningkatkan kapasitas SDM dalam rangka pendampingan penerima manfaat layanan. Peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan, sertifikasi dan supervisi yang berkelanjutan bagi SDM rehabilitasi sosial
SO2	Meningkatkan jaringan kerjasama lembaga pemerintah dan swasta yang berkelanjutan. Bentuk kerjasama antara lain pelatihan kerja, pendanaan/sharing budget dan penempatan eks penerima layanan	WO2	Mengintegrasikan layanan lintas sektor (layanan sosial, layanan kesehatan, layanan pendidikan dan layanan ketenagakerjaan) dalam satu alur layanan terpadu bagi penerima manfaat
SO3	Inovasi layanan berbasis teknologi. Mengembangkan telekonseling, sistem pendataan digital dan monitoring daring untuk meningkatkan efektivitas dan jangkauan layanan	WO3	Mengelola anggaran yang berdayaguna, berhasil-guna serta efektif dan efisien
SO4	Penguatan rehabilitasi berbasis komunitas dengan melibatkan tokoh masyarakat dan kelompok lokal sebagai agen inklusi	WO4	Penguatan monitoring dan evaluasi program dengan membangun sistem berbasis indikator kinerja dan data digital untuk memastikan efektivitas program
SO5	Integrasi program rehabilitasi dengan pemberdayaan ekonomi. Mengintegrasikan pelatihan vokasional dan inkubasi usaha sosial bagi penerima program rehabilitasi sosial agar mandiri secara ekonomi	WO5	Melaksanakan kampanye edukasi publik dan literasi sosial berbasis media dan komunitas untuk mendorong penerimaan sosial.

Strategi S+T		Strategi W+T	
ST1	Memperkuat advokasi kebijakan berbasis data dan dampak program agar rehabilitasi sosial tetap menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran	WT1	Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan integrasi program guna menghindari duplikasi kegiatan dan menekan anggaran
ST2	Pemberian program rehabilitasi sosial/bantuan sosial ATENSI diprioritaskan di wilayah 3T	WT2	Mengembangkan rehabilitasi berbasis komunitas (RBK) dan melibatkan kader lokal untuk memperluas jangkauan layanan
ST3	Mendorong keaktifan Pemerintah Daerah dalam mengupdate DTSEN sesuai dengan peraturan yang berlaku	WT3	Meningkatkan kapasitas SDM untuk mengurangi resiko layanan tidak optimal. Melakukan pelatihan berkelanjutan, sertifikasi dan pembagian wilayah kerja agar kualitas layanan tetap terjaga meski SDM terbatas
ST4	Mengoptimalkan peran pendamping dalam advokasi, edukasi keluar dan mediasi dengan masyarakat agar penerima asistensi rehabilitasi sosial dapat diterima dan berfungsi sosial kembali.	WT4	Menyusun program tindak lanjut (aftercare) melalui pendampingan, monitoring berkala dan rujukan lanjutan
ST5	Mengarahkan asistensi rehabilitasi sosial pada segmentasi pemberdayaan secara bertahap disertai dengan target kemandirian dan evaluasi berkala	WT5	Mempertajam kriteria sasaran program untuk mencegah bantuan tidak tepat sasaran dengan memperketat verifikasi dan validasi data penerima bantuan serta sinkronisasi dengan data program sosial lainnya



Kementerian Sosial
Republik Indonesia

BAB II

VISI, MISI, TUJUAN DAN SASARAN STRATEGIS



Bab ini menjelaskan mengenai arah strategis Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta yang dijabarkan dalam rumusan Visi, Misi, Tujuan serta Sasaran Strategis dari Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta dalam kurun periode 2025–2029. Visi dan Misi Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta ini mengacu secara langsung pada Visi dan Misi presiden terpilih yang termuat dalam RPJMN 2025–2029. Sedangkan tujuan dan sasaran kegiatan merupakan penjabaran dari visi misi tersebut di dalam tataran yang lebih spesifik terkait urusan yang diampu oleh Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta dengan rincian sebagai berikut:

2.1 Visi Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso di Surakarta

Visi merupakan gambaran umum mengenai keadaan atau kondisi yang ingin dicapai pada akhir periode perencanaan yaitu tahun 2029. Visi hendaknya berfokus pada capaian strategis ke depan yang jelas dan telah disepakati bersama, sehingga tidak hanya terpaku pada kondisi saat ini semata, meskipun variabel itu juga menjadi salah satu pertimbangan dalam perumusannya. Selain itu, sesuai dengan regulasi tentang Rancangan Strategis Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial yang berlaku, juga harus mendukung secara langsung pada Visi dan Misi Menteri Sosial terlintik yang tertuang dalam RPJMN 2025–2029 yaitu “Kesejahteraan Sosial Sepanjang Hayat yang Berkelanjutan Dan Berkeadilan, dalam rangka Mewujudkan Indonesia Maju Menuju Indonesia Emas 2045”. Dengan demikian, visi dari Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta pada periode 2025–2029 adalah:

“Mewujudkan Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta yang Profesional, Adaptif, Berkeadilan, dan Inklusif untuk Mendukung Keberfungsian Sosial dan Kesejahteraan Berkelanjutan Menuju Indonesia Emas 2045”

Kesejahteraan Sosial Sepanjang Hayat yang Berkelanjutan dan Berkeadilan merupakan cita-cita besar/ tujuan akhir dari upaya kesejahteraan sosial di semua tahapan kehidupan warga negara (life course) dengan pendekatan paradigma pembangunan inklusif, sebuah pendekatan yang menempatkan pembangunan sosial sebagai tiang penyangga modernisasi, pertumbuhan ekonomi, dan industrialisasi. PPKS harus menjadi prioritas intervensi negara melalui berbagai program rehabilitasi sosial yakni ATENSI. ATENSI layanan rehabilitasi sosial yang menggunakan pendekatan berbasis keluarga, komunitas, dan residensial yang meliputi dukungan pemenuhan hidup layak, perawatan sosial dan/atau pengasuhan anak, dukungan keluarga, terapi fisik, terapi psikososial, terapi mental spiritual, pelatihan vokasional, pembinaan kewirausahaan, bantuan dan asistensi sosial, serta dukungan aksesibilitas. Guna mendukung keberfungsian sosial dan kemandirian ekonomi bagi Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS) yang saat ini telah dirubah menjadi sasaran kerja bagi 12 kelompok Pemerlu Atensi Sosial (12 PAS).

2.2 Misi Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso di Surakarta

Terdapat delapan Asta Cita yang menjadi Misi Presiden sekaligus Prioritas Nasional dalam Pembangunan Jangka Menengah Nasional periode 2025–2029. Dalam hal penyelenggaraan urusan sosial di Indonesia, dari delapan misi tersebut Kementerian Sosial memiliki dukungan langsung dalam pencapaian misi ke 4, 6, dan 7. Ketiga misi tersebut adalah sebagai berikut :

1. Memperkuat pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM), sains, teknologi, pendidikan, kesehatan, prestasi olahraga, kesetaraan gender, serta penguatan peran perempuan, pemuda (generasi milenial dan generasi Z), dan penyandang disabilitas (Asta Cita ke-4).
2. Membangun dari desa dan dari bawah untuk pertumbuhan ekonomi, pemerataan ekonomi, dan pemberantasan kemiskinan (Asta Cita ke-6).
3. Memperkuat reformasi politik, hukum, dan birokrasi, serta memperkuat pencegahan dan pemberantasan korupsi, narkoba, judi, dan penyelundupan (Asta Cita ke-7).

Berdasar hal tersebut, Misi Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta sejalan dengan Misi Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial dalam pembangunan lima tahun ke depan termuat dalam 2 poin berikut:

1. Mewujudkan Kesejahteraan Sosial sepanjang hayat yang kolaboratif, adaptif, emansipatif, partisipatif, dan inklusif.
2. Mewujudkan tata kelola penyelenggaraan kesejahteraan sosial yang baik dan bersih.

Misi pertama, mencerminkan core process dan komitmen penyelenggaraan urusan sosial dengan mengusung nilai-nilai berikut :

1. Kolaboratif

Menyelenggarakan urusan sosial dengan berkomitmen pada pendekatan hidrida atau peran ganda, baik dari leading sector pembangunan sosial maupun entitas yang mengorkestrasi pembangunan sosial oleh aktor non pemerintahan. Sehubungan dengan hal tersebut, komitmen ini tercermin dengan mengedepankan kolaborasi yang diarahkan untuk membangun sinergi antar-pemangku kepentingan, termasuk pemerintah pusat, daerah, sektor swasta, dan masyarakat sehingga menciptakan ekosistem rehabilitasi sosial yang inklusif, responsif, dan berkelanjutan.

2. Adaptif

Penyelenggaraan pembangunan sosial dengan prinsip adaptif, mengombinasikan pendekatan targeted dengan universal dalam pemberian layanan pada sasaran pembangunan sesuai tahapan dan derajat keparahan.

Dalam konteks ini, meningkatkan keberfungsian sosial dan keberperanan sosial Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS) melalui rehabilitasi sosial berbasis kebutuhan dasar, seperti bantuan pemenuhan kebutuhan pokok, layanan kesehatan, pendidikan, perlindungan sosial, dan fasilitasi akses terhadap infrastruktur yang mendukung kemandirian dan kesejahteraan. Serta, dengan berkomitmen untuk mendorong transformasi layanan rehabilitasi sosial melalui inovasi dan digitalisasi untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan keterjangkauan layanan kepada masyarakat.

3.Emansipatif

Proses pembangunan sosial bertujuan membebaskan sasaran pembangunan dari keterbatasan sosial, ekonomi, dan politik. Dengan pemberian intensif maka tumbuh kesadaran untuk bangkit terlepas dari status sosial yang lama dan mengalami mobilisasi sosial naik. Pemberian insentif untuk mendorong munculnya kesadaran masyarakat yang dimaksudkan tidak hanya bersifat material. Dalam konteks ini, meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya keberfungsian dan keberperanan sosial melalui edukasi dan kampanye sosial untuk menciptakan lingkungan yang inklusif dan mendukung proses rehabilitasi secara dan adaptif.

4.Partisipatif

Sebuah keharusan untuk terlibat dalam proses pembangunan bagi seluruh masyarakat sasaran pembangunan sosial, serta keharusan mendapat akses yang setara. Prinsip partisipatif dalam pembangunan sosial menuntut kesetaraan akses, komitmen ini diwujudkan dengan memperluas akses kelompok rentan, termasuk anak, penyandang disabilitas, korban penyalahgunaan NAPZA, lanjut usia, dan kelompok marginal lainnya terhadap layanan rehabilitasi sosial yang berkelanjutan melalui penguatan regulasi dan pelaksanaan kebijakan di tingkat pusat dan daerah. Dengan begitu sasaran pembangunan tidak hanya menjadi objek layanan, tetapi juga subjek yang berdaya, mampu berperan, serta memiliki keberfungsian dan keberperanan sosial yang optimal demi terwujudnya kesejahteraan yang berkelanjutan.

5.Pembangunan/Pertumbuhan Inklusi

Kesejahteraan sebagai cita-cita tertinggi diposisikan sebagai variabel tak terpisahkan dan pendukung langsung bagi pertumbuhan ekonomi nasional. Hal tersebut menyiratkan penyelenggaraan pembangunan sosial untuk melindungi, mengembalikan fungsi hingga memberdayakan kelompok sasaran pembangunan sehingga dapat menjadi pelaku ekonomi sosial yang akhirnya berkontribusi pada pertumbuhan ekonomi sosial.

Sehubungan dengan hal itu, penyelenggaraan pembangunan sosial diarahkan untuk memastikan pelaksanaan program rehabilitasi sosial yang berbasis pada pendekatan keadilan sosial, inklusi, dan pemberdayaan untuk kemandirian dan keberdayaan individu serta komunitas. Serta, senantiasa memastikan pelaksanaan rehabilitasi sosial sesuai prinsip inklusi, keadilan, dan integritas untuk menciptakan masyarakat lebih sejahtera dan berdaya, sekaligus memastikan keberfungsian sosial, kesejahteraan berkelanjutan, dan keberperanan sosial yang merata.

Penyelenggaraan kesejahteraan sosial membutuhkan pendekatan yang berperspektif sepanjang hayat, sebab setiap fase kehidupan memiliki tantangan, kebutuhan, serta potensi kerentanan yang berbeda. Dengan memahami proyeksi permasalahan pada setiap rentang usia, kebijakan dan program sosial dapat diarahkan secara lebih tepat sasaran, kolaboratif, dan berkelanjutan. Pendekatan ini menjadi dasar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial sepanjang hayat yang kolaboratif, adaptif, emansipatif, partisipatif, dan inklusif.

Misi kedua, menjadi manifestasi dari komitmen Kementerian Sosial untuk berkontribusi pada pencapaian Prioritas Nasional yang berkaitan dengan reformasi birokrasi, khususnya dalam mendukung misi ketujuh RPJMN 2025-2029 yang berfokus utama pada terwujudnya birokrasi pemerintahan yang adaptif dan melayani. Dalam konteks ini, melalui upaya pengembangan dan penguatan kapasitas kelembagaan dan sumber daya manusia Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial yang andal, profesional, dan inovatif dalam melaksanakan tugas rehabilitasi sosial untuk mencapai kesejahteraan sosial yang berkelanjutan. Pengembangan dan penguatan tersebut sekaligus memperkuat tata kelola dan kapasitas aparatur penyelenggaraan urusan sosial, reformasi birokrasi sehingga diharapkan mampu menjawab tantangan layanan sosial yang semakin kompleks dan mendorong pencapaian kesejahteraan berkelanjutan.

2.3 Tujuan Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso di Surakarta

Berdasarkan visi dan misi Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta diatas, maka ditentukan tujuan strategis (strategic goal) yang sejalan dengan pencapaian visi misi Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial. Tujuan ini menjadi tujuan akhir menuju pembangunan nasional bidang sosial yang menyukseskan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2025 – 2029. Tujuan Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso yaitu :

1. Memperluas jangkauan layanan rehabilitasi sosial bagi kelompok rentan, seperti anak, penyandang disabilitas, korban penyalahgunaan NAPZA, lanjut usia, dan kelompok marjinal lainnya dengan menyesuaikan pada kebutuhan dan kondisi masing-masing sebagai bagian dari upaya membangun kehidupan yang mandiri, bermartabat, dan berkelanjutan.

2. Mengoptimalkan fasilitasi pemenuhan kebutuhan dan hak dasar PPKS, seperti makanan, sandang, hunian layak, dan akses layanan kesehatan melalui pendekatan yang profesional, adaptif, berkeadilan, dan inklusif untuk memperkuat fungsi dan peranan sosial guna mencapai kesejahteraan yang berkelanjutan.
3. Mengoptimalkan fasilitasi layanan pendidikan, perlindungan sosial, dan infrastruktur dasar yang responsif terhadap kebutuhan PPKS serta menjangkau seluruh kelompok rentan, guna mendukung keberfungsian dan peran sosial mereka dalam mencapai kesejahteraan yang berkelanjutan.
4. Mengembangkan sistem layanan rehabilitasi sosial berbasis digital guna meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan kemudahan akses bagi seluruh kelompok rentan sebagai upaya memperkuat kualitas pelayanan yang responsif dan berkelanjutan.
5. Mendorong penguatan kolaborasi lintas sektor antara pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan program rehabilitasi sosial yang holistik.
6. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia yang memiliki keahlian, kepekaan sosial, dan kemampuan responsif dalam mengelola program rehabilitasi sosial secara efektif dan berorientasi pada pemenuhan kebutuhan kelompok rentan.
7. Memperluas jangkauan pemberdayaan individu dan komunitas melalui program rehabilitasi sosial yang responsif terhadap keberagaman kebutuhan serta mendorong partisipasi aktif dalam menciptakan keadilan dan kesetaraan sosial.
8. Meningkatkan cakupan kampanye dan edukasi sosial yang informatif dan mudah diakses.
9. Pelaksanaan program rehabilitasi sosial yang berjalan secara konsisten dan akuntabel.



2.4 Sasaran Kegiatan Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso di Surakarta

Sasaran kegiatan merupakan uraian dari tujuan strategis yang ingin dicapai secara nyata (impact) oleh Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso. Dalam mencapai sasaran strategis, sangat ditentukan oleh komitmen pimpinan organisasi dalam hal ini seluruh pejabat tinggi negara. Komitmen tersebut dituangkan dalam dokumen Renstra Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso di Surakarta diterjemahkan kedalam Rencana Kerja (Renja), Rencana Kerja Anggaran Satker (RKA) maupun Perjanjian Kinerja (PK) yang ditandatangani seluruh pimpinan hingga pelaksana Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso. Terdapat 7 Sasaran Kegiatan sebagai wujud ukuran tercapainya kondisi yang akan dicapai. Berikut sasaran kegiatan yang telah di rumuskan yaitu:

No	Sasaran Kinerja Kegiatan
1	Meningkatnya Peranan Sosial Kelompok Rentan
2	Meningkatnya Peranan Sosial Penyandang Disabilitas
3	Meningkatnya Peranan Sosial Anak
4	Meningkatnya Peranan Sosial Lanjut Usia
5	Meningkatnya Peranan Sosial Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif Lainnya dan Orang Dengan Human Immunodeficiency Virus
6	Meningkatnya Kualitas Komunikasi dan Keterbukaan Informasi Publik Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial
7	Meningkatnya kualitas Pengelolaan Perencanaan, Keuangan BMN dan Umum Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial

Sesuai fungsinya di bidang pemulihan dan pengembangan kemampuan individu, maka sasaran utama program Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta yaitu meningkatnya peranan fungsi sosial PPKS. Peningkatan fungsi sosial masyarakat miskin dan rentan kemudian diukur melalui indikator kinerja program, yaitu Indeks Peranan Sosial untuk Penduduk Lanjut Usia, Anak, Penyandang Disabilitas, Kelompok Rentan serta Korban Penyalahgunaan Napza dan ODHIV.

Secara rinci, terdapat lima sasaran kegiatan dalam kerangka Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI) yang dilaksanakan, antara lain: ATENSI Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya dan Orang Dengan Human Immunodeficiency Virus, ATENSI Rentan, ATENSI Penyandang Disabilitas, ATENSI Anak, dan ATENSI Lanjut Usia.

Kegiatan ATENSI Kelompok Rentan memiliki satu indikator kinerja kegiatan, yaitu (1) Indeks Peranan Sosial Kelompok Rentan. ATENSI Penyandang Disabilitas memiliki satu indikator kinerja kegiatan, yaitu (1) Indeks Peranan Sosial Penyandang Disabilitas. ATENSI Anak memiliki satu indikator kinerja kegiatan, yaitu (1) Indeks Peranan Sosial Anak. ATENSI Lanjut Usia memiliki satu indikator kinerja kegiatan, yaitu (1) Indeks Peranan Sosial Lanjut Usia. Selanjutnya, ATENSI KP Napza dan ODHIV memiliki dua indikator kinerja kegiatan, yaitu (1) Indeks Peranan Sosial KP Napza dan (2) Indeks Peranan Sosial ODHIV.

Dalam memastikan keberperanan sebagai bagian dari sasaran utama program dapat berjalan dengan lancar, diperlukan adanya standar yang menjadi tolak ukur ketercapaian fungsi sosial kelompok individu dan kelompok sasaran. Indeks peranan sosial adalah ukuran nilai kapasitas individu sasaran rehabilitasi sosial dalam berpartisipasi secara bermakna yang mencerminkan kohesi sosial dan dukungan kelembagaan inklusif dalam memperkuat keberfungsian sosial. Indeks Peranan Sosial ini terdiri dari tiga variabel, yaitu:

1. Partisipasi Sosial, mengukur sejauh mana individu dan kelompok mampu terlibat aktif dalam kehidupan bermasyarakat, membangun jaringan sosial yang kuat, serta memanfaatkan institusi sosial yang ada. Sub Dimensi ini terdiri dari indikator keputusan, kontrol, dan keikutsertaan.
2. Kohesi Sosial, melihat bagaimana individu dan kelompok memiliki keterikatan kuat dengan lingkungan sekitarnya. Sub Dimensi ini terdiri dari indikator relasi sosial, keterhubungan, kepatuhan sosial, kesetaraan, dan kualitas hidup.
3. Kelembagaan Inklusif, terdiri dari indikator kepastian hukum, kebijakan inklusif, dan insentif ekonomi.

Selanjutnya terdapat 2 sasaran kegiatan dukungan manajemen dengan sasaran (1) Meningkatnya Kualitas Komunikasi dan Keterbukaan Informasi Publik Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial serta (2) Meningkatnya kualitas Pengelolaan Perencanaan, Keuangan BMN dan Umum Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial. Terdapat 1 (satu) indikator kinerja pada sasaran kegiatan Meningkatnya Kualitas Komunikasi dan Keterbukaan Informasi Publik Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial yakni Nilai Survei Kepuasan Stakeholders terhadap Layanan Sentra Terpadu Prof. Dr. Soeharso Surakarta. Pada sasaran kinerja Meningkatnya kualitas Pengelolaan Perencanaan, Keuangan BMN dan Umum Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial terdapat 2 (dua) indikator kinerja yakni (1) Nilai Akuntabilitas Kinerja Sentra Terpadu Prof. Dr. Soeharso Surakarta dan (2) Nilai Kinerja Anggaran Sentra Terpadu Prof. Dr. Soeharso Surakarta.

Untuk mencapai sasaran kinerja dukungan manajemen dilaksanakan melalui kegiatan

1. Pengelolaan Komunikasi dan Informasi Publik Rehabilitasi Sosial. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas komunikasi dan keterbukaan informasi publik Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta ditunjukkan oleh layanan hubungan masyarakat dan informasi.
2. Pengelolaan Perencanaan, Keuangan, BMN, dan Umum Rehabilitasi Sosial akan dicapai melalui luaran berupa Layanan Sarana dan prasarana Internal serta Layanan Perencanaan dan Penganggaran, Layanan Pemantauan dan Evaluasi, Layanan Manajemen Keuangan, Layanan BMN, Layanan Umum, dan Layanan Perkantoran.
3. Pengelolaan Organisasi dan SDM Rehabilitasi Sosial dicapai melalui luaran kegiatan berupa Layanan Manajemen SDM serta Layanan Organisasi dan Tata Kelola Internal.



Kementerian Sosial
Republik Indonesia

BAB III

Arah Kebijakan dan Strategi, Kerangka Regulasi, dan Kerangka Kelembagaan



3.1 Arah Kebijakan dan Strategi Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta

Tahun 2025 hingga 2029 merupakan periode pertama Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2025–2045. Periode pertama ini mengusung tema Penguatan Fondasi Transformasi, yang secara khusus pada Transformasi sosial dititikberatkan pada penuntasan pelayanan dasar kesehatan, pendidikan, dan perlindungan sosial, serta peningkatan kualitas SDM untuk membentuk manusia produktif. Upaya transformasi super prioritas (game changer) yang diusung dalam rangka transformasi sosial di periode ini adalah penuntasan kemiskinan dengan satu sistem registrasi sosial ekonomi (Regsosek) dan perlindungan sosial adaptif terintegrasi, meskipun dalam perkembangan terkini basis data integrasi sistem yang digunakan tidak lagi terpaku pada Regsosek, namun spirit penuntasan kemiskinan dan perlindungan sosial adaptif yang dicanangkan tetap menjadi prioritas nasional dalam pembangunan sosial selama kurun waktu 5 tahun ke depan.

Arah kebijakan dan strategi Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso di Surakarta menggambarkan usaha yang dilakukan untuk mengubah kondisi saat ini menjadi kondisi yang diinginkan. memuat langkah-langkah yang berupa program indikatif untuk memecahkan permasalahan yang penting dan mendesak untuk segera dilaksanakan, serta memiliki dampak yang besar terhadap pencapaian visi, misi, tujuan, serta sasaran strategis Kementerian Sosial pada periode bersangkutan. Program tersebut mencakup pula kegiatan-kegiatan prioritas dalam RPJMN sesuai dengan bidang terkait.

Arah Kebijakan Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta fokus pada layanan Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI) yang bersifat holistik, sistematis, dan terstandar untuk mencapai keberfungsian sosial individu, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat. ATENSI menggunakan pendekatan berbasis keluarga, komunitas, dan/atau residensial. Intervensi yang direncanakan akan berfokus pada aspek sosial dan ekonomi. Pada tahun 2029, diharapkan akurasi perlindungan sosial dapat meningkat, sehingga penggunaan sumber daya oleh masyarakat menjadi lebih efektif dan efisien. Selanjutnya, intervensi pada aspek ekonomi akan diarahkan untuk mendorong kemandirian masyarakat dalam memenuhi kebutuhan secara mandiri. Arah kebijakan Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta sejalan dengan arah kebijakan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial antara lain :

1. Memperluas jangkauan layanan rehabilitasi sosial termasuk pengembangan care economy dengan prinsip no one left behind
2. Penguatan unit layanan rehabilitasi sosial menuju Centre of Excellence
3. Penguatan kebijakan dan regulasi rehabilitasi sosial untuk memastikan akses terhadap layanan dan menjamin kualitas layanan rehabilitasi sosial.

4. Pengembangan teknologi digital untuk mendukung layanan rehabilitasi sosial yang responsif dan akuntabel.
5. Mendorong perluasan dan penguatan kolaborasi lintas sektor untuk memberikan layanan rehabilitasi sosial yang responsif.
6. Menjamin kualitas lembaga layanan rehabilitasi sosial yang adaptif dan akuntabel.
7. Menjamin ketersediaan sumber daya manusia yang berkualitas dalam memberikan layanan rehabilitasi sosial.
8. Penguatan peran aktif masyarakat dalam mendukung rehabilitasi sosial untuk mendorong kohesi sosial bagi seluruh PPKS

3.2 Kerangka Regulasi Sentra Terpadu Prof Dr Seoharso Surakarta

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 Pasal 7 ayat (1), rehabilitasi sosial merupakan upaya yang dimaksudkan untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan seseorang yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar. Selanjutnya, pada Pasal 9 ayat (1a) jaminan sosial diberikan kepada setiap warga negara yang menyandang masalah sosial seperti fakir miskin, anak yatim piatu terlantar, lanjut usia terlantar, penyandang cacat fisik, cacat mental, cacat fisik dan mental, dan eks penderita penyakit kronis yang mengalami masalah ketidakmampuan sosial-ekonomi, jaminan sosial diberikan kepada mereka agar kebutuhan dasarnya dapat terpenuhi. Berikutnya, Pasal 12 ayat (1a) menjelaskan bahwa pemberdayaan sosial dimaksudkan untuk memberdayakan seseorang, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang mengalami masalah kesejahteraan sosial agar mereka memiliki daya dan mampu memenuhi kebutuhannya secara mandiri. Lebih jauh, pada Pasal 14 ayat (1) menyebutkan bahwa perlindungan sosial dimaksudkan untuk mencegah dan menangani risiko dari guncangan dan kerentanan sosial seseorang, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat agar kelangsungan hidupnya dapat terpenuhi sesuai dengan kebutuhan dasar minimal. Esensi tugas rehabilitasi sosial pada 7 ayat (1) Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial. Berdasarkan tujuanyang dijelaskan dalam pasal tersebut, rehabilitasi sosial mencakup proses pemulihan dan pengembangan yang difokuskan untuk PPKS.

Lebih lanjut, Undang-Undang lain yang juga mengatur penanganan kemiskinan dan kesejahteraan sosial tertulis pada:

1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial
3. Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2007 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang
4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
5. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
7. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika.

- 8.Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penanganan Fakir Miskin.
- 9.Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas).
- 10.Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2012 tentang Penanganan Konflik Sosial.
- 11.Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak.
- 12.Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah.
- 13.Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
- 14.Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.
- 15.Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2016 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak menjadi Undang-Undang.
- 16.Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2019 tentang Pekerja Sosial.
- 17.Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual.

3.3 Kerangka Kelembagaani Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta

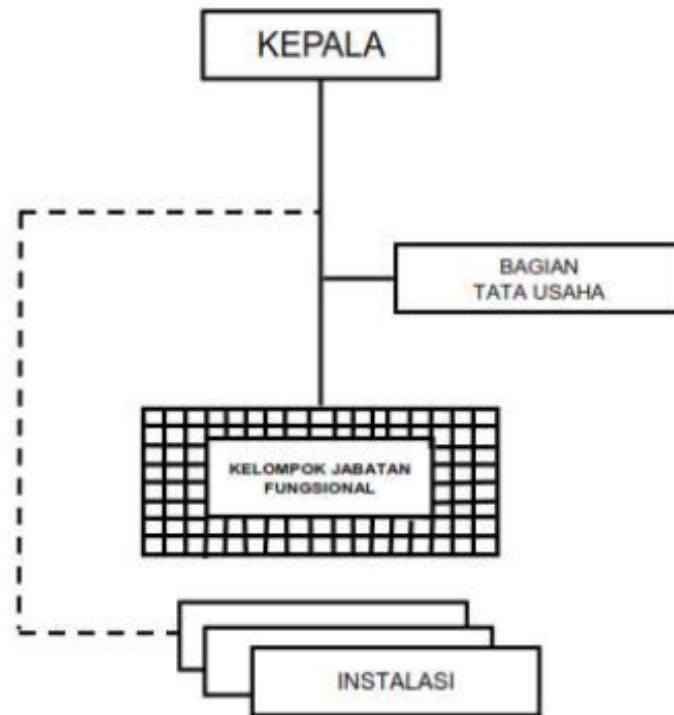
Berdasarkan Peraturan Menteri Sosial Nomor 2 Tahun 2025 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Sosial serta Peraturan Menteri Sosial Nomor 6 Tahun 2024 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Sosial No. 3 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Di Lingkungan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial, ditetapkan tugas dan fungsi unit organisasi Kementerian Sosial di lingkup pusat dan daerah termasuk Sentra Terpadu Prof. Dr Soeharso Surakarta.

Dalam melaksanakan tugas Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta menyelenggarakan fungsi:

- 1.penyusunan rencana program, evaluasi, dan pelaporan;
- 2.pelaksanaan fasilitasi akses;
- 3.pelaksanaan asesmen;
- 4.pelaksanaan layanan asistensi rehabilitasi sosial;
- 5.pelaksanaan monitoring dan evaluasi layanan asistensi rehabilitasi sosial;
- 6.pelaksanaan terminasi dan pascalayanan asistensi rehabilitasi sosial;
- 7.pengelolaan data dan informasi;
- 8.pelaksanaan urusan tata usaha;
- 9.UPT menyelenggarakan fungsi layanan sementara lain sesuai dengan penugasan Menteri.

Struktur Organisasi Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta terdiri dari :

- a. Kepala Sentra Terpadu
- b. Bagian Tata Usaha; dan
- c. Kelompok Jabatan Fungsional



Peraturan Menteri Sosial Nomor 8 Tahun 2012 menguraikan bahwa saat ini terdapat 26 jenis PPKS yang mengacu pada Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang 7 kriteria masalah sosial. Tugas Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta yang salah satunya ialah pelaksanaan ATENSI, dalam Peraturan Menteri Sosial Nomor 7 Tahun 2021 tentang Asistensi Rehabilitasi Sosial dijelaskan bahwa ATENSI bertujuan untuk mencapai keberfungsian sosial individu, keluarga, dan komunitas berbasis keluarga, komunitas, dan residensial dalam (a) memenuhi kebutuhan dan hak dasar; (b) melaksanakan tugas dan peranan sosial; dan (c) mengatasi masalah dalam kehidupan. ATENSI ini menjadi upaya dalam mengembalikan fungsi sosial dari para PPKS.



Kementerian Sosial
Republik Indonesia

BAB IV

TARGET KINERJA



Target kinerja menunjukkan tingkat sasaran kinerja spesifik yang akan dicapai Kementerian Sosial atas pelaksanaan program dan kegiatan dalam periode tahun 2025 - 2029. Oleh karena itu, didalam menyusun dan menetapkan target kinerja mengacu dan memperhatikan beberapa kriteria, yaitu : Target kinerja harus dapat menggambarkan angka kuantitatif dan satuan yang akan dicapai dari setiap indikator kinerja sasaran (IKSS, IKP, dan IKK); Penetapan target dipilih karena relevan dengan indikator kinerjanya, logis dan berdasarkan pada baseline data yang jelas; dan Penetapan target dilakukan dengan mempertimbangkan kapasitas pelaksanaan dari unit kerja terkait.

Keberhasilan pencapaian setiap Sasaran Kegiatan Sentra Terpadu Soeharso Surakarta tersebut diukur melalui target kinerja atau indikator kinerja yang telah ditetapkan pada setiap sasaran program sebagaimana yang disajikan pada tabel berikut ini.

No	Sasaran Kinerja Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Target 2029
1	Meningkatnya Peranan Sosial Kelompok Rentan	Indeks Peranan Sosial Kelompok Rentan	51	52	53	54	55
2	Meningkatnya Peranan Sosial Penyandang Disabilitas	Indeks Peranan Sosial Penyandang Disabilitas	51	52	53	54	55
3	Meningkatnya Peranan Sosial Anak	Indeks Peranan Sosial Anak	51	52	53	54	55
4	Meningkatnya Peranan Sosial Lanjut Usia	Indeks Peranan Sosial Lanjut Usia	51	52	53	54	55
5	Terpenuhinya Kebutuhan Dasar Korban Bencana melalui Pemanfaatan Bantuan	Persentase (%) Korban Bencana yang Memanfaatkan Bantuan Dukungan Pemenuhan Kebutuhan Hidup Layak Sesuai Hasil Asesmen	100%	-	-	-	-

No	Sasaran Kinerja Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2025	Target 2026	Target 2027	Target 2028	Target 2029
6	Meningkatnya Peranan Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA dan ODHIV	Indeks Peranan Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA	-	52	53	54	55
		Indeks Peranan Sosial ODHIV	-	52	53	54	55
7	Meningkatnya Kualitas Komunikasi dan Keterbukaan informasi publik Ditjen Rehabilitasi Sosial	Nilai Survei Kepuasan Stakeholders terhadap layanan Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial	81	90,5	91	91,5	92
8	Meningkatnya kualitas pengelolaan perencanaan, keuangan BMN dan Umum Ditjen Rehabilitasi Sosial	Nilai Akuntabilitas Kinerja Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta	81	81,5	81,75	82	82,25
		Nilai Kinerja Anggaran Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta	90	90,5	91	91,5	92



Kementerian Sosial
Republik Indonesia

BAB V

PENUTUP



Rencana Strategis Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta tahun 2025 – 2029 ini disusun sebagai pedoman pelaksanaan kegiatan rehabilitasi sosial dalam rangka meningkatkan kesejahteraan sosial serta memulihkan fungsi sosial individu, keluarga dan kelompok masyarakat yang mengalami permasalahan sosial. Dokumen ini menjadi acuan bagi seluruh pemangku kepentingan agar pelaksanaan rehabilitasi sosial dapat berjalan secara terarah, terpadu, efektif dan berkelanjutan.

Keberhasilan pelaksanaan Rencana Strategis ini sangat ditentukan oleh komitmen dan kerjasama semua pihak, baik pemerintah, lembaga sosial, dunia usaha maupun masyarakat. Sinergi lintas sektor, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, serta dukungan kebijakan dan pendanaan yang memadai merupakan faktor penting dalam mencapai tujuan rehabilitasi sosial secara optimal.

Selain itu, Rencana Strategis ini bersifat dinamis dan terbuka terhadap penyesuaian sesuai dengan perkembangan kondisi sosial, kebijakan nasional maupun daerah, serta hasil evaluasi pelaksanaan kegiatan. Oleh karena itu, monitoring dan evaluasi secara berkala perlu dilakukan guna memastikan efektifitas pelaksanaan serta sebagai dasar perbaikan dan penyempurnaan di masa mendatang.

Dengan disusunnya Rencana Strategis Sentra Terpadu Prof Dr Soeharso Surakarta ini, diharapkan pelaksanaan rehabilitasi sosial dapat memberikan dampak nyata bagi peningkatan kualitas hidup penerima manfaat, memperkuat ketahanan sosial masyarakat, serta mewujudkan masyarakat yang mandiri, berdaya dan sejahtera.

